



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 12 - Juin 1999

■ ÉDITORIAL

Comme toute responsabilité, la fonction cadre se caractérise d'abord par l'intention.

L'intention, c'est le fil rouge donnant cohésion aux multiples décisions et activités du cadre.

L'intention, c'est la légitimité du cadre investi dans les projets de l'institution qui l'emploie et le justifie.

L'intention, c'est le moteur fédérant les énergies pour la dynamique globale de l'établissement.

L'intention, c'est l'intelligence nécessaire à supplanter les coutumes et représentations désuètes du cadre pour répondre aux besoins actuels de l'œuvre commune.

L'intention, c'est la volonté de dépasser les procédés pour recentrer les priorités sur les projets.

L'intention, c'est la force de bâtir ces projets sur une conception fondamentalement humaine.

L'intention, c'est la conviction que cette cause réclame un investissement technologique de pointe.

L'intention, c'est bien la conscience que la formation et l'encadrement certifient cette technicité.

Comme toute responsabilité, la fonction cadre se caractérise d'abord par l'intention.

L'intention de s'organiser, de s'évaluer, de s'améliorer, de se rencontrer, de communiquer et de rendre compte pour mieux servir l'homme avant tout.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

L'intention, c'est encore facile d'en parler.

SOMMAIRE

- Éditorial
- Nos Rubriques courantes
- Relecture du numéro 11 de *La Lettre* :
Philippe HUGEROT
- Parcours d'un cadre kiné :
Nicole ALMERAS
- Découverte :
l'I.P.C.E.M.
- Courriers et réponses
- Quelques annonces

COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. et I.F.C.S. de Grenoble
- **Marie-Odile PAILLET**
Chef de Service Rééducation
C.R.F. "Les Rosiers" de Dijon
- **Philippe RIGAUX**
Responsable Formation Continue
"Bois-Larris" Santé Formation
- **Patrick ROTGER**
Coordonnateur Rééducation
Hôpital National de Saint-Maurice
- **Michel THUMERELLE**
Directeur
C.R.F. de Fouquières-lez-Lens
- **François ZIMMERMANN**
Enseignant-Formateur
I.F.M.K. de Strasbourg

Coordination :

- **Michel GEDDA**
Kinésithérapeute-Chef
C.R.F. Salins-les-Bains

ISSN 1267-7728

Recevez **La Lettre** en braille sur simple demande écrite.

La Lettre sur site Internet :
kine.kinemedias.fr

LA LETTRE DU C.S.K. - Michel GEDDA - C.R.F. - B.P. 101 - F39110 SALINS-LES-BAINS

DOCUMENTATION

Les sources d'information en Santé Publique.

Pour être au fait des orientations et du fonctionnement du système de santé, deux sources d'information sont disponibles sur Internet : le centre de documentation de l'École Nationale de Santé Publique (E.N.S.P.) en accès réservé et la Banque de Données en Santé Publique (B.D.S.P.) réalisée avec le concours de 35 centres de documentation et accessible sur abonnement.

LE SERVICE DOCUMENTATION DE L'E.N.S.P.

Le service documentation de l'E.N.S.P. est au cœur du dispositif français de l'information en santé publique. Il en couvre tous les aspects : l'épidémiologie, l'environnement, l'action et la protection sociales, l'hôpital, le management des établissements et du système de santé.

Dédié en premier lieu aux élèves et stagiaires en formation ainsi qu'aux enseignants et chercheurs de l'école, il est néanmoins ouvert aux usagers extérieurs et plus particulièrement aux professionnels sanitaires et sociaux.

Ressources du centre de documentation :

Le fonds documentaire est constitué de 15 000 ouvrages et rapports, 550 titres de revue, 8 000 mémoires d'élèves. Le centre propose 5 accès Internet en libre service et l'accès aux bases documentaires E.N.S.P. et B.D.S.P..

Prestations du centre de documentation :

- photocopies en libre service
- prêt de documents
- envoi de photocopies d'articles
- recherche documentaire base E.N.S.P. ou multibase

Toute demande doit être adressée par écrit avec mention de l'acceptation des tarifs indiqués.

Tarification des prestations par correspondance :

- Prêt de mémoire : 20,00 francs
- par mémoire supplémentaire : 10 francs
- Envoi par courrier de photocopies d'articles :
- 1^{ère} tranche de 1 à 10 pages : 29,00 francs
- par tranche suivante : 14,50 francs
- Envoi par télécopie de photocopies d'articles :
- 1^{ère} page : 20,00 francs
- par page suivante : 10,00 francs
- Recherche documentaire base E.N.S.P. :
- listing de 4 à 20 références : 90,00 francs
- par référence supplémentaire : 2,00 francs
- Recherche documentaire multibase :
- listing de 4 à 20 références : 300,00 francs
- par référence supplémentaire : 5,00 francs

ÉCOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

- Service documentation -

Avenue du Professeur Léon Bernard
35043 RENNES CEDEX

Tél : 02.99.02.29.68 - Fax : 02.99.02.26.28

Site Internet : www.ensp.fr

LA BANQUE DE DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

La Banque de Données en Santé Publique (B.D.S.P.) couvre l'information scientifique et technique produite en France et à l'étranger depuis 1978. Elle a été conçue pour répondre aux besoins de tous les acteurs de santé : décideurs, chercheurs, professions médicales et paramédicales, cadres hospitaliers, responsables de santé, acteurs sociaux, professionnels de l'information.

Née dans les années 80, la B.D.S.P. rassemble plus de 175 000 références documentaires sur le thème de la santé. Les thèmes définis par le Comité d'orientation et d'évaluation scientifique de la B.D.S.P. sont les suivants :

- l'état de santé des populations ;
- l'analyse des conséquences sur la santé de l'environnement et des autres facteurs de risque ;
- les méthodes et actions sanitaires et leur évaluation ;
- les politiques et les institutions de santé et sanitaires ;
- l'analyse de l'incidence des recherches menées dans toute discipline concourant au progrès de la santé publique.

Les partenaires de la B.D.S.P. sont :

- le Ministère chargé de la santé (D.G.S.) ;
- le Ministère chargé de la recherche (DISTNB) ;
- l'Institut de l'Information Scientifique et Technique (I.N.I.S.T.) ;
- l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) ;
- l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ;
- l'E.N.S.P. qui assure l'hébergement de la base ;
- l'Association "Réseau des producteurs de données en santé publique" (A.R.A.M.I.S.).

Formules d'abonnement proposées :

Plusieurs formules d'abonnement standard, calibrées répondent aux besoins d'un utilisateur individuel, d'un service ou d'un organisme. Pour les cas spécifiques, un abonnement personnalisé définit la durée et le crédit de consultation souhaités par l'utilisateur. Chaque option fait l'objet d'un formulaire d'abonnement disponible en ligne à retourner, rempli et accompagné du règlement correspondant :

- sur Minitel : au 3617 B.D.S.P.

- sur l'Internet : par www.bdsp.tm.fr



Sylvie VOINEAU,
Responsable de la Chronique.

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Janvier 1999 : Numéro 11

- par Philippe HUGEROT -

La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, comme l'évoque son nom, est semblable à la lettre d'un ami : on l'attend avec désir, on se languit parfois de l'avoir trop attendu. Pour aller jusqu'au fond de ma pensée, je ne crains pas tant la perte du courrier que le manque de moyens nécessaires à son impression, sa diffusion...

Mon impression générale : La Lettre du Cadre est à lire, à relire et à méditer. Elle anime la pensée, invite à la réflexion et sollicite en retour l'expression de la pensée des lecteurs par la relecture du dernier numéro. La boucle est bouclée ou, plus exactement, le cycle vertueux de la communication est établi. C'est donc avec joie que je prends ma plume pour que d'autres la saisissent à leur tour, dans ce même esprit d'amitié et de générosité qui caractérise la création et l'existence de cette Lettre.

• *Éditorial (page 1)* :

Le changement c'est l'affaire de tous, c'est-à-dire de chacun d'entre nous. La dynamique du changement requiert effectivement une culture d'échange mais elle est, tout d'abord, initiée par la dynamique de notre pensée.

Déjà, Sénèque disait : "Il n'est point de vent favorable à celui qui ne sait pas où il va."

• *Professions santé (page 2)* :

**À propos de l'encadrement des stages...
et/ou le duo du stage et de l'école.**

Pourquoi ne pas commencer par changer notre point de vue sur le pouvoir de formation des stages ? L'école est-elle la seule dispensatrice de connaissances ? La différence complémentaire des contextes de formation conduit à un véritable partenariat entre l'institut et le terrain de stage au regard du projet pédagogique de l'étudiant.

Il est vrai que le savoir s'apprend, la gestualité s'affine en situation réelle et le professionnalisme s'infuse, se communique à l'étudiant, au contact de l'équipe professionnelle. On fragmente les apprentissages (théorie et pratique en institut, d'autre part initiation et pratique en terrain de stage) mais la mise en œuvre des actes repose sur le jugement et le raisonnement thérapeutique. L'enseignant et le maître de stage sont, conjointement, des éducateurs de la pensée et de l'action thérapeutique.

• *Proposition (page 3)* :

Une formation de maître kinésithérapeute.

Gérard Pierron prend acte des "zones critiques" générées par la réforme du diplôme de Cadre mais s'écarte du sentiment nostalgique et refuse de reproduire une équivalence de l'ancien diplôme M.C.M.K.. Sa réflexion repose sur un questionnement prospectif "comment former les penseurs, les concepteurs et les créateurs de la rééducation de demain ?". Il précise les objectifs pédagogiques de ces "techniciens référents de haut niveau", les axes forts du programme et propose un regroupement des expériences et infrastructures des écoles de Cadre de Montpellier et de "Bois-Larris" pour cette nouvelle formation.

Voilà un bel exemple de réflexion constructive et innovante, dans un esprit d'initiative et de rassemblement.

L'éditorial nous esquisse la dynamique du changement et, déjà, cette proposition de Gérard Pierron nous en donne une excellente illustration.

• *Encadrement (page 5)* :

Nouvelle chronique recherche responsable(s) !

