



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 14 - Juin 2000

■ ÉDITORIAL

Été.

À l'ombre humide et incertaine d'une jacinthe bleue exhalant l'indécence orientale d'un parfum provocateur, un pois, gonflé à n'en plus tenir, se fend d'une fine crosse vert tendre, telle cette vie fragile sur laquelle, professionnellement, nous veillons tous. C'est bientôt l'été.

Les M.K. posent leur propre diagnostic. Ils décident en toute autonomie, en pleine responsabilité, des données qualitatives et quantitatives de leur traitement. C'est bientôt l'été.

Au coeur de la vie, mécaniciens du geste et de la posture, générateurs de vitalité, garants de l'harmonie, ils ont choisi le plus beau des métiers, réactiver la sève après un long repos. Les cadres s'approprient l'espace et surfent sur le temps. Des diplômes universitaires émergent de-ci

de-là comme capuchons de morilles sous les vestiges mordorés d'un printemps obsoléscent. C'est bientôt l'été.

Avec coeur et en chœur, ils conçoivent des concepts nouveaux, générateurs d'évolution, de qualité, d'épanouissement. C'est déjà l'été.

Abatteurs de cloisons, dissolvateurs d'entraves, destructeurs de mythes, ennemis des habitudes, traqueurs de servitudes, ils s'élancent, droit devant, droits debout, désinhibés, décomplexés, constructeurs et catalyseurs. C'est bien l'été.

L'avenir nous sourit car nous sourions à l'avenir. Les difficultés s'aplanissent car nous aimons les difficultés. Nos projets vivent car nous vivons de projets.

Que vive notre été.

François DUFÉY
Directeur d'E.P.M.

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 13
Vincent BOUDERLIQUE
- Découverte :
Bouger c'est vivre !
- Parcours d'un cadre kiné :
Jean-Claude GARROS
- Débats d'opinions
- Nos Rubriques courantes
- Nouvelles Rubriques
CadreKiné.Net
Encadrement

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

■ FORMATION

Formation en masso-kinésithérapie, déficiência visuelle et pédagogie ou comment inventer une vidéo intérieure.

par :

Hervé COCHET,

C.S.K., formateur en I.F.M.K. et I.F.C.S., Paris.

Marjory PALUMBO,

M.K. à la Fondation Rothschild, Paris.

- SUITE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO -

IMAGE-IN-ACTION

Dans la première partie, les aspects matériels, nous ne sommes restés qu'à l'extérieur, à la superficie. Où en est le monde intérieur de chacun ? Que faire lorsque les hublots sont opaques ou dépolis... ? Et si c'était finalement une "vidéo intérieure" et "en 3 D" s'il vous plaît, qui serait à inventer ?

Deux abords s'imposent alors : le *discours* et l'*action*.

- Le *discours*, évident passage par l'audition, pas n'importe lequel car il s'agit de générer de l'image, du relief, du mouvement. C'est celui des conteurs et des architectes, la parole du poète et du commentateur de foot à la radio, les mots du café du coin et de l'académicien tout à la fois... Il s'agit de manier un langage précis et évocateur, rigoureux et imagé, pointilliste et globalisant, loin et proche simultanément. Les phrases choisies décrivent au plus près et sautent sur la métaphore, dissèquent du réel et appellent du virtuel à la rescousse. Elles multiplient les angles d'approche et redéfinissent, rassemblent sans cesse.

Un parler agile, ancré fermement dans le concret et volatile, saisissant au vol l'image de passage, structures et improvisations mêlées. Et ne pas oublier d'épeler, sinon gare aux surprises à l'écrit, les mots sont bien moins familiers quand on les voit peu !

À ce discours travaillé se conjugue une *écoute* de la même attention : il nous faut entendre celui qui ne suit plus, qui n'a pas vu, qui n'a pas tourné son image intérieure dans le bon sens, qui dérape, qui n'a pas imaginé telle ou telle forme, situations, volumes, gestes... C'est un dialogue d'images intérieures, sans a priori, où tout est possible et surtout la difficulté !

- Et l'*action* ? Agir, c'est modifier ou maintenir la configuration de son corps, c'est une activité cérébrale complexe engageant perception, émotion, évaluation, motricité et de nombreuses autres fonctions. L'action

peut se tourner vers l'autre : palpation, mobilisation, pratiques kinésithérapiques, et chacun imagine ce troupeau de mains qui vient "voir" la démonstration du "maître" ou du collègue. Attention à la main, qui est restée croisée avec sa comparse, qui n'a rien "regardé", car comment son cerveau construit-il ? Est il là ou ailleurs ?

Que croit-il voir ?

Mais *agir*, c'est aussi se tourner vers soi, apprendre son corps, le considérer, l'utiliser, en explorer les possibilités, les verbaliser. C'est métaphoriser une région de soi qui devient condyle ou glène, qui mime un roulement/glissement, une orientation ou un système. Ressentir est le point de départ du processus de représentation, et c'est une activité à solliciter, à explorer : danse, arts martiaux, sports, théâtre, mimes... Et *l'histoire de chacun*, ce livre secret d'expériences motrices, de passé gestuel, comment s'en servir, y puiser ? À chacun son intime connaissance corporelle, spatiale, qui va aider ou freiner !

Discours et *action* tournés vers l'image en mouvement transforment le pédagogue en metteur en scène d'autant de films qu'il y a d'esprit/cerveau en présence et il ne maîtrise rien, il tente !

ET EN STAGE ?

La formation des étudiants déficients visuel en stage fait surgir deux nécessités : *faire découvrir* d'une part, *évaluer la faisabilité* d'autre part.

Au début du stage, ce qui compte c'est de prendre le temps de visiter, se repérer, se représenter, reconnaître les lieux comme les personnes, les habitudes et le fonctionnement du service. Pas toujours simple à installer, ce laps de temps demandant de la disponibilité est pourtant rentable pour la suite, c'est un investissement à moyen terme.

Pour ce qui est de la faisabilité de tel ou tel acte l'évaluation en revient prioritairement au stagiaire déficient visuel lui-même. Impossible d'évaluer à sa place, de voir pour lui ! Cela demande de l'information, de la confiance mutuelle et cela bannit tout a priori sur le handicap. Finalement, cela fait appel à des qualités de rééducateur : recherche d'autonomie, reconnaissance de l'autre, apprentissage des limites, invention de stratégies nouvelles...

Frottements, rencontres avec le concret, intégration dans un monde réel contenant des enjeux, c'est ce que le stagiaire déficient visuel attend, espère et redoute : "qui est qui, où est quoi, qui je suis là, va-t-on me faire confiance moi qui ne vois pas bien ?" C'est un stage avant le stage, c'est sa propre faisabilité qu'il teste, c'est la faisabilité de son avenir...

ALORS, TRANSFÉRER ?

La réponse est d'autant plus affirmative qu'une dernière richesse, et non la moindre, est à signaler : petit nombre certes, mais cela ne signifie pas simplification car ils viennent de partout, pays, âge, origine sociale, passé professionnel ou/et étudiantin, sports, loisirs...

En dix personnages nous voyons rassemblés des extrêmes sociologiques, géographiques, psychologiques, physiques... bref, anthropologiques. Le seul point qui semble commun est la déficience visuelle mais chacun voit mal, ou ne voit pas, à sa façon, unique quoi qu'il en soit ! Cette fantastique diversité constitue un redou-

table défi pédagogique, et en même temps, une source inépuisable de créativité.

À notre interlocuteur en quête de solutions nouvelles nous pourrions répondre : "regarde tes étudiants comme différents les uns des autres, exploite leur diversité, l'hétérogénéité qu'ils recèlent, et invite les à regarder en eux-mêmes, à s'inventer une vidéo intérieure !!!". Former des déficients visuels apprend au pédagogue une pédagogie... du regard !



Béatrice CHAPIN,
Pascale JAILLARD,



Responsables de la Chronique.

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Janvier 2000 : Numéro 13

par :

Vincent BOUDERLIQUE

Militaire, cadre de santé kinésithérapeute de la cuvée "AP-HP 1999", affecté dans le département de Rééducation Fonctionnelle d'un hôpital francilien du Service de Santé des Armées au 1^{er} août, je vous adresse ma relecture avec un sentiment mêlé de plaisirs et de craintes.

Lire, relire et analyser vos articles pour produire cette rubrique est une nouvelle forme de parcours du combattant, un nouveau défi après celui de l'I.F.C.S.. Je vous propose donc une simple relecture courte mais rigoureuse de *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute*.

• *Éditorial (page 1) :*

Des questions simples, des réponses courtes. Un grade, un titre, une fonction, des missions, un parcours, des changements, de l'action, des angoisses, de l'exaltation, des rencontres, des confrontations, et pour conclure le "personnage" qu'est Patrick Rotger, nous adresse une interrogation en forme de pirouette : "...qui laisserait sa place ?". Que celui qui ne s'y retrouve pas relise cet éditorial.

• *Documentation (page 2) :*

Le CISMef du C.H.U. de Rouen.

Il est très intéressant de savoir ce que font les services de documentation de l'E.N.S.P.. L'accès à l'information est facilité par les progrès permanents de l'outil informatique et du système "Internet". La puissance de

stockage conduit à mettre en place de nouvelles méthodes de classement pour éviter une rupture dans la recherche d'une information de qualité et qui soit réellement exploitable.

Pour préparer le mémoire de fin d'étude cadre de santé, j'ai eu la possibilité de naviguer - à défaut de savoir surfer - sur le *web*. Au risque de se noyer, l'abondance de données peut vous faire perdre le fil de votre pensée.

Comme le montre le choix du CISMef du C.H.U. de Rouen, la méthode est essentielle pour une recherche efficace en qualité et en temps. Pour "*accéder à des données fiables, exhaustives et actualisées*", il est impératif de bien maîtriser sa question avant de la formaliser sur l'écran.

• *L'A.F.R.E.K. (pages 5 et 6) :*

La méthodologie P.M.P.

Dans la suite du numéro précédent, il est présenté l'application à la kinésithérapie de la méthodologie P.M.P., "*Problème - Manuel - Procédure*", élaborée pour la Formation Médicale Continue. Je dois avouer des difficultés pour correctement relire cette rubrique riche et dense. Comme le répétait mon directeur de mémoire I.F.C.S. : "*Tu es dans une trop forte dominante de pensée pratique*". La distanciation est un exercice difficile.

• *Courriers (pages 7 et 8) :*

Intégrer dans le programme des études de masso-kinésithérapie un module recherche dans l'objectif de "favoriser chez l'étudiant la connaissance et l'intégration de la démarche..." est de plus en plus souhaité par la profession.

L'exemple de l'École Cantonale Vaudoise de Physiothérapeute, décrit par Claude Pichonnaz, montre l'intérêt pédagogique de développer ce processus de questionnement à partir d'une méthodologie. Au sein de cette École, la durée des études à 4 ans et d'autres facteurs (historiques, politiques, ou culturels) ne facilitent-ils pas la mise en oeuvre et la conduite continue d'un projet de formation adapté à l'évolution de la profession de physiothérapeute ?

• **Profession Santé (page 8) :**

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie.

La problématique est clairement posée, l'enjeu est majeur face à démarche d'évaluation et d'accréditation.

Au sein des 9 hôpitaux du Service de Santé des Armées (S.S.A.), un *dossier minimum commun du patient* est en cours d'implantation. Pour les cadres kinésithérapeutes militaires, l'implication des équipes de rééducateurs professionnalisées passe par une collaboration et une complémentarité avec le service de soins infirmiers, concepteur de la charte d'utilisation du Dossier de Soins Minimum Commun du S.S.A..