Le thème de "la confiance en soi" est essentiel. Notre état d'esprit constitue notre force intime c'est pourquoi notre "capital confiance" repose sur la force de notre mental. Les sept conditions pour un mental fort, énumérées par Lionel Bellenger, contribuent à façonner une autre dimension, également indispensable : le professionnalisme.

• *Documentation (page 6)* :

Une formation à la recherche documentaire et à la rédaction scientifique bientôt dans les IFMK ?

Les besoins sont effectivement énormes. Les étudiants ne disposent pas ou peu de connaissance en rédaction scientifique, ni en recherche documentaire, et leur intérêt personnel se limite à la rédaction du mémoire. Il est urgent de porter remède, dès la formation de base, à ce manque de méthodologie et de motivation.

• *Mémoires cadres (page 7)* :

Initiation à la recherche en Institut de Formation Initiale de Masso-Kinésithérapie.

Les attentes des étudiants et enseignants de l'École Cantonale Vaudoise sont importantes et homogènes. La régulation du mémoire constitue une initiation à la recherche, c'est à dire une première réponse aux besoins de formation. Malheureusement nous venons de percevoir avec Sylvie Voineau les limites d'une telle initiation, en l'état actuel de la formation de base en kinésithérapie.

• **Parcours d'un cadre kiné (page 11) :**

Jean-Pierre Berthelin.

Richesse d'un homme, et d'une expérience professionnelle.

• **Cadres en Europe (page 13) :**

Les études de Kinésithérapie en Italie.

Si le programme des études est semblable à celui des autres pays de l'Europe, les conditions de formation (dans les Universités), d'obtention du diplôme (soutenir une thèse) et d'exercice professionnel (le patient peut s'adresser au thérapeute sans prescription médicale) semblent assez différentes... et cela donne envie d'en savoir plus avant de porter un quelconque jugement.

À noter le désir de reconnaissance d'un doctorat spécifique pour l'enseignement, qui "aurait l'avantage de procurer des moyens pour la recherche et l'évaluation des techniques" (moyens humains, matériels et financiers).

• **L'A.F.R.E.K. (page 14) :**

À propos de la méthodologie de contrôle de la qualité.

Après avoir distingué les actes "procédure-dépendants" des actes "opérateur-dépendants", Eric Viel nous présente, par l'analyse typologique des actes des professions paramédicales, la démonstration de ce qu'il écrivait au début de cette année : "Le mélange sans saveur de *soignants* qui font tous la même chose nuit à la qualité d'intervention"... ainsi qu'à l'élaboration des procédures thérapeutiques.

Puisqu'il est question de procédure, permettez-moi de rappeler que la norme internationale ISO 8402 (consacrée au vocabulaire) donne les définitions suivantes :

- *procédé* (ou *processus*) : ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants ;

- *procédure* : manière spécifiée d'accomplir une activité (elle précise donc l'organisation de ces activités).

• **Découverte (page 17) :**

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.).

En quelques mots tout est dit !

• **Formation (page 18) :**

Représentations et interactions dans les situations de formation.

La complémentarité suppose l'existence et la reconnaissance de différences complémentaires. La reconnaissance, et finalement la représentation de l'autre, vont naître d'une confrontation, d'un échange complémentaire.

Nous vivons au quotidien cette complémentarité inter professionnelle par l'intermédiaire d'un ajustement inter individuel. Ces expériences relationnelles ne remplacent pas les décrets de compétences mais elles contribuent à leur meilleure application particulière.

Les étudiants gagnent beaucoup à rencontrer, tant à l'I.F.M.K. que sur leur lieu de stage, d'autres professionnels : en diversifiant et affinant leurs représentations des autres intervenants ils élargissent, au moins, leur vision du cadre réel de l'équipe pluridisciplinaire.

Et puis il y a toujours "Rencontre", en guise de supplément, le petit Journal de l'activité florissante des Ambassades !

Suggestion :

La Lettre du cadre ne coûte rien à celui qui la reçoit, mais elle apporte beaucoup à ses lecteurs. Alors pourquoi ne pas envisager la possibilité d'une participation financière généreuse ?



Philippe HUGEROT
Cadre M.K. au C.H. de Firminy (42).

■ **À NOTER**

Le samedi 13 novembre 1999 au Palais des Congrès de Dijon la

4^{EME} JOURNÉE BOURGUIGNONNE DE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE.

sera organisée par l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Dijon et l'Institut Régional pour la

Formation Professionnelle des Masseurs-Kinésithérapeutes (I.F.R.K.).

Les thèmes abordés seront variés, et intéresseront directement le kinésithérapeute dans sa pratique quotidienne.

Renseignements et Inscription :

CONGRÈS 1999
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
6b, Chemin de Cromois
21000 DIJON
Tél : 03.80.65.84.00 - Fax : 03.80.65.34.89
E-Mail : ifmkdijon@ipac.fr

L'Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales (voir page 15) organise le samedi 17 septembre 1999, à l'U.N.E.S.C.O., un colloque sur le thème :

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : VERS UNE CITOYENNETÉ DE SANTÉ.

Renseignements et Inscription :

I.P.C.E.M.
Site Bayer - 92807 PUTEAUX CEDEX
Tél : 01.49.06.56.24 - Fax : 01.49.06.84.75

■ L'A.F.R.E.K.

Groupe de travail AFREK 1999 : Recommandations.

Le 27 mars 1999, un groupe de travail se réunissait au siège de l'AFREK, avec pour thème l'élaboration d'un cursus applicable à l'enseignement de la lombalgie, suite à la mise à jour des connaissances résultant de la Conférence de Consensus.

21 confrères, tous issus des groupes de travail sur la lombalgie, étaient présents. La réunion a été animée sur le mode de la recherche de consensus, avec utilisation de la technique Brainwrite. Les points essentiels ont été choisis en commun, et répercutés aux participants pour avis. Une fois les remarques incluses, un jeu de 12 diapositives a été remis à chaque participant, récapitulant l'essentiel à développer lors d'un cours ou d'une conférence.

Quels sont les différents stades et les différentes classifications ?

Il s'agit uniquement des lombalgies de type dit "non-spécifique", encore connues sous le nom de "communes" ou "bénignes".

Vocabulaire.

Il est précisé que le mot "aigu" signifie *soudain et bref*. Pour caractériser une douleur intense, utiliser "hyperalgique".

Le vocable "lombalgie secondaire" du GILL ne doit pas être utilisé car risquant de créer une équivoque.

Classification.

Aucun accord ne s'est dégagé pour l'adoption d'une classification. Les participants sont assez favorables à la classification du GILL (étapes de l'évolution), et à celle de la "Paris Task Force" (P.T.F.) (description de territoire). Le texte de la Paris Task Force présente l'avantage d'être assorti de recommandations d'intervention.

Outils d'évaluation.

- Lombalgie chronique : adopter le questionnaire EIFEL recommandé par le jury ;
- Évaluation Visuelle Analogique (E.V.A.) de la douleur.
- Lombalgie aiguë : une analyse des questionnaires R.A.D.L. et F.A.C.S. a permis de dégager les items essentiels, en lien avec l'exécution des Activités de la Vie Quotidienne (A.V.Q.), recommandée aujourd'hui par les textes médicaux (recommandations P.T.F.) ;

Note : Les stades habituels s'appuient sur des manifestations physiologiques :
- 3 jours : durée de l'inflammation ;
- 4 semaines : danger de déconditionnement musculaire et cardio-vasculaire ;
- au-delà de 4 semaines : risque de désinsertion sociale.

1. Entre 0 et 3 jours

• Objectif central :

Fournir des positions qui permettent de dormir. Démontrer la manière de sortir du lit et de vaquer aux AVQ.

*Les traitements à visée antalgique ne doivent jouer qu'un rôle d'adjuvant en rendant moins pénibles les exercices physiques.***

- Conseils sur les positions antalgiques ;
- Conseils sur la façon de sortir du lit et de se recoucher ;
- Applications de modalités antalgiques dans le but de faire redémarrer les activités les plus courantes ;
- Autonomisation d'urgence.

• Bilan à cette période :

Positions antalgiques et positions qui réveillent la douleur. Attitude générale en position debout (si possible).

• Conseils au patient :

Ne pas nier la douleur, mais insister sur son caractère temporaire, non dangereux et n'obérant pas l'avenir.

2. Pendant les premières semaines

(après 3 jours de repos)

• Objectif central :

Réactivation physique – responsabiliser le patient.

*Le traitement MK se justifie en l'absence d'une amélioration suffisamment rapide et complète.***

- Prise en main antalgique pour mettre en confiance et retrouver la mobilité ;
- Retour aux activités de la vie quotidienne ;
- Modalités antalgiques dans le but de retrouver mobilité articulaire et activité musculaire ;
- Conseils sur l'économie rachidienne ;
- Exercices, modérés au début ;
- Reprise du travail dans les meilleurs délais.

• Bilan à ce stade :

Répertoire des incapacités (libeller en "incapable de...", et de préférence hiérarchiser avec la plus gênante en premier). Mesures physiques (amplitudes, etc.) en lien direct avec les gênes. Repérage du site des douleurs.

• Conseils au patient :

Faire ressortir que la réactivation physique rendra le rachis moins douloureux et évitera le déconditionnement physique généralisé. Insister sur l'obligation de connaître l'économie rachidienne pour vivre plus confortablement pendant la période douloureuse.

3. Entre 4 et 12 semaines (lombalgie sub-aiguë de Paris Task Force)

• Objectif central :

Réactivation physique dans le but d'éviter l'évolution vers la kinésiophobie et la chronicisation.

*Proposer au patient un contrat de moyens et d'objectifs tenant compte des bilans du kinésithérapeute et des attentes exprimées par le patient.***

- Prise en main antalgique pour mettre en confiance et retrouver la mobilité ;
- Activités de la vie quotidienne ;
- Conseils sur les attitudes et modalités antalgiques auto-utilisables au domicile ;
- Conseils d'économie rachidienne ;
- Conseils d'ergonomie, aménagement du domicile et du poste de travail ;
- Exercices gradués en intensité ;
- Reprise du travail selon tolérance.