La "réticence devant l'écrit" sera-t-elle diminuée par la dynamique d'un projet partagé entre tous les paramédicaux avec un enjeu commun : la qualité de la prise en charge globale du patient ?

• **Découverte (pages 9 et 10) :**

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Dans le continuum de la rubrique précédente, à découvrir ou redécouvrir l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Il reste du pain sur la planche pour que nos institutions, nos services, nos équipes et nous-mêmes soyons évalués et visités.

• **Parcours d'un cadre kiné (pages 11 à 15) :**
Pierre Trudelle.

(Très) jeune cadre kinésithérapeute marchant à l'E.P.O. (Évaluation d'une Profession Optimisable), avec solides bagages et parcours à faire pâlir bien des collègues (anciens, nouveaux ou futurs) vous répond avec franchise et clarté.

Les arguments sont étayés, les convictions sont profondes. Les points favorables (la perception de la profession par le public et sa jeunesse historique) et les points faibles (le mode d'exercice individuel et les difficultés de communication interprofessionnelle) ouvrent des pistes de réflexion pour l'avenir de notre profession.

• **Mémoires cadres (pages 16 à 18) :**

Évaluation du kinésithérapeute.

La présentation des deux mémoires cadres fait ressortir une *double complexité* :

- d'une part, par la méthode choisie : *plusieurs hypothèses* ;

- et d'autre part, par le thème retenu : *l'évaluation des masseurs-kinésithérapeutes*.

Tout en soulignant la qualité de ces travaux avec l'utilisation de la *méthode Delphi* aboutissant à la construction de la grille d'évaluation pour Bernadette Wiechec, et la parole donnée aux personnes rééduquées hospitalisées pour Renaud Dudouet, il est rappelé les limites qu'impose la réalisation d'un mémoire au cours de la formation de cadre de santé, comme le risque de *nombreux biais* ou d'écrire qu'une hypothèse est *partiellement vérifiée*.

Être apprenti chercheur reste un cheminement particulier, difficile, traversé de période qualifiée de *douloureuse*, où l'auteur doit trouver un soutien critique sans faille en la personne du directeur de mémoire.

• **Formation (page 19) :**

Formation en masso-kinésithérapie, déficience visuelle et pédagogie ou comment inventer une vidéo intérieure.

Les contours des questions sont cernés et affinés. Les réponses seront précises, constructives. Les outils sont diversifiés, adaptables et ne sont pas véritablement limités par la déficience visuelle.

Au contraire, la finesse des représentations en *vidéo intérieure* s'enrichit de la qualité pédagogique de l'intervenant, "*qui libère avant tout sa propre parole grâce au support qu'il propose*".

Au-delà de cette relecture, *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute* présente l'avantage de s'articuler autour de rubriques abordant ou s'appuyant à la fois sur des concepts et des expériences pratiques.

Aujourd'hui, plus qu'hier, s'améliorer professionnellement c'est s'exprimer par l'écrit en acceptant d'être face à un lecteur à l'esprit attentif, juste et respectueux d'un objectif constructif.

Que l'équipe des cadres réalisant cette revue soit remerciée et encouragée dans sa démarche.



Vincent BOUDERLIQUE
Surveillant à l'H.I.A. Bégin. (94).

■ Cadrekin.net



Pierre TRUDELLE
*Kinésithérapeute Libéral,
Paris*

Internet pour les cadres M.K. : explications et découvertes... *Enfin.*

Internet, courrier électronique, salon de discussion, pages personnelles, même si vous n'avez pas d'ordinateur (!?), actuellement, vous entendez ces mots au moins une fois par jour.

Tout reste basé sur une idée simple : le TCP (*Transmission Control Protocol*). Le TCP est un protocole unique disposant d'une traduction particulière avec chaque protocole de n'importe quel réseau présent ou à venir. L'ordinateur devient alors une passerelle pour transmettre les informations. Cet *espéranto informatique* révolutionne la communication.

Actuellement, il est possible de communiquer du texte, du son, des images ou de la vidéo dans le monde entier, et cela en un temps record. Ainsi, on voit se créer des radio de particuliers, bientôt des "télévisions libres" grâce aux hauts-débits (les fichiers d'images à transférer étant plus importants et nécessitent de plus gros "tuyaux" entre ordinateurs). Les technologies WAP (*Wireless Application Protocol*) permettent même de recevoir les pages d'Internet sur son téléphone portable.

Dans le domaine médical, la révolution de l'information a commencé le 26 juin 1996 quand le vice-président des États-Unis (*Al Gore*) a levé les barrières de protection des bases de données de la National Library of Medicine. N'importe qui, n'importe quand, peut depuis cette date accéder à Medline pour effectuer des recherches documentaires à un prix dérisoire.

Parallèlement les éditeurs de revues ont placé les résumés, voire des articles intégraux, "en ligne" (essayez de localiser des revues par la librairie Mulford <<http://www.mco.edu/lib/instr/libinstj.html>>). Il est possible de consulter les sommaires de toutes les revues, quand on le souhaite... On parle déjà du paiement en direct des articles...

Refuser l'innovation, c'est se placer en marge, s'isoler des autres et se replier sur soi. Nous vivons un raz-de-marée qui va bouleverser les pratiques à une vitesse encore inconcevable.

Saisissons l'opportunité pour utiliser cet outil de communication rapide et à réactualisation instantanée !



Les possibilités offertes pour le cadre kinésithérapeute sont de 3 types : la *toile* (web), le *courriel* (E-Mail), et les *forums* ou *salons de discussion* (news-groups et chats).

• **La toile (web)** : créer un site est grandement facilité par la plupart des nouveaux logiciels (certains gratuits) et par les nombreux sites d'hébergement gratuit (<www.multimania.fr>, <www.dromadaire.com>, <www.ifrance.com>, <www.chez.com>, <www.tripod.fr>).