• Bilan à ce stade :

Répertoire des incapacités, hiérarchisées. Liste des incapacités fonctionnelles plutôt que mesures physiques. Si possible, bilan des activités physiques au travail.

• Conseils au patient :

Le patient doit savoir que la lombalgie ne se "guérit" pas comme une infection pulmonaire, la personne qui a mal doit apprendre les gestes de prévention et ceux qui calment en cas de récurrence.

4. Plus de 12 semaines (stade chronique)

• Objectif central :

Restauration Fonctionnelle du Rachis, intervention multidimensionnelle par plusieurs professionnels.

Donner des conseils de gestion du dos qui permettent d'éviter les récurrences, et surtout les arrêts de travail répétés du patient.

** Formulation utilisée par le Jury de la Conférence de Consensus.



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.

LA CRYOTHÉRAPIE GAZEUSE

**UNE RÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE DE
POINTE PAR L'UTILISATION DE TRÈS BASSES
TEMPÉRATURES POUR UN BÉNÉFICE
THÉRAPEUTIQUE IMMÉDIAT ET DURABLE.**



GRAND PAVOIS BEANCON photo : Studio Vision

Le "choc thermique" (froid intense à -78° sous 50 bars de pression) permet d'obtenir par voies vasculaires et réflexes, des résultats immédiats sur de nombreuses pathologies.

DES EFFETS PROUVÉS par des travaux scientifiques récents :

- Effet analgésique immédiat
- Action anti-inflammatoire locale
- Réduction des hématomes et oedèmes
- Action myorelaxante

UN VASTE CHAMP D'APPLICATIONS

- **RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**
 - Diminution de la douleur
 - Relâchement musculaire
 - Facilitation de la mobilisation
- **TRAUMATOLOGIE - MÉDECINE DU SPORT**
 - Entorse, claquage, déchirure, luxation, tendinite+++
 - Œdème
 - Hématome
- **RHUMATOLOGIE**
 - Rhumatisme inflammatoire en phase de poussée
 - Rhumatisme péri-articulaire
 - Sciatique, Algoneurodystropie+++
- **CHIRURGIE (SOINS POSTOPÉRATOIRES)**
 - Chirurgie orthopédique et des veines
 - Chirurgie maxillo-faciale et reconstructrice
 - Microchirurgie de la main
- **OSTÉOPATHIE - RÉFLEXOLOGIE**

UNE TOTALE SÉCURITÉ

- Conformités européennes
- Capteur thermique sensible au dixième de degré
- Gaz (CO₂ médical) pur, sec et fortement bactéricide

Cryonic

MEDICAL

L'efficacité immédiate du froid à -78° C

"Le Martinet du Haut"

39110 SALINS-LES-BAINS - FRANCE

Tél. 03 84 37 97 70 - Fax. 03 84 73 01 36

OUI, JE SOUHAITE, SANS ENGAGEMENT :

- Le dossier technique sur la CRYOTHÉRAPIE GAZEUSE.
- Une démonstration gratuite dans mon service ou mon école.
- Votre programme de formation agréé à la cryothérapie.

NOM : Prénom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tél : Fax :

Merci de remplir, découper et retourner ce bon à l'adresse ci-dessus.

■ COURRIER

Michel-Julien MARTIN,
Président du C.E.R.T.L.A.P.

Cercle d'Études et de Réflexions des Techniciens de Laboratoire de l'Assistance Publique



1, Avenue Claude Vellefaux
75010 PARIS

Vous avez écrit dans La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute n°11 de janvier 99, un article en pages 14, 15 et 16 pour le moins étonnant dans la forme et scandaleux sur le fond.

Étonnant dans la forme car malgré une lecture attentive, il est difficile d'établir un réel lien entre les différentes parties (à propos de la méthodologie de contrôle de la qualité - tableau 1 : typologie selon les différentes professions para-médicales - analyse d'une corrélation entre professions para-médicales et typologie des actes) et le signataire responsable de la chronique. En d'autres termes, qui a écrit quoi ? L'AFREK, l'ANAES, vous...

Scandaleux sur le fond, tant le tableau de la page 15 paraît d'un arbitraire frisant le grotesque s'il n'était pas dramatique *in fine* de penser qu'une certaine frange de votre profession a une idée d'elle-même, activée par un ego en sur-régime, parfaitement surfait et une opinion des autres professions très dérisoire.

En tout état de cause, de notre point de vue, la parution de cet article diffamant et du tableau dont rien n'indique s'il a bénéficié lors de son élaboration de l'avis de professionnels, ou de leur représentants, risque par contre de contribuer à renforcer une image peu modeste des kinésithérapeutes que certains autres amis au sein de l'ANKS, s'étaient attachés avec succès à changer.

Souhaitant que vous apportiez les réponses adéquates à nos interrogations et que la présente puisse faire l'objet d'un droit de réponse dans la prochaine Lettre du C.S.K., nous restons à votre disposition pour tout travail de même ordre mené en réel partenariat interprofessionnel.

■ RÉPONSE

Éric VIÉL,
Secrétaire de l'A.F.R.E.K.

Le courrier de Monsieur Martin ne comporte guère d'éclaircissements sur la raison d'une réaction épidermique, mais au moins deux questions auxquelles il est possible de répondre.

1. L'ANAES était mentionnée parce qu'un groupe de réflexion travaille à la rédaction d'un guide méthodologique. Cet organisme est hors de cause. L'AFREK est intéressée par l'action précitée, elle n'est pas en cause non plus. La phrase d'introduction signifie que je suis le rédacteur du texte incriminé.

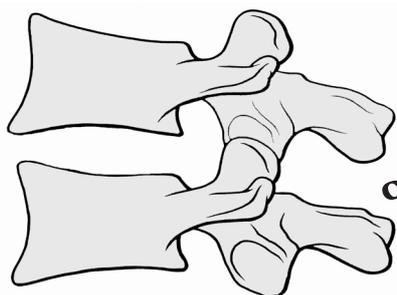
2. Ce sont les conclusions d'un groupe de travail à partir de l'hypothèse nulle : "*Il n'y a pas d'influence sur la qualité du résultat, que la réaction du patient à l'opérateur soit positive ou négative*". Le résultat était différent selon les procédures. Mais la valeur que vous attribuez au résultat pour placer les kinésithérapeutes en position dominante est votre jugement, ce n'est pas la conclusion du groupe de travail.

Le groupe de réflexion transdisciplinaire comprenait des "médico-techniques" qui avaient préféré ne pas être nommés, prétextant du peu de familiarité de leurs confrères (et de leurs représentants) avec les exercices méthodologiques. La suite de l'histoire leur a donné raison.

Utiliser des mots trop forts ne fait pas justice à la cause que l'on entend défendre.

Les insultes dirigées contre la personne ne remplacent pas un argumentaire logiquement élaboré. Il est légitime de critiquer le contenu, la démarche suivie, les critères, etc. Il est contraire à la bonne éducation de prendre à partie le rédacteur d'un texte qui fait déplaisir.

Les diatribes ne peuvent pas convaincre les esprits réfléchis.



**ostéologie
anatomie**

ETABLISSEMENTS DU DOCTEUR

AUZOUX

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 280 000 F

**9, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
75006 PARIS**

TÉL : 01 43 26 45 81

FAX : 01 43 26 83 31

catalogue sur simple demande

COURRIERS

Jean JOUBERT,

Coordonnateur du P.M.T.R. à l'Hôpital Saint-Louis,
Président de l'A.N.C.O.

A
N
C
O

**Association Nationale
des COrdonnateurs
Plateau médico-technique rééducation**

38, Rue Eugène Oudiné
75013 PARIS

C'est avec une certaine stupeur que j'ai pris connaissance de l'article paru sous la rubrique A.F.R.E.K. de La Lettre du C.S.K. de janvier 99. À cette stupeur a succédé mon indignation dont je tiens à vous faire part. Le but de cet article, louable au départ, était visiblement de comparer différentes professions paramédicales. En détournant une méthodologie pour aboutir à une démonstration pré-établie visant à faire du rôle du Kinésithérapeute le paragon des métiers paramédicaux, vous discréditez votre démarche et vous portez un grave préjudice à toutes les professions auxquelles vous vous comparez.

Cette caricature de comparaison me pose un certain nombre de questions. Comment se fait-il que l'auteur se permette de comparer des professions dont il ne connaît absolument rien, ni le mode de fonctionnement, ni les programmes de formation, ni le mode d'exercice ? À partir de quelles études ce travail a-t-il été mené, où sont les références bibliographiques étayant les propos ? À défaut d'observations et de matériaux dûment explicités, il faut admettre que ce travail s'apparente à un fantasme : le « kiné au-dessus de tous ».

En tant que Président de l'Association Nationale des COrdonnateurs de P.M.T. et dans mes fonctions au quotidien à l'hôpital Saint-Louis, j'ai l'occasion de rencontrer tous les acteurs des différentes professions de rééducation et médico-techniques, j'ai dans le domaine de la rééducation des contacts fréquents avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé de la Croix-Rouge de Paris pour lequel j'assume des fonctions de Directeur de mémoire et pour lequel je suis sollicité pour des interventions pédagogiques. Je collabore par ailleurs avec des représentants de l'ANKS. De la même manière, dans le cadre de mes fonctions à l'hôpital Saint-Louis, j'ai une connaissance assez précise du rôle des kinésithérapeutes, rôle que je sais essentiel, tout comme celui de préparateurs en pharmacie, des diététiciens, des manipulateurs d'électro-radiologie et des techniciens de laboratoire.

À propos de matériaux d'étude voici quelques remarques qui devraient initier le rédacteur au début du commencement de la connaissance des autres paramédicaux.