Pour en savoir plus : <www.gratuit.org/heberge.htm> ou <<http://members.xoom.com/gratuits/centre.htm>>.

La procédure de création d'un site est toujours la même :

- *arborescence* ;
- *plan* (storyboard) ;
- *édition* sous le format HTML (langage commun à tous les navigateurs : *Internet Explorer*, *Netscape*...) ;
- *création* de fichiers images (format .Gif ou .JPeg) son ou vidéo ;
- *transfert* du fichier avec le protocole FTP (logiciel souvent gratuit).

N'oubliez pas le mode *hypertexte* (possibilité de cliquer sur un lien dans le document et de sauter de page en page...). En général, un week-end pluvieux suffit à réaliser son site.

Les écoles de kinésithérapie anglo-saxonnes ont pratiquement toutes un site *web* (allez jeter un coup d'œil au cyber-cours de l'école d'Édimbourg en choisissant par exemple les cours d'anatomie en ligne : <<http://shore.qmced.ac.uk/>>). En France, moins de dix d'écoles sont répertoriées. Il existe un site de la société internationale des enseignants en kinésithérapie qui n'est pas souvent réactualisé, mais qui montre les activités de cette société (<www.isep.org.au>).

Et vous ?

Peut-être souhaitez-vous trouver ou partager des informations sur la *fonction de cadre* ? Avec un site national ? Envoyez un mail sur les chapitres que vous souhaiteriez trouver. Dites-nous si vous voulez devenir *maître-toile* (webmaster).

• **Le courriel ou courrier électronique (E-Mail)** : il permet d'envoyer des messages à un ou plusieurs correspondants (en cachant éventuellement les adresses). Vous pouvez joindre à votre message des fichiers multimédia.

Si vos documents sont très importants, ils seront automatiquement compressés par votre Fournisseur d'Accès à Internet (FAI) et redécompressés par le FAI du destinataire. Un conseil : compressez vous-même vos fichiers, vous n'aurez pas de surprise. Si votre document reste muet, vous trouverez tous ces logiciels utilitaires dans les CD-ROM des revues sur Internet, sur des sites FTP (<<ftp://ftp.netscape.com>> ou <<ftp://ftpsearch.lycos.com>>) ou auprès de votre FAI.

La difficulté actuelle du courrier électronique est de localiser un annuaire répertoriant les adresses. Il n'y a pas d'annuaire unique...

• **Les forums ou salons de discussion (newsgroups et chats)** : Deux possibilités sont offertes.

Premièrement, **le forum** : vous rédigez des *questions* ou des *réponses* dans des pages web (grâce au script CGI : *Common Gateway Interface*, sorte de porte d'entrée que le webmaster a inclus dans ses pages), ces données sont accessibles à tous (voir par exemple : <<http://kine.kine-media.fr/forum/index.html>>).

La seconde possibilité est d'assister à des **discussions** en direct en passant soit par votre FAI soit en sélectionnant "news" par votre messagerie (et les sujets de discussions qui vous intéressent) (*Netscape Messenger*, *Outlook Express*...). Cette formule ressemble aux discussions sur Minitel.

Pensez-vous utile la présence d'un forum sur la fonction de cadre ? Un service de petites annonces...

Ce premier article se veut volontairement interactif.

Nous vous proposons une sélection de sites :

• **répertoires de liens :**

- *C.H.U. Rouen* : <<http://www.chu-rouen.fr/ssf/ree-dufr.html>> ;

- *KineScoop* : <<http://members.aol.com/kinescoop>> ;

- *à l'étranger* : <<http://medmark.org/pmr/pmr.html>> ;

• **sites de rééducation :**

- *en France* : <<http://kine.kinemia.fr/>> ;

- *à l'étranger* : <<http://www.physiotherapy.ca/>> ; <<http://www.apta.org/>> ; <<http://www.physicaltherapist.com/>>.

À vous de réagir par mail ou courrier...

Ptrudelle@aol.com.

■ DÉBAT D'OPINIONS



François DUFÉY,

Directeur Technique

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
Lariboisière (75).

Avenir avenant ?

Prévoir l'avenir ? Mission impossible. Pourtant dans les I.F.C.S., *prévoir l'imprévisible* est à l'ordre du jour, l'avenir est la mission du cadre ; et comme d'aucuns conçoivent des "vidéos intérieures", nous devons concevoir des vidéos du futur.

La vision est notre mission, et pourtant... voilà que nous découvrons que la Santé Publique est en péril, les indicateurs étaient pourtant là : besoins accrus de la population en soins de qualité, augmentation de nombre de personnes âgées médicalisées, diminution du temps de travail...

Nous découvrons soudain que dans 5 ans le nombre de médecins sera insuffisant. Pire, nous allons manquer d'infirmières ; il faut en former dès cette année 8000 de plus, 1800 pour la seule Île de France, 900 pour l'assistance Publique qui venait de fermer des instituts.

Et voilà que nous allons diminuer les quotas de masseurs-kinésithérapeutes ! Deux hypothèses : soit il s'agit vraiment d'une profession *obsolète* et *inutile*, soit nous sommes devenus *myopes*.

Conclusion :

Il est clair que la qualité du soin et l'évaluation des techniques de rééducation ne passeront plus par nous.

De cette simple option, nous pouvons en déduire quelques orientations:

- mutualisation des ressources des différents professionnels de rééducation ;

- fusion dans un espace européen ;

- ouverture de la formation initiale à l'indispensable recherche ;

- maîtrise de l'anglais par tous les acteurs de santé, seule langue, vecteur de la connaissance, des échanges et de la recherche.

Qu'importe la langue, pourvu qu'on ait la vie.

■ CADRES EN EUROPE

Les études de Kinésithérapie en Suède.

La Suède possède une culture de l'utilisation de son corps bien ancrée. La gymnastique suédoise a fait le tour du monde au siècle dernier, et les suédois pratiquent régulièrement des activités sportives et des techniques d'étirement (pour le loisir ou en milieu de travail).

Le métier de kinésithérapeute (sjuk-gymnast) est très répandu en Suède avec à peu près 12 000 praticiens. La formation est universitaire et peut s'effectuer dans 7 Universités différentes (Boden, Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå et Uppsala). L'entrée dans les Universités s'effectue sur dossier et il est nécessaire de présenter de bonnes notes dans les matières scientifiques.

Différentes formations sont alors proposées aux futurs kinésithérapeutes :

- **Bachelor of science** (équivalent français de bac+3). Ce niveau de base consiste à suivre 3 ans de cours et de stages pour accumuler un total de 120 points (40 par an). Le diplôme est un "Bachelor of science in Physiotherapy".

- **Magister** (équivalent français de bac+4). S'il le souhaite, l'étudiant peut poursuivre une année supplémentaire pour accumuler 40 nouveaux points. La moitié de ces points s'obtient sur des matières générales et l'autre moitié correspond à des matières choisies par l'étudiant. Le diplôme est un "Master of Physiotherapy".

- **PhD** (équivalent français de bac+5 ou +7). L'étudiant poursuit son cursus pour effectuer encore 2 ans d'études ("licencier" en kinésithérapie) ou encore 4 ans d'études ("docteur en kinésithérapie"). Certains étudiants pouvant aller jusqu'au niveau de professeur en kinésithérapie. La réalisation de travaux de recherche et la soutenance d'une thèse s'effectue en parallèle des cours.

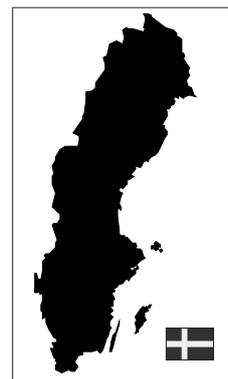
- **Spécialiste** ("Specialistkompetens i sjukgymnastik"). Au stade de "Bachelor of science", l'étudiant peut décider de commencer à travailler pour éventuellement se spécialiser. Il doit alors travailler 2 ans avant de postuler pour une spécialité. Une fois accepté pour suivre les cours de sa spécialité, il devra travailler sur le sujet pendant 3 ans sous le contrôle d'un tuteur. Les travaux de recherche, les publications, les séminaires sont des étapes à franchir pour obtenir ce grade.

Les kinésithérapeutes suédois sont fiers de leur profession et possèdent une très bonne image de marque auprès de la population. Solliciter le kinésithérapeute de l'entreprise pour un conseil ou pour effectuer des exercices est fréquent.

La connaissance professionnelle est construite par des docteurs ou des professeurs en kinésithérapie. Cette relative indépendance a permis aux professionnels de mettre en évidence l'intérêt de la rééducation et de valoriser les compétences de la profession dans le monde de la santé.

Pour pouvoir enseigner, il est demandé un niveau *PhD* ou au moins un *Master of science in physiotherapy*, anatomie, physiologie, médecine, etc. Il y a à peu près 100 enseignants en Suède.

Lors des échanges que l'on peut avoir avec les professionnels de ce pays, il apparaît que la France et son système unique de formation semblent archaïques et que nous sommes "un drôle de pays"...



Remerciements

à Cecilia ALMQVIST et Ewa WOLGAST,
pour leur aimable contribution.



Philippe RIGAUX,
Responsable de la Chronique.

■ LA QUESTION NAÏVE

*Prescription : suppression du qualitatif
et du quantitatif, comment fait le cadre
...sans abimer les relations humaines ?*

■ L'A.F.R.E.K.

Les activités de l'A.F.R.E.K. au cours de l'année 1999.

Tout au long de l'année qui vient de s'écouler, la réputation de sérieux acquise par l'A.F.R.E.K. lui a valu d'être souvent sollicitée pour fournir des participants aux activités normatrices en cours. L'A.F.R.E.K. a pu donner son avis, et accompagner les changements majeurs qui modifient l'exercice de la profession, tant en exercice libéral que salarié.

L'Association se veut au service de la profession. Les participants aux différents groupes de travail n'ont pas toujours eu gain de cause sur les modalités thérapeutiques attribuées à la kinésithérapie, mais ils ont œuvré dans le sens de recommandations acceptables, où le rôle du kinésithérapeute était rappelé aux côtés de celui des autres disciplines de rééducation.

- *Conférences de Consensus 2000* : le thème retenu a été celui du diagnostic et traitement de la maladie de Parkinson (3 mars 2000). Un membre éminent de l'A.F.R.E.K. faisait partie du jury.

- *Prévue pour septembre* : Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson.

- Un groupe de travail consacré à l'ostéoporose de la personne âgée comprend un membre de l'A.F.R.E.K..

Ce qui veut dire que les actions se poursuivent.

- *Diffusion des Recommandations Professionnelles au cours de l'année 2000* : il s'agit des productions des groupes de travail qui ont œuvré sur des thèmes différents tout au long de l'année. Selon les thèmes, les confrères désignés par l'A.F.R.E.K. ont fait partie des comités d'organisation, des groupes de travail ou des groupes de lecture. Dans certains cas, ils ont été chargés de projet (J.M. Lardry, H. Portero), ce qui implique une lourde charge de travail.

Les textes de recommandations intéressant notre profession paraîtront successivement au long de l'année :

- Février : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombo-sciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution.

- Avril : Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.

- Mai : - Évaluation de la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les sujets âgés non communicants.

- Dépistage et diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et des détériorations apparentes.

- Juin : - Indications et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne chez la femme, à l'exclusion des affections neurologiques.

- Le dossier du patient en M.K..

- Rééducation de l'entorse de la cheville.

Parmi les études d'évaluation technologique : Place de l'isocinétisme en rééducation, parution probable en 2000.