En particulier et d'une manière générale, le rôle clinique des collègues paramédicaux est tout à fait sous-estimé. Comment peut-on envisager faire un acte de radiologie invasif à un patient sans tenir compte de son état clinique ? Comment peut-on envisager en laboratoire de faire un prélèvement de moelle osseuse à un patient sans lui expliquer le but de l'intervention et sans tenir compte de son état clinique ? Pour cette profession de technicien de laboratoire, qui est ma profession d'origine, le contenu de l'article est tout à fait caricatural. Je m'emploierai donc, en priorité pour elle, à aider l'inconscient rédacteur à en savoir davantage. Cette méconnaissance absolue qui transparaît au travers des écrits (c'est du moins comme cela que le ressent le lecteur) frise comme une forme de mépris.

Faisons oeuvre pédagogique et analysons quelques éléments de l'article (ce qui ne nous interdit pas de rechercher au-delà de l'écrit des intentions malveillantes déjà évoquées). Celui-ci commence par l'intitulé "laborantins". Je dois vous rappeler que depuis le décret du 1^{er} septembre 1989, l'appellation de ces paramédicaux est : *technicien de laboratoire* (méconnaissance quand tu nous tiens !). En ce qui concerne le chapitre *procédures* quelques commentaires. Effectivement les procédures sont indispensables, car elles font partie du fonctionnement normal d'un professionnel qui se respecte. Chaque procédure aussi rigoureuse soit-elle, demande à être adaptée en permanence en fonction de la situation, y compris dans le fonctionnement d'un appareil de laboratoire, qui contrairement à ce que vous laissez entendre n'est pas un robot autoprogrammé mais nécessite une conduite humaine. D'ailleurs la fonction des techniciens de laboratoire les apparente de plus en plus à des conducteurs de systèmes où la valeur ajoutée intellectuelle dans le fonctionnement des différents systèmes informatiques, robotiques, automatiques ou appareillages manuels est indispensable. En clair, la procédure, certes indispensable, peut être qualifiée également d'utile au sens clinique.

D'autres exemples de domaines où la connaissance de la profession est caricaturale ? En voici : interpréter une analyse de laboratoire nécessite la connaissance de renseignements cliniques afin d'affiner les résultats. Au détour de la découverte d'une analyse de la coagulation perturbée, faut-il entreprendre les dosages des cofacteurs ? Faut-il entreprendre la recherche d'un anticoagulant circulant ? Ces simples interrogations se réfèrent à l'état clinique du patient. Remarquons que ce genre de choses n'est pas protocolisable. Écrire que le sens clinique est inutile pour les "laborantins", c'est aller à l'encontre des efforts menés dans le domaine de la biologie, entre autres par les biologistes, de montrer qu'ils sont les partenaires directs de la clinique pour l'interprétation des résultats et des conseillers en matière de prescriptions. Aujourd'hui dans un établissement hospitalier, seuls les biologistes sont capables d'expliquer correctement les antibiothérapies ou les traitements anticoagulants. Dire que la fonction des techniciens de laboratoire n'a pas besoin du sens clinique est un non-sens.

Dans le chapitre *enseignement*, il faut savoir que le récent nouveau programme du technicien d'analyses biomédicales (c'est le terme exact, sûrement inconnu du rédacteur) a augmenté la durée des stages pour prendre en compte le fait que cette profession reste essentiellement manuelle. Avec pour un nombre non négligeable de techniques un « coup de main » qui ne s'obtient qu'à la longue, et qui ne peut donc s'acquérir qu'au cours de stages. C'est dire que la pratique revêt une importance certaine. Elle ne semble être supérieure à la théorie tant il est nécessaire de bien connaître la théorie de la biologie qui, comme vous le savez (cela reste à vérifier), est la science qui progresse le plus à l'heure actuelle (les publications autour du génome sont là pour montrer que cette discipline reste la base de la science médicale) et donc en matière d'enseignement, il faut allier une théorie de haut niveau, à renouveler et actualiser en permanence, à une pratique manuelle faite de dextérité et d'application. Le rédacteur de l'article semblait ignorer tout cet aspect des choses.

Relations humaines, il est écrit "inutile - pas de contact avec le patient". Encore une fois c'est la méconnaissance complète du rôle des techniciens de laboratoire qui est ici avérée. Sachez que la plupart des techniciens de laboratoire possèdent l'autorisation de faire des prélèvements, que dans tous les laboratoires libéraux ce sont eux qui prélèvent les patients - après interrogatoire et après informations données à ceux-ci - que dans certaines circonstances selon les disciplines, ces mêmes techniciens effectuent des actes importants, de type ponction sternale ou bien recueil de sperme lors d'une consultation de procréation médicalement assistée où, là aussi, la relation humaine est primordiale. De plus, il faut savoir que de la qualité du prélèvement dépend la qualité du résultat et qu'un prélèvement obtenu d'une manière difficile avec un malade stressé par exemple risque de fausser les résultats. Il est donc tout à fait indispensable que le patient participe à son prélèvement de façon calme et détendue grâce à un climat de confiance institué entre le technicien et le patient. Vous avez dit relations humaines ?

Au chapitre *qualité de vie*, où là encore la méconnaissance est complète, (méconnaissance quand tu nous tiens, que de ravages tu commets). Ce qui importe pour le technicien de laboratoire, c'est de connaître les attentes du patient afin d'orienter les choix techniques en vue de l'établissement du diagnostic. Les attentes du patient participent de ce qu'on appelle *les besoins implicites* en terme de démarche d'assurance qualité. Le patient a besoin que le technicien de laboratoire exécute correctement une analyse avec toute la rigueur nécessaire à l'obtention de résultats exacts. Si le technicien ne connaît pas cette attente du patient et ne l'a pas constamment à l'esprit, il exécutera un acte désincarné.

En conclusion, même si le technicien au quotidien ne travaille pas directement sur le patient, sauf dans les cas que j'ai cités, le souci du patient est constant.

Après vous avoir fourni des informations montrant que l'analyse de l'article reposait sur une méconnaissance profonde des fonctions, des missions, du rôle et des compétences des techniciens de laboratoire, j'en viens à la démarche en générale. Qu'est-ce qui a pris au rédacteur de cet article de vouloir présenter les masseurs-kinésithérapeutes comme étant les meilleurs des professions paramédicales ? Alors que le monde hospitalier est ainsi fait, que des professions, et que toutes ces professions, doivent travailler d'une manière coordonnée, en collaboration, voire en synergie dans l'intérêt des patients, vous introduisez une stratification mesquine, trompeuse et dommageable pour une prise en charge globale (nous aussi nous pouvons utiliser ce qualificatif).

Le patient a besoin à la fois de la radiologie, de la biologie, de l'infirmier et du kinésithérapeute. Quel est l'intérêt de faire croire qu'une profession serait plus utile au patient que l'autre ou de faire croire que, pour une discipline, le patient aurait plus d'importance que l'autre ? Outre l'arrière pensée (évidente et lisible au travers de l'article) consistant à vouloir minimiser le rôle des autres partenaires de la santé, il y a là un risque énorme de division. Dans le contexte politique actuel du fonctionnement de l'hôpital, aucune catégorie professionnelle n'a intérêt à vouloir tirer la couverture à soi. Au contraire, ceux qui sauront s'ouvrir aux autres professions dans un dialogue sincère, dans le respect du rôle et des compétences de chacun, permettant un acte de soin global seront les mieux considérés. Agir en solitaire, de façon outrancièrement concurrentielle n'aboutirait qu'à desservir la cause des kinésithérapeutes.

Par ailleurs on doit très légitimement s'interroger sur le professionnalisme du rédacteur de cet article : comment peut-on être un professionnel du monde de la santé, qui doit respecter au minimum une certaine éthique inhérente au monde de la santé et écrire de telles inepties ? J'ajoute pour être complet, que dans le chapeau introductif de l'article, vous vous abritez derrière le paravent d'une collaboration avec l'ANAES, et vous faites état d'un travail méthodologique préparatoire dans le cas des différentes disciplines paramédicales. Compte tenu de la nature de cet article, je pense légitime d'informer l'ANAES de votre conduite et de votre manque de professionnalisme afin que, d'une part, elle ne prenne pas ce document en compte dans sa réflexion et que, d'autre part, elle mette fin immédiatement à toutes sortes de collaboration avec l'auteur.

Si par erreur, j'avais mal compris le sens de votre article et qu'au travers de ce tableau de typologie, votre intention n'était pas de glorifier le rôle du kinésithérapeute et mépriser le rôle des autres professions paramédicales, mais un simple aveuglement passager je vous prie d'accepter mes excuses.

De plus, si par ailleurs, vous vouliez sincèrement réfléchir à une typologie des différentes professions, alors il est tout à fait possible de contacter leurs représentants, de nous mettre ensemble autour d'une table et de discuter afin de mieux se connaître. Peut-être est-il encore temps ?

Françoise BIZOUARD,

Surveillante-Chef à l'Hôpital Lariboisière (75),
Présidente de l'U.I.P.A.R.M.

**Union InterProfessionnelle
des Associations de Rééducateurs
et Médico-techniques**



38, Rue Eugène Oudiné
75013 PARIS

La publication dans La Lettre du C.S.K. n° 11 de janvier 1999 de l'article paru sous la rubrique A.F.R.E.K. signé Éric Viel pages 14, 15 et 16, a suscité une vive émotion au sein des associations médico-techniques et de rééducation de l'UIP ARM que je préside. Il en est de même au sein de l'ANKS.

Ce type d'étude, dont on ne discerne pas réellement par qui et avec qui elle a été conçue et menée, aboutit à un tableau à mon sens erroné et loin de la vérité.

Elle a, par ailleurs, l'inconvénient de produire, chez nos collègues paramédicaux, une représentation peu flatteuse de notre profession par l'arrogance qu'elle sous entend.

Je regrette sincèrement, au delà de la neutralité que vous affichez en qualité de coordonnateur du comité de publication, qu'un article d'une telle teneur ait pu trouver place dans La Lettre du C.S.K. dont je n'ai pas saisi qu'elle devait être un vecteur de promotion de notre profession au détriment des autres professions paramédicales.

Dans l'attente de quelques explications écrites sur la forme et le fond dont je puisse me faire l'écho auprès de nos partenaires et qui me permettent de pérenniser ma propre participation comme responsable de rubrique de La Lettre du C.S.K. je vous prie d'agréer, cher Confrère, mes salutations.

■ RÉPONSE

Éric VIEL,

Responsable de la Chronique,
Secrétaire de l'A.F.R.E.K.

S'il est vrai, comme l'affirme Jacques Derrida, que le rédacteur d'un texte n'est pas habilité à savoir ce qu'il contient et que seuls les lecteurs peuvent en déchiffrer toutes les inférences [1], nous sommes en présence d'un modèle du genre. Mais je ne distingue pas la pensée déconstructionniste dans les textes de Françoise Bizouard et Jean Joubert.

La réflexion qui les indispose débouche sur les modes pédagogiques proposés, interrogation qui fait partie des préoccupations européennes en matière d'enseignement "post-gradué" : soit un abord "basé sur la procédure" (force des consignes), soit un abord "basé sur le résultat" (force de l'opérateur) [2].

Un abord "procédure-dépendant" n'est ni inférieur à un abord "opérateur-dépendant", ni supérieur. Il s'agit de deux modes de fonctionnement dont chacun se caractérise par des avantages et des inconvénients.

Le point de départ de la réflexion était la réponse au test de Turing [3]. Si les employés des banques ont vu certaines de leurs fonctions assumées par le distributeur automatique, c'est que la procédure (autrefois humaine) était stricte et pouvait être enseignée à une machine. Si les caissières de supermarché sont à risque, c'est que la procédure d'enregistrement par code-barre et carte de paiement peut être enseignée à une machine.

Références

1. Shawver L. *Postmodernizing the unconscious with the help of Derrida and Lyotard*
Am J Psychoanal 1998 ; 58(4) : 361-390
2. Donaghy M. *What are the differences and what kind of network do we need ?*
Proceedings 3rd SLCP Conference, Estoril, April 1998
3. Turing A. *Can machines think ?*
Mind 1950 ; 23(6) : 1024-1055

■ RÉPONSE

Michel GEDDA,

Directeur de Publication de "La Lettre du C.S.K."

Il est clair qu'aucune profession paramédicale ne peut lse prévaloir vis-à-vis du patient. L'idée même d'un classement est malsaine et nuit à l'intérêt de celui-ci.

La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute s'inscrit tout à fait dans la volonté de rapprochement, dont témoignent finalement ces courriers, parce-que c'est le quoti-

dien de ses acteurs et lecteurs, parce-qu'il s'agit d'une condition indéniable de qualité pour chacune de nos actions.

Cette ouverture passe effectivement par la meilleure connaissance de l'histoire et du rôle des intervenants auprès du patient. Je souhaite la rencontre suggérée et propose son agencement dès l'automne. J'espère que celle-ci nous permettra de dissiper définitivement tout soupçon, de mieux nous connaître et d'établir les fondements d'une collaboration réelle, autant qu'elle peut déjà l'être, souvent, sur le terrain.

C'est cet aspect constructif émanant des différentes correspondances que je veux retenir.

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ

Nicole ALMÉRAS

47 ans

Mariée, 2 enfants

Cadre Supérieur
au C.H.U. de Nîmes

M.K.D.E. en 1973

M.C.M.K. en 1977



Quel est votre parcours professionnel ?

Mon parcours est celui d'une professionnelle diplômée par l'école montpelliéraine de masseur-kinésithérapeute en 1973, première étape clef suivie d'un emploi au C.H.U. de Nîmes. Le certificat cadre obtenu également à Montpellier en 1977 représente la deuxième étape clef de mon parcours professionnel.

La fonction de cadre m'a permis de mettre en place dès cette année là le dossier de masso-kinésithérapie, vecteur des concepts professionnels. En effet, une profession est reconnue à ses outils de travail, indicateurs écrits de toute réflexion avant l'action.

J'ai volontairement orienté ma fonction cadre vers le terrain, où j'ai très vite compris la nécessité d'introduire les technologies nouvelles dans l'intérêt du patient et des professionnels de la rééducation. J'ai aussi pris conscience de la pertinence de la formation comme outil de management, notamment lorsqu'elle est organisée à partir du recueil des besoins des services. C'est alors un temps d'échanges privilégiés, où la

réflexion en équipe permet de bâtir des projets, moteurs du quotidien. J'ai ensuite bénéficié d'une formation appelée "correspondant de formation", organisée par le C.H.U. de Nîmes pour l'ensemble des cadres. Ce fut l'occasion de confirmer l'idée que la formation n'est pas une fin en soi.

Mon diplôme de "super-technicien" de 1977 n'étant pas suffisant pour répondre aux exigences d'un service, je me suis orientée vers des formations spécifiques à la fonction de cadre. J'ai suivi une formation sur l'analyse de la charge de travail.

De 1992 à 1994, le C.H.U. a proposé un cycle de perfectionnement à la fonction d'encadrement, complément nécessaire à mon certificat cadre par l'apport d'outils méthodologiques indispensables pour cette fonction. Capitalisant l'énergie induite par ce cycle de perfectionnement, un groupe réseau cadre a été institué afin d'identifier, analyser et élaborer des propositions pour des solutions.

Parallèlement, j'ai suivi des formations techniques dictées par l'actualité, notamment lors de

l'ouverture de services spécialisés comme la pédiatrie néonatale, la rééducation cardio-vasculaire ou la rééducation gériatrique.

J'ai été moi-même formateur au sein du C.H.U. pour des thèmes en référence au savoir spécifique de notre profession qu'il convient de faire partager aux professionnels des autres filières. Ce savoir spécifique contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Pour être plus concrète, et à titre d'exemples, les thèmes de formation que j'aborde le plus couramment sont l'approche fonctionnelle du patient hémiplegique, l'épaule de l'hémiplegique, la spasticité, l'autonomie des patients, l'approche fonctionnelle des patients souffrants de fracture, l'approche fonctionnelle de patients porteurs de prothèse de hanche... Tout cela afin de développer l'implication de toutes les catégories soignantes.

Dès 1993, en collaboration avec le Professeur Pélissier et afin de mieux connaître les moyens développés pour chaque pathologie par l'unité de soins, j'ai élaboré une fiche par patient de comptabilisation journalière des actes les plus couramment utilisés en rééducation. Cette fiche étant commune à plusieurs intervenants, l'ébauche du P.M.S.I. été née.

Puis, vous vous-êtes davantage investie, plus tard, dans cette démarche nationale, me semble-t-il ?

En effet, en 1994 la Direction des Hôpitaux m'a sollicitée pour participer à la création du catalogue des actes de rééducation à consigner dans le P.M.S.I.. Puis de 1994 à 1995, j'ai participé aux révisions des actes figurant dans le catalogue. Je suis alors devenue formatrice de la mission et aux travaux d'extension du P.M.S.I.. Véritable révolution culturelle !

C'est un outil original qui devrait encore évoluer et se perfectionner. Pour le cadre, c'est déjà un outil de travail car il permet l'analyse de la charge de travail et des moyens mobilisés par pathologie. Le P.M.S.I. pourrait devenir un moyen pour faire reconnaître notre profession.

Après l'avoir mis en place sur le C.H.U. depuis 1994, nous sommes passés à la saisie informatique en 1996.

Et ensuite ?

C'est en 1997 que j'ai été nommée cadre supérieur par concours interne sur titre.

Pour réussir dans ce parcours, j'ai la chance de travailler avec des collaborateurs de qualité et de confiance, que ce soit au niveau des directions fonctionnelles, de la Direction de Suivi des Soins Infirmiers (D.S.S.I.), des cadres, des rééducateurs et des chefs de service.

À quoi sert un cadre supérieur kinésithérapeute dans un hôpital tel que le vôtre ?

Être cadre supérieur à Nîmes, c'est être responsable d'une équipe de cadres et de personnels de rééducation. C'est les guider dans leurs pratiques, coordonner et harmoniser les projets individuels, collectifs, médicaux et institutionnels.

J'effectue aussi un travail de collaboration avec la D.S.S.I.. C'est une collaboration riche d'informations, d'argumentations mutuelles et d'échanges, qui nous alimente et évite de nous isoler derrière nos pratiques professionnelles. En général, les kinésithérapeutes craignent souvent la mise sous tutelle infirmière. Ici, il n'y a pas de rapports de pouvoir, mais seulement l'intérêt du malade au centre de nos préoccupations.

Mais l'accès à ce grade n'étant pas précédé d'une formation, l'apprentissage passe par la confrontation aux diverses situations de terrain. Il me paraît utile qu'un apport approfondi de compétences en méthodologie de l'organisation, de la gestion vienne enrichir les acquis du terrain.

En ce qui me concerne, un projet de formation (D.E.S.S. de gestion hospitalière) est à l'étude. Cela me permettrait plus d'aisance pour valoriser le secteur de rééducation, mais aussi le C.H.U..

Il est vrai que ce genre de poste reste encore peu développé au sein des structures hospitalières.

Pour la plupart d'entre nous, nous restons pionniers et uniques au sein de l'institution. Nous mettons, en collaboration avec les responsables médicaux et administratifs, les repères qui pour nous, paraissent essentiels ; mais il n'y a pas de règle spécifique à notre catégorie professionnelle.

Pour répondre plus précisément à votre question, le cadre supérieur anime l'équipe de cadres sous sa responsabilité. Il permet à chaque profession de rééducation de trouver son épanouissement professionnel et gère avec équité tous les corps de métier.

Le cadre supérieur est aussi garant de la mise en application des textes, lois et décrets.

Plus concrètement, en ce moment sur Nîmes, après une formation intra-muros, nous sommes passés à la mise en place du diagnostic pour la profession de masseur-kinésithérapeute, et peut-être l'extension de la démarche intellectuelle à d'autres professions de rééducation si elles le souhaitent.

Le cadre supérieur établit une communication transversale au niveau des unités de soin avec les thérapeutes prestataires de rééducation.

Il permet à chaque unité d'affirmer sa spécificité de soin sur des principes de fonctionnement communs à plusieurs unités.

J'ai aussi la charge de la gestion d'un secteur de rééducation gériatrique en tant que cadre.