Si Monsieur Spaeth (1), président de la C.N.A.M.T.S., se déclare prêt à renoncer à la "*dictature du volume*" et favorable à une révision de la nomenclature, c'est en partie au moins parce que la profession a fait l'effort de se doter d'un organisme qui s'est rendu crédible par ses actions constructives dans le domaine de l'évaluation, même au risque de devoir abandonner des certitudes bien ancrées mais non fondées.

La partie moins agréable de l'entreprise consiste à intégrer ce que disait Monsieur Johannet, directeur général de la C.N.A.M.T.S., ce même jour : "*la séparation entre les soins médicalement utiles et les autres est une frontière qui évolue sans cesse, une frontière poreuse qui dépend des indications thérapeutiques...*" pour se retrouver du bon côté de la frontière, les procédures utilisées en kinésithérapie devront progressivement abandonner le relent de dogmatisme qui les entoure.

Certes, les recommandations de l'ANAES n'obtiennent pas pour la profession tout ce qu'elle aimerait obtenir. Mais il appartient aux confrères de justifier leurs requêtes, et en première analyse de connaître la littérature internationale dans ce qu'elle apporte pour et contre l'intervention du kinésithérapeute.

Et la vigilance s'impose. Lorsque l'évidence milite en faveur de la kinésithérapie (ainsi les suites d'entorse de cheville), on nous rétorque qu'il y en a des milliers chaque année, que les traiter coûte très cher et que de toute manière l'évolution se fait dans le sens de la guérison. Ce n'est pas faux, mais le raisonnement s'applique à la grippe de l'adulte, qui finit par se calmer et dont les épisodes sont extrêmement nombreux. Doit-on recommander l'abstention thérapeutique ?

Accepter ce raisonnement, c'est accepter la médecine à deux vitesses : le sportif professionnel sera soigné, le gusse *lambda* ne le sera pas. Nous connaissons l'application de cette politique aux victimes de lombalgie aiguë : Sampras se fait soigner en urgence, mais on conseille au manœuvre de ne pas traîner au lit, tout ira bien, c'est prévu comme ça.

1. Rencontre Syndicats-Caisses du 2 février 2000, KA 754/2000.



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.

DOCUMENTATION



Emmanuelle BLONDET

Documentaliste,

Service de Documentation de l'ANAES

Quelques conseils pour rédiger une bibliographie.

Il existe plusieurs façons de présenter une bibliographie. Les plus usitées sont la présentation des références par *ordre alphabétique* ou numérotées par *ordre d'apparition* dans le texte.

La première présente :

- soit l'ensemble des références citées dans le document, insérées dans le texte sous la forme [auteur, année] ;
- soit une liste de documents sur le sujet (liste parfois intitulée "*pour en savoir plus*"), et dans ce cas aucune référence n'est insérée dans le corps du texte.

La seconde, à mon sens plus précise et plus rigoureuse, nécessite la numérotation des références dans le texte. Si le travail est fait manuellement, il faut alors prendre garde à ce que toutes les références bibliographiques apparaissent bien dans le texte, et inversement. Lorsque la bibliographie est importante, ce travail peut devenir long, fastidieux, et source d'erreurs (surtout si les références sont citées plusieurs fois dans le texte). Des logiciels de gestion de bibliographie très performants sont commercialisés et sont une aide précieuse et d'une grande fiabilité.

Présentation :

Pour la présentation de la bibliographie, le rédacteur est souvent soumis aux *instructions aux auteurs* de l'éditeur (voir pour les principales revues médicales : www.acponline.org/journals/resource/umrlist.htm de la *Mulford Library*), plus ou moins strictes dans l'écriture, afin de rendre l'ensemble homogène.

Mais, de façon générale, quelques règles doivent être respectées, l'identification de la référence étant, à mon avis, primordiale surtout lorsqu'il s'agit de littérature grise (non indexée sur les banques de données).

La référence peut être un article de périodique, un ouvrage, un chapitre de livre, un rapport, une thèse...

mais quel que soit son type de publication, elle doit comporter des éléments indispensables dont la liste (agrémentée de quelques remarques) suit :



• Le (ou les) auteur(s) :

- les initiales des prénoms suffisent ;
- développer le nom complet de la société auteur (et ne pas se contenter du sigle ou de l'abréviation).

• Le titre (et le sous-titre) :

- en respectant la langue originale de l'auteur ;
- bien différencier le titre du chapitre, du titre du livre (séparés par *In*).

• La source :

- *pour un périodique* : le nom de la revue (abrégée si possible), l'année de publication, le volume, numéro ou tome, puis les pages ;
- *pour un ouvrage* : le lieu d'édition, l'éditeur puis l'année de publication (les pages me semblent facultatives) ;
- *pour un rapport* : l'auteur est souvent son propre éditeur, on peut reprendre le modèle de l'ouvrage en étant le plus précis possible (car c'est cette littérature qui est difficile à retrouver).

Quelques exemples plus parlants :

Greuillet F, Couturier P.
Résultats à 2 ans de la rééducation de l'incontinence urinaire chez 73 femmes âgées de plus de 60 ans.
Ann Réadapt Méd Phys 1998;41:139-45

Royal College of Ophthalmologists.
Guidelines for cataract surgery.
London: RCO; 1995.

Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé.
Le manuel d'accréditation des établissements de santé.
Paris: ANAES, 1999.

Bataillon J.
Évaluation des réseaux de soins: proposition de cadre méthodologique pour l'évaluation des réseaux de soins en France. Lyon: Mémoire de DEA: Méthodes d'analyse des systèmes de santé; 1998.

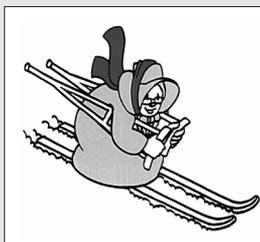
Agency for Health Care Policy and Research.
Development of the CAHPS survey instruments. Available from: <http://www.ahcpr.org>

Chen HT, Rossi PH.
Introduction: integrating theory into evaluation practice.
In: Using theory to improve program and policy evaluations.
New-York: Greenwood Press; 1992. p.1-11.