Quels sont, d'après vous, les problèmes que rencontrent les quatre cadres sous votre responsabilité ?

Pour en avoir parlé plusieurs fois avec elles, une connaissance insuffisante de la méthodologie et des outils de management que notre formation n'a pas apporté.

Nous ne parlons pas le même langage que les cadres infirmiers ; c'est difficile au fil des années d'asseoir son identité de "kiné" compte tenu que l'environnement institutionnel s'adresse plus particulièrement au domaine infirmier. Ceci semble dû à la loi du nombre. C'est à nous de faire le pas et d'aller vers les autres pour confirmer notre identité.

Comment mieux faire vivre alors la kinésithérapie ?

Passer à l'ère de l'écriture, ne pas se contenter de sa mémoire thérapeutique, prendre confiance en nous, commencer à évaluer nos pratiques professionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute a généralement un comportement trop individualiste. Il produit de la qualité, mais doit aussi participer à l'enfantement de cette qualité collective en rendant compte de son activité au patient, au médecin, à l'unité de soin, au cadre, à l'institution, et vice-versa.

Comment peut-on décroiser les différents métiers de rééducation, mais aussi avec les autres filières professionnelles ?

Je ne prétends pas, malheureusement, avoir la vraie réponse. Pour y avoir réfléchi, peut-être que la pratique du diagnostic kinésithérapique écrit et l'élaboration d'objectifs formalisés, identifiés par le thérapeute et les autres intervenants va impulser une dynamique de démarche diagnostique avec une meilleure connaissance et reconnaissance mutuelle. Ceci devrait mettre encore plus en évidence tous les champs d'action communs inter-disciplinaires.

Il faudrait identifier nos complémentarités, nos interférences et les reconnaître.

Quelle est l'organisation de la kinésithérapie au sein de l'hôpital ?

Dans le bassin méditerranéen, les équipes de rééducation

de Nîmes - Grau du Roi représentent un pôle important puisque 43 masseurs-kinésithérapeutes et 26 ergothérapeutes sont répartis sur plus de 8 grands secteurs de rééducation. Le C.H.U. compte 1 782 lits, et la place de rééducation est maintenant reconnue quel que soit le type d'hospitalisation.

Pour les courts séjours, les différents intervenants de rééducation y sont prestataires de service. L'objectif est de mettre en place une communication transversale et une traçabilité des soins.

Pour les moyens séjours, le projet est d'instaurer des objectifs de soin reconnus et identifiables pour et par chaque catégorie de soignant.

Pour les longs séjours et l'hébergement, deux types de prise en charge existent :

- palliative, en réponse à une demande médicale ;
- prospective, à visée de maintien des acquisitions.

Les rééducateurs et moi-même avons élaboré plusieurs projets professionnels dans cette optique.

Quelles sont vos activités personnelles annexes ?

Avec la charge de ma fonction, j'ai réduit mes activités extérieures à quelques interventions dans différentes écoles paramédicales pour me centrer plus particulièrement sur l'assurance qualité.

Par ailleurs, j'ai prévu la reprise d'une formation au sein du C.H.U. pour le personnel sur le thème de la manutention, mais nous préférons intituler cela "Déplacements : gestes de soins".

Nous pensons aussi à l'an 2000, qui représente pour le C.H.U. de Nîmes un grand moment car nous construisons l'hôpital de l'an 2000 avec presque toutes ses structures neuves. C'est un temps privilégié pour se remettre en question et modifier



CONCEPTEUR

DEPUIS 1955

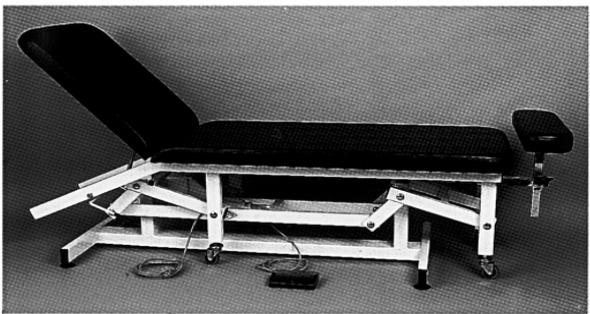
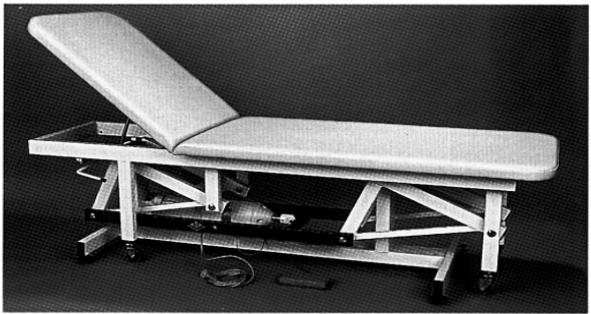
N°1

TABLE ELECTRIQUE

30 MODÈLES

SÉCURITÉ D'UTILISATION :
Double isolation, commande par pression d'air (pas de fil électrique dans le châssis).

STABILITÉ :
Section et conception des parallélogrammes.



Z.I. RN7 58320 POGUES-LES-EAUX Tél. 86 68 83 22 Fax 86 68 55 95

F A B R I C A T I O N

D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX

nos comportements si cela est nécessaire, en tenant compte de l'ouverture sur l'Europe.

Quels sont vos projets au sein de l'institution ?

Réussir le challenge des déménagements dans ce nouvel hôpital tout neuf.

Profiter du dynamisme impulsé par le projet d'accréditation afin d'évaluer et d'améliorer nos pratiques, valoriser nos professions de rééducation et que chacun trouve sa place et son identité.

Voudriez-vous aborder un autre sujet plus particulièrement ?

J'aimerais parler de mes préoccupations actuelles pour faire part de quelques-unes de mes incertitudes.

La formation fait partie de mes préoccupations principales. Je trouve que certaines formations qui nous sont proposées s'éloignent de plus en plus de notre métier, deviennent communes à plusieurs catégories professionnelles et paradoxalement aiguissent notre individualisme.

Les urgences en kinésithérapie font aussi partie de mes questionnements non résolus : comment situer notre service spécifique dans le contexte socio-économique actuel ?

Il n'existe peu ou pas, à ma connaissance, d'instances auprès desquelles il serait facile de s'adjoindre pour réfléchir à des problèmes communs.

Quelle est l'action, en tant que cadre supérieur, dont vous êtes la plus fière ?

Avoir contribué à l'identification des services de rééducation.

Le C.H.U. de Nîmes dispose de plusieurs sites géographiquement éclatés et distants de plusieurs dizaines de kilomètres. Malgré cela, à la rentrée prochaine, dès le mois de septembre, les ergothérapeutes pourront se réunir autour de thèmes de réflexion et de recherche. Le choix de la participation de chacun selon le thème proposé est laissé au volontariat. Je pense que ce sera pour les ergothérapeutes une grande opportunité et un moment de bonheur professionnel.

Entretien : Michel GEDDA

L' HÔPITAL DE L'AN 2000

Depuis quelques années, Nîmes bâtit son hôpital pour l'an 2000. La construction envisagée est destinée à répondre aux évolutions des activités et techniques médicales, dans les meilleures conditions de fonctionnalité et d'économie, pendant de nombreuses années. Ainsi le projet retenu se remarque d'abord par ses capacités d'adaptation et d'extension.

Quelques autres particularités d'ampleur :

- 54 000 m² de locaux reliés aux 25 000m² actuels de Carémeau.
- 30 000 m² de parkings souterrains.
- 750 millions de francs pour la construction et les équipements.
- Tous les services de court séjour regroupés sur le même site.
- Une circulation étudiée pour faciliter tous les accès.
- Cablage entre bâtiments pour une communication moderne.
- Une convivialité voulue dès la conception.

JOURNÉE DE TRAVAIL

Potentialiser la conférence de consensus

L'I.F.C.S. "Bois-Larris" et l'IF.M.K. de Vichy proposent le vendredi 10 septembre 1999 une

JOURNÉE DE TRAVAIL SUR L'ENSEIGNEMENT DU RACHIS.

L'objectif est de potentialiser la récente conférence de consensus relative aux lombalgies par une réflexion unitaire, commune à l'ensemble des écoles de kinésithérapie de France.

Le projet est ainsi de faire profiter les futurs professionnels de l'énorme travail de mise à jour des connaissances internationales par le brassage de la littérature et des dynamiques instaurées autour de cette occasion.

La compréhension profonde de la mécanique complexe de cette région, la maîtrise technique longue à acquérir représentent un intérêt majeur pour la profession. La publication des textes de la conférence induit une période particulièrement propice à cette démarche.

Outre les membres du Comité de lecture et les experts de la conférence, cette démarche vise à réunir les représentants, enseignants de ce domaine de toutes les écoles.

Le travail abordera le contenu, sa ventilation et sa gradation sur les 3 années d'étude, les méthodes et outils pédagogiques (disponibles et à créer) spécifiques à ce thème souvent difficile à enseigner.

Cette journée aura lieu à l'I.F.M.K. de Vichy. Les personnes intéressées et ne pouvant se déplacer ce jour là pourront néanmoins suivre le projet en se manifestant préalablement.

Renseignements et Inscription :

Claude BRU
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
CENTRE HOSPITALIER
2, Boulevard Denière
03200 VICHY

FORMATION

Différents aspects de la formation dans un service d'hospitalisation.

C'est en poursuivant notre idée de donner la parole à des cadres de santé d'horizons divers que nous avons sollicité Monsieur PAIRAULT.

Il nous rappelle les différents aspects de la formation dans un service d'hospitalisation. Il serait maintenant intéressant d'analyser les enjeux et les problèmes évoqués afin de préciser la position et l'action du cadre par rapport à la formation.

par :

Jacques PAIRAULT,

Cadre Supérieur Infirmier à l'Hôpital Bichat.

La formation est une préoccupation pour un cadre de santé responsable d'un service d'hospitalisation. Cette formation revêt trois aspects : l'éducation des patients face à leur pathologie, la formation continue des personnels et la formation initiale des différents professionnels de santé. Elle doit dépasser un certain nombre de difficultés actuelles : manque de motivation de l'encadrement, programmation au coup par coup et concentration de l'offre pour s'inscrire dans un projet qui en définit les objectifs et les moyens.

1. Élaborer un projet de formation :

Celui-ci est établi en fonction du projet d'établissement et du projet de service qui comportent des orientations claires et spécifiques concernant la formation. Le recueil des besoins en formation des personnels est réalisé lors de l'entretien annuel d'évaluation.

2. L'éducation du patient :

Pour l'usager, il est clair que l'apprentissage bien pensé d'une éducation à la santé est le seul moyen de parvenir à l'optimum de santé et d'autonomie sociale. Cette éducation concerne l'hygiène de vie, la rééducation mais aussi la prise en charge par le patient de certaines thérapeutiques. Dans ce domaine la collaboration d'associations de malades pour le recensement des besoins et la mise en œuvre des formations est précieuse.

3. La formation continue des personnels :

La formation continue est un enjeu fondamental dans lequel doit être démêlé ce qui concerne les ambitions professionnelles, les évolutions technologiques, la prise en charge des nouvelles pathologies, les contraintes budgétaires, les priorités locales définies par l'établissement, les modifications de structures et les réalités du terrain.

La redistribution des savoirs acquis est souvent difficile : elle peut ne pas être programmée ou se heurter à une certaine résistance au changement.

La formation peut rassembler les acteurs autour de valeurs fortes en faisant le lien entre le projet institutionnel et le projet de service.

Quand un service d'hospitalisation possède des organisations ou des technologies innovantes, la formation ne concerne pas uniquement ses propres professionnels mais également des professionnels d'autres structures qui vont utiliser ces moyens.

4. La formation initiale des professionnels de santé :

Dans un service d'hospitalisation, le cadre de santé est concerné par la formation initiale des infirmières et aides-soignantes. Mais aussi le grand nombre d'autres catégories de professionnels de santé qu'il accueille. Pour l'ensemble des catégories la prise en charge est la même. Elle concerne : l'accueil des étudiants, la prise en compte des objectifs de stage, l'évaluation en cours et au terme du stage.

L'équipe de soins élabore un programme de formation avec des supports d'enseignement et des outils d'évaluation (livret d'accueil, carnet de suivi de stage, grille d'auto évaluation...). Certains membres de l'équipe reçoivent une formation spécifique de "tuteur de stage" pour améliorer la prise en charge des étudiants afin de développer leurs compétences pédagogiques et leurs qualités relationnelles. L'efficacité dépend également du dialogue et de la motivation des différents acteurs : professionnels de santé, enseignants et étudiants.

5. Évaluation de l'efficacité de la formation :

Des stratégies et des instruments d'évaluation de l'efficacité des formations doivent être élaborés tant au niveau de l'institution que des services. Cette démarche concerne l'institution, les formateurs et les formés. Les résultats de ces évaluations peuvent s'inscrire dans une démarche d'évaluation de la qualité.

Conclusion :

La formation dans un service d'hospitalisation demande la participation de l'ensemble des catégories de personnel. Son efficacité dépend d'une évolution vers des techniques modernes de management qui associent les objectifs de l'institution aux besoins, et une démarche transversale et participative d'expression des besoins des usagers et des personnels. Une nécessaire souplesse des structures permettra la prise en charge des demandes en matière de formation et une véritable mobilisation des acteurs. C'est elle qui entraînera la maîtrise des connaissances tant du côté des étudiants et du personnel que des usagers. Elle ne doit pas être la première sacrifiée sur l'autel des contraintes budgétaires.



**Béatrice CHAPIN,
Pascale JAILLARD,**



Responsables de la Chronique.

■ DÉCOUVERTE

L'Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales



Site Bayer
Tour Horizon
52, Quai de Dion Bouton
92807 PUTEAUX CEDEX

Tél : 01.49.06.56.24 - Fax : 01.49.06.84.75

L'Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales (I.P.C.E.M.) a été créé en 1989 sous l'impulsion de professionnels de santé médicaux et paramédicaux, d'enseignants, chercheurs universitaires et du groupe industriel Bayer.

Il s'agit d'une association à loi 1901 dont le but est de promouvoir l'éducation thérapeutique du patient dans les pathologies du diabète, de l'asthme, de l'hémophilie et plus récemment des maladies cardio-vasculaires.

Pour promouvoir l'éducation thérapeutique du patient, l'I.P.C.E.M. s'appuie sur divers types d'intervention.

- Les cycles de formation psychopédagogiques : il s'agit de programmes de formation reconnus par la formation continue, qui s'adressent aux professionnels de santé devant prendre en charge des patients diabétiques,

1989 - 1999

L' I.P.C.E.M. EN QUELQUES CHIFFRES

- 969 soignants ont été formés par l'I.P.C.E.M.
- 196 stagiaires sont en cours de formation
- Un annuaire des mémoires de recherche I.P.C.E.M. comportant plus de 200 résumés scientifiques
- 10 journées scientifiques en France, et 3 colloques internationaux :
 - le 1^{er} décembre 1992 : "l'hôpital école de santé",
 - le 21 janvier 1994 : "éducation et responsabilité du patient",
 - le 17 septembre 1999 : "l'éducation du patient : vers une citoyenneté de santé".

asthmatiques, hémophiliques ou porteurs de risques cardio-vasculaires. Chaque cycle de formation est adapté à la pathologie et aux contextes de travail professionnels.

- Des forums spécialisés : il s'agit de rencontres entre professionnels de santé sur des objectifs précis, tels que développer des unités hospitalières d'éducation du patient, créer des réseaux d'éducation thérapeutique du patient (hôpital-ville), concevoir des programmes scientifiques pour l'enfant porteur d'une maladie chronique, animer des techniques pédagogiques spécifiques.

- La Journée de l'I.P.C.E.M. : il s'agit d'un colloque scientifique organisé chaque année en juin ou en septembre. Au cours de ce colloque, des spécialistes de l'éducation thérapeutique mais aussi les participants des formations I.P.C.E.M. font connaître leur recherche dans ce domaine.

- La production de supports pédagogiques : l'I.P.C.E.M. encourage, soutient et aide au développement de supports pédagogiques dans le domaine de l'éducation du patient. C'est ainsi que dans l'éducation de l'enfant diabétique, un support, "l'hypopuzzle", a été diffusé à plus de deux cents unités d'éducation.

- Les publications : chaque année, un numéro spécial du Bulletin d'Éducation du patient est édité. Il comprend des textes sur les recherches, les travaux menés par les membres de l'I.P.C.E.M. dans le domaine de l'éducation du patient. Chaque année, un annuaire des mémoires de recherche est actualisé.

- Les forums développement : il s'agit d'interventions sur site pour aider les professionnels de santé, mais aussi les associations de patients à mettre en oeuvre et organiser des programmes d'éducation du patient.

Pour mener à bien ces différentes interventions, l'I.P.C.E.M. s'appuie sur :

- un Conseil d'Administration,
- un Comité Scientifique, composé de 14 experts dans les domaines des maladies chroniques et de l'éducation,
- une équipe de 22 animateurs, médecins, infirmier(e)s, psychologues, diététicien(ne)s, kinésithérapeutes.

À ce jour l'I.P.C.E.M. est une structure unique en France par au moins deux aspects. Le premier est sa connaissance d'une pratique psychopédagogique dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient. À noter que les programmes de formation de l'I.P.C.E.M. sont cités comme exemple dans le rapport que vient d'éditer l'O.M.S. sur l'éducation thérapeutique du patient. Le deuxième aspect est l'existence d'un partenariat de dix ans entre des praticiens hospitaliers, des hospitalo-universitaires, des enseignants-chercheurs universitaires et le groupe Bayer.

■ MÉMOIRES CADRES

Charge mentale du kinésithérapeute dans les soins de patients douloureux et rôle du Cadre de Santé.

La définition de la douleur donnée par l'International Association for Study of Pain est :

- en 1979 : "La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel, ou décrite en termes d'un tel dommage",

- en 1980 : "La douleur est ce que le patient dit ressentir".

Suite à la prise de conscience de ces dernières années dans l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge, deux élèves cadres de santé ont cherché à appréhender le rôle du responsable des plateaux techniques de rééducation vis à vis de la charge mentale des paramédicaux (et surtout des kinésithérapeutes) dans les soins de patients douloureux ou en état de souffrance.

• **En 1997, Christine Baze-Delecroix (Croix-Rouge-Française, Paris)** étudie la charge mentale des kinésithérapeutes dans la prise en charge d'enfants âgés de quelques mois à 16 ans présentant des pathologies respiratoires, neuro-musculaires, orthopédiques, rhumatismales, immunologiques et oncologiques.

Celle-ci formule trois hypothèses de départ :

- il existe un manque certain de conditions mises en place par le cadre pour que les kinésithérapeutes puissent gérer leur charge mentale ;

- la mise en place d'une réflexion et/ou formation autour de la prise en charge de la *douleur-souffrance* facilite la gestion de la charge mentale de l'équipe ;

- ces conditions, organisées par le cadre de santé, permettent une amélioration de la cohésion au sein et avec les autres équipes de soins.

La recherche s'effectue sous la forme d'entretiens non directifs suivis d'une analyse thématique verticale au sein de chaque entretien, puis une recherche horizontale sur l'ensemble des entretiens.

Dix personnes ont été interrogées dans un hôpital de l'Assistance Publique. Les âges s'échelonnent entre 23 et 53 ans et les années d'expérience entre 1 et 30.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants en garantissant la confidentialité de leurs propos. Ils durent de 25 à 40 minutes.

L'objectif consiste à vérifier si les kinésithérapeutes

au cours des descriptions de séances de rééducation évoquent :

- des difficultés personnelles lors des traitements,
- des difficultés dues à l'état du patient,
- des difficultés relatives à la douleur,
- des difficultés relatives à la souffrance,
- des difficultés dans l'équipe ou avec les autres équipes,
- des difficultés avec les familles.