- *Présentation inspirée du modèle de Vancouver* -

■ DÉCOUVERTE

Bouger c'est Vivre



Association
Bouger c'est Vivre
2, Rue Raymond
Lefèbvre
34200 SETE

La dépendance des personnes âgées représente une double charge sur le plan démographique et économique. Dans le début des années 70, la prise de conscience de cette réalité a déterminé des actions préventives au quotidien.

La dépendance n'est pas une fatalité. Il faut apprendre à bien vieillir pour prévenir la dépendance et ceci depuis l'âge de 40 ans. Il est primordial de pouvoir se déplacer, manger, se laver seul pour pouvoir vivre dans les meilleures conditions possibles. La personne même très âgée est capable d'avoir des activités physiques et sportives adaptées.

Depuis 20 ans environ, l'association "Bouger c'est vivre" s'est fixé un objectif : aider les personnes à vieillir dignes et autonomes. Il s'agit en priorité de dégrader, autonomiser, stimuler, animer, resocialiser les personnes en perte d'autonomie.

Pour cela, elle organise des actions de conseil et de formation, notamment dans les institutions gériatriques, visant à animer, dynamiser, stimuler le corps et l'esprit.

Les services :

- Aide au projet de service ou d'établissement.
- Prévention des lombalgies du soignant.
- Prévention de la perte d'autonomie.
- Amélioration de la qualité de vie.
- Amélioration de l'accueil des déments séniles.
- Réduction des coûts (incontinence).
- Gestion efficace des ressources humaines (accueil, communication, animation).

Les moyens :

- Équipe multidisciplinaire expérimentée pour accompagnement sur le terrain.
- Audits en vue d'apporter des réponses aux problèmes d'établissement (ergonomie, perte d'autonomie, incontinence).
- Programmes de stimulation préventive dans les institutions gériatriques.

Quelques exemples :

Dynamisation des institutions gériatriques :

- animation physique psychique, stimulation du corps et de l'esprit ;
- jeux olympiques des aînés ;
- sports adaptés malgré un handicap constitué ;
- ateliers d'expression artistique ;
- ateliers mémoire ;
- mise en place d'une politique de "l'éveil" neuro-sensoriel.

Les intérêts d'une activité physique régulière sont multiples :

- *Limitation du vieillissement de l'appareil locomoteur* (appareil musculaire et ligamentaire) : yoga, gymnastique chinoise (Taï Chi).
- *Amélioration du capital osseux et lutte contre l'ostéoporose* : sports d'extension comme le tir à l'arc.
- *Amélioration des capacités respiratoires* : gymnastique avec ballons, balles, bâtons, foulards.
- *Resocialisation de la personne âgée*, lutte contre la solitude, image de soi positive, amélioration de la communication avec les autres par plaisir partagé : danse avec musique.
- *Amélioration de l'équilibre, diminuer la peur de la chute* :
 - balançoires ;
 - parcours avec engins suspendus à éviter ;
 - piste de marche avec obstacles ;
 - apprentissage du relever du sol ;
 - jeux de kermesse.

Et même : parachutisme, patinage, cyclotourisme, bains en piscine, jacuzzi, pédalo, aviron, golf...

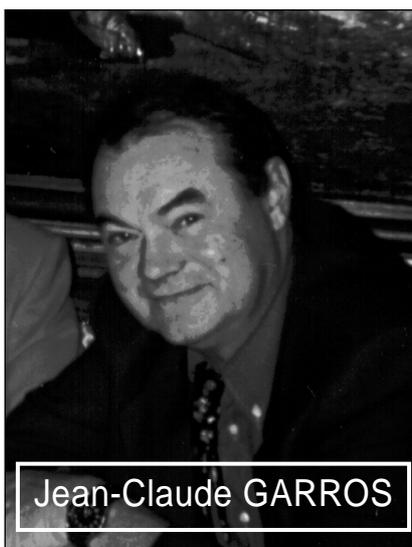


Patient du lit au fauteuil,

du fauteuil,

au lit.

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Jean-Claude GARROS

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai été diplômé kinésithérapeute en 1968 à l'école de l'Hôpital des Enfants-Malades. Ce diplôme mettait en résonance comme un point d'orgue certaines pratiques et connaissances acquises bien des années auparavant.

Mon cheminement personnel s'inscrit dans la continuité d'une chaîne logique, celle d'une vie orientée vers le soin. Un peu autodidacte, j'ai fait parfois œuvre de pionnier en certains domaines de la kinésithérapie : rééducations de l'asthmatique, orthopédique, sensitive de la main et en gériatrie.

Pour bien comprendre, il faut parler d'abord d'un parcours pré-professionnel. Dès l'âge de 16 ans, je pratiquais le sauvetage et le secourisme. Lorsque mes condisciples du collègue Paul Valéry de Sète s'agitaient dans les "surprises-parties", je passais mes week-ends à soigner les accidentés de la route (en 1961, il n'y avait pas d'autoroute pour l'Espagne et la Nationale 7 était meurtrière). Le S.A.M.U. n'existait pas, les premiers secours étaient confiés à la Croix-Rouge-Française et à la Fédération Nationale de Sauvetage. L'été, je surveillais la baignade et les sports nautiques. C'est pourquoi j'ai toujours eu un vif intérêt pour l'anatomie du poumon, la respiration, puis plus tard la rééducation respiratoire et le réentrainement à l'effort.

En 1963, j'ai obtenu le Diplôme d'État d'Infirmier et celui d'Instructeur National de Sauvetage et Secourisme. Ce qui explique que le brancardage et la manutention des blessés et handicapés me soient familiers. J'ai exercé tout d'abord les fonctions d'infirmier au Centre Hospitalier de Troyes.