Le rôle du cadre, de la formation initiale ou continue, peuvent également être cités comme facteurs influençant la prise en charge de la douleur des enfants et de ce fait la charge mentale.

L'analyse du contenu des entretiens met en évidence :

• **au niveau des prises en charge :**

Les conditions de travail sont très peu évoquées, si ce n'est leur caractère répétitif et routinier. La difficulté d'accepter l'appareillage est plus vivement ressentie chez les adolescents et leur famille, notamment dans les traitements secondaires à des traumatismes.

• **au niveau de la formation :**

La principale source d'informations provient des collègues, la seconde des réunions d'équipes médicales et para-médicales.

• **au niveau de l'équipe :**

Les liens entre kinésithérapeutes rejoignent le thème de la formation sur le terrain. Les relations avec les autres équipes sont à la fois d'aide et de relais auprès des enfants, même si le nombre d'intervenants rend parfois la communication difficile.

• **au niveau des douleur et souffrance des enfants :**

Ces notions sont présentes dans tous les entretiens, ainsi que la souffrance des masseurs-kinésithérapeutes.

- L'impression de faire mal est évoquée par 4 MK.

- Pour les adolescents : les thérapeutes appréhendent leurs questions et celles de la famille, surtout lorsqu'elles sont répétitives. Cette charge est d'autant plus difficile que la souffrance des enfants s'exprime par le refus du traitement, de l'appareillage, ou directement par l'angoisse, voire par des demandes de mort.

- Pour les plus jeunes : les sentiments sont exprimés de façon moins directe. Les interrogations sont cependant vives au cours des prises en charge des petits qui ne parlent pas encore.

- La relation thérapeutique est très difficile à maintenir compte-tenu, entre autre, de la durée des traitements et les décès sont douloureusement ressentis par les 3/4 de l'équipe.

• **à propos du rôle du cadre :**

Dans la moitié des entretiens, il n'est pas évoqué. Son rôle vu par les autres kinésithérapeutes est essentiellement limité à des aspects organisationnels, techniques et administratifs.

• **divers :** il existe des demandes de formation, ou d'aide par des psychologues.

En conclusion, Christine Baze-Delecroix met en évidence que la souffrance est présente chez les masseurs-kinésithérapeutes mais souvent occultée et qu'il existe des non-dits, des dénis autour de la douleur des enfants. Il existe des demandes d'aide par l'intermédiaire de psychologues et de formations. Elle conclut également qu'il existe une demande explicite quant au rôle du cadre dans le rapprochement des équipes pour mettre en place des conditions telles que chacun puisse abaisser sa charge mentale et contribuer à diminuer la souffrance de l'enfant.

• **En 1998, Muriel Ringaud (Croix-Rouge-Française, Paris)** met en exergue "l'apprentissage de l'écoute du patient douloureux chronique adulte : projet commun des rééducateurs et du cadre de santé de rééducation".

La prise en charge du patient douloureux chronique adulte à l'hôpital paraît difficile pour un grand nombre de rééducateurs et leur enthousiasme s'atténue vite. Si la douleur du malade renvoie le rééducateur à ses limites et à sa propre souffrance, une lassitude, un épuisement, un échec et une remise en question s'instaurent au détriment de la qualité de la prise en charge.

L'hypothèse formulée par Muriel Ringaud est la suivante : "une formation à l'écoute permettrait au rééducateur de se sentir reconnu et efficace dans la rééducation du patient douloureux chronique adulte".

Muriel Ringaud a choisi trois méthodes d'enquête :

- le *questionnaire* adressé à des cadres de santé, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et un psychomotricien ;

- l'*entretien semi-directif* avec des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers et des patients douloureux chroniques ;

- l'*observation* réalisée sur une équipe hospitalière.

La population étudiée comprend civils et militaires. 57 personnes, réparties sur 5 hôpitaux, ont répondu au questionnaire. Les résultats du questionnaire mettent en évidence les points suivants :

- 85% des civils et 10% des militaires déclarent avoir pris en charge des patients douloureux chroniques.

- 60% des civils ne souhaitent pas travailler dans un Centre d'Évaluation du Traitement de la Douleur. Les raisons évoquées sont un champ thérapeutique trop res-

treint, un travail exclusif, des formations insuffisantes et un manque de reconnaissance du travail réalisé.

- 40% sont intéressés par le suivi de patients douloureux chroniques mais en dehors du cadre cité ci-dessus.

- l'ensemble des réponses souligne l'importance de la relation soignant-soigné et considère l'écoute comme "un suivi psychologique du patient qui pose problème".

Les entretiens avec les équipes médicales mettent en avant le rôle du kinésithérapeute, même si celui-ci est très mal cerné. Un manque de communication est également dénoncé.

Les entretiens avec les kinésithérapeutes soulignent le manque de résultats obtenus et le sentiment de frustration qui en résulte. La difficulté à écouter et à parler avec le patient majore la sensation d'échec. Cette attitude progressivement défensive se traduit par un déni de la douleur, un refus d'écouter et de comprendre l'autre, une fatigue, une lassitude et progressivement une démotivation.

Les observations traduisent à nouveau un manque de reconnaissance par l'institution et les équipes de soins, du travail et de la place du rééducateur en général.

En conclusion, Muriel Ringaud tire de son enquête auprès des kinésithérapeutes ne travaillant pas dans un Centre d'Évaluation du Traitement de la Douleur les éléments suivants :

- un sentiment prédominant d'une incapacité à prendre en charge ce type de patients ;

- un manque de reconnaissance de la part de l'équipe de soins et un sentiment de dévalorisation personnelle ;

- une carence de formation non pas technique mais dans l'approche de la prise en charge de ces patients et notamment dans la qualité de l'écoute du patient.

Dans ses perspectives, elle envisage le rôle du cadre de santé comme un catalyseur dans la mise en place de formations. Il doit en parallèle favoriser l'intégration et la reconnaissance du rôle des kinésithérapeutes dans une équipe de soins pluridisciplinaire.

• **En résumé**, ces deux mémoires ont l'avantage d'aborder un thème d'actualité et relativement peu développé jusqu'alors. Les annexes fournissent également, l'ensemble des adresses des Centres d'Évaluation du Traitement de la Douleur et la plupart des grilles d'évaluations utilisées en pédiatrie et chez l'adulte. La spontanéité de la plupart des entretiens et la souffrance exprimée par certains kinésithérapeutes méritent une attention toute particulière.



Aude QUESNOT,
Responsable de la Chronique.

CADRES EN EUROPE

Les études de Kinésithérapie en Espagne.

par :



Antonio NARBONA JIMÉNEZ

*Doyen du Collège des
Physiothérapeutes de Catalogne*

En Espagne, les études de Physiothérapie sont reconnues comme des études universitaires de premier cycle - avec le Titre de *Diplôme en Physiothérapie* - selon le Décret Royal 2965 du 12 décembre 1980, après intégration des études de Physiothérapie à l'Université [B.O.E. (Bulletin Officiel Espagnol) du 19/01/81] et l'Arrêté du Ministère de l'Éducation et des Sciences du 1^{er} juin 1982, par lequel sont établies les directives générales pour l'élaboration du projet des études dans les Écoles Universitaires de Physiothérapie [B.O.E. du 04/06/82] et modifié postérieurement par le Décret Royal 1414 du 26 octobre 1990 [B.O.E. du 22/11/90].

Actuellement, les études pour le Diplôme Universitaire en Physiothérapie comptent 2070 heures de cours, réparties sur trois années.

Les études comprennent :

- d'une part, une formation théorique dans les domaines de la physiothérapie, dans le domaine médical et les domaines contigus à la physiothérapie ;
- d'autre part, une formation théorico-pratique afin d'assurer l'apprentissage et l'acquisition des techniques et des gestes propres à la physiothérapie, et enfin des stages cliniques.

Il existe à l'heure actuelle, sur le territoire espagnol, 30 Centres Universitaires qui préparent à ce diplôme.

La formation post-universitaire est organisée par ces mêmes Centres Universitaires. Elle propose : la formation en thérapie manuelle ostéo-articulaire, en ostéopathie, en pédiatrie, la physiothérapie du sport, la rééducation en gériatrie, en neurologie, la rééducation cardio-respiratoire, la rééducation en traumatologie et en orthopédie et la gestion de la qualité. Ces formations post-universitaires durent un ou deux ans.

Ainsi, il existe différents programmes de formation continue, et ce dans tous les domaines de connaissance propres à la Physiothérapie.

Quant à la création d'un deuxième cycle dans les études de physiothérapie ou d'une licence, les différentes instances représentatives de la profession y travaillent, sollicitées par l'administration de tutelle et les Universités.

L'exercice de la profession est possible dans tous les secteurs de santé, c'est-à-dire à l'hôpital, en centre de soins primaires, dans les mutuelles d'assurances, en soins à domicile, en entreprises, sur les terrains de sport, dans les écoles d'éducation spécialisée, dans les résidences du troisième âge et naturellement sur le terrain de la prévention et de la médecine du travail.

La physiothérapie s'exerce également en cabinets privés.

Les recouvrements des honoraires en activité libérale se font à l'acte, sur des tarifs établis après accord avec les mutuelles et le système de santé publique. Ces tarifs varient en fonction des pathologies, des séances, des techniques et des traitements appliqués, suivant des standards de recommandations et de qualité.

Quand la physiothérapie est pratiquée dans le service public ou un centre mutualiste, le paiement se fait sous forme de salaires.

Les physiothérapeutes espagnols sont représentés par des collègues professionnels, lesquels défendent les intérêts de la profession face à l'administration et à des tiers, ils garantissent la qualité des prestations des services aux consommateurs.

Le premier collège, créé en 1990, fut le collège des physiothérapeutes de Catalogne. Actuellement, il existe des collèges professionnels dans les communautés autonomes de Madrid, Murcia, Canarias, Asturias, Galicia, Aragon, Cantabria, Andalousie et prochainement Valencia.



*Remerciements
à Henri PORTERO,
pour son aimable traduction.*



Philippe RIGAUX,
Responsable de la Chronique.