Au cours de mon service militaire en 1965 dans le Service de Santé, l'occasion m'a été donnée de former de nombreux appelés au secourisme et de préparer au Diplôme de Surveillant de Baignade et de Maître Nageur.

J'entre en formation kiné en 1966. Après mon diplôme, je fais fonction de surveillant à l'Hôpital de Troyes où je suis seul kinésithérapeute à temps plein pour 1 500 lits. Je pratique en réanimation pneumologique, en chirurgie orthopédique et à la consultation du Dr Roger Hinzelin, médecin de rééducation et pneumologue.

En 1970, j'exerce à la Clinique de Rééducation des Sources à Vernet-Bains, station thermale à 800 mètres d'altitude dans les Pyrénées-Orientales. Je découvre l'intérêt de la balnéothérapie. Le Dr Cros, médecin-chef, m'initie à l'appareillage et à l'esprit de la Réadaptation. Nous mettons en place une école du dos en milieu thermal et un parcours de marche pour les porteurs de prothèses.

La direction du centre tient à l'efficacité et à la compétence de ses kinés. Je bénéficierai ainsi de formations diverses. Avec quelques libéraux des Pyrénées Orientales, nous fondons le Cercle d'Études de Kinésithérapie du Roussillon et découvrirons encore bien d'autres techniques.

En septembre 1971, j'intègre, pour l'année scolaire, un établissement sanitaire et lycée climatique d'altitude *La Perle Cerdane* à Osseja, près de Font Romeu. Cet établissement reçoit des nourrissons, enfants et adolescents porteurs d'affections respiratoires et de déformations rachidiennes et thoraciques, et des hémophiles. Avec deux autres confrères, nous assurons le rôle de "professeur de gymnastique" : les adolescents pratiquent en plus de leur

rééducation 12 heures de sports collectifs par semaine, plus la piscine, la patinoire et les marches en montagne.

Nous organisons alors avant les grandes vacances des "Olympiades" avec les collègues de Perpignan. Cette expérience novatrice fut rapportée dans diverses revues scientifiques. En mars 2000, "La Marche du Siècle" lui consacra un reportage soulignant ses valeurs et intérêts pour la santé.

En juillet 1972, je m'installe en libéral à La Capelle, gros bourg rural dans l'Aisne de 3500 habitants, chef-lieu d'un canton appelé "La Thiérache" en Normandie du Nord. Cette région agricole est connue pour sa foire internationale aux fromages, c'est aussi la cité du cheval. De nombreux jockeys et cavaliers me confient leur dos. Ce qui m'oriente vers la Thérapie Manuelle.

La population de cette région se soigne chez elle par tradition ; je pratiquerai très souvent à domicile. La visite du kiné est non seulement souhaitée, mais attendue. On se sent utile car en plus de l'acte thérapeutique, il faut pratiquer l'éducation sanitaire de base et former les familles à certains gestes d'accompagnement : comment installer un enfant sur des attelles de Denis-Brown, par exemple. La richesse de ces expériences a donné à mon exercice libéral toute sa dimension et son attrait, j'ai su faire partager aux médecins l'intérêt d'une kinésithérapie qui dépassait de loin le cadre étroit de ce qu'ils pouvaient imaginer.

En 1980, la ville de La Capelle, organise un colloque sur les soins des personnes âgées et handicapées en milieu rural, à domicile. FR3-Picardie filmera les pratiques de manutention présentées par Claude Génot. Le colloque montrera qu'on peut installer un plateau technique qualifié de *lourd* au domicile du malade, en milieu rural et pratiquer malgré tout, avec une équipe compétente, des soins de qualité.

Je découvre ensuite le Yoga. Avec Éric Viel et le Pr Pierre Harichaux, de la Faculté de médecine d'Amiens, nous en explorons certains aspects physiologiques et leur intérêt pour la kinésithérapie (circulation veineuse, respiration et relaxation) et fondons le groupe d'étude et de recherche sur le stretching.

Partageant mon cabinet avec un associé, je sors d'une pratique exclusivement libérale à l'acte pour me tourner vers d'autres horizons : le suivi de sportifs, l'enseignement et des activités de prévention.

J'assiste, avec Michel Lienard, médecin à la maison médicale de La Capelle, aux cours du *C.E.S. de médecine du sport* organisé par le Pr Jean-Claude Etienne, chef du service de Rééducation au C.H.U. de Reims. Nous consacrerons notre mémoire de C.E.S. à l'étude de *la déformation du rachis du cycliste en compétition*.

Confrontés à l'absence de toute structure d'évaluation des jeunes sportifs, nous fondons l'Association de Médecine du Sport de l'Aisne qui créera, entre 1979 et 1983, sept centres médico-sportifs associant des kinés. Dans le cadre du Comité Olympique et Sportif de Picardie, nous organiserons aussi avec le Pr Harichaux et la Croix-Rouge-Française le diplôme de Secouriste Sportif. Je serai élu président de l'association par les médecins du sport reconnaissant mes efforts.

Le Dr Jacques Bassot, chirurgien, m'invite alors à le rejoindre dans sa clinique de Fourmies, petite ville industrielle du Nord. Il pratique la chirurgie orthopédique, plastique et réparatrice, surtout de la main. Je suis certaines interventions et réalise les pansements avec lui. Il apprécie ma double compétence d'infirmier et de kiné, et ma capacité de réaliser divers appareillages. Convaincu de l'intérêt de la rééducation ultra précoce et pluri-quotidienne, il se définissait comme *chirurgien vitaliste* : "le mouvement, c'est la vie". Avant mon arrivée ; il pratiquait lui-même la rééducation de ses opérés...

L'équipe chirurgien-kinésithérapeute fonctionne très bien. Nous nous préoccupons de la rééducation de la sensibilité de la main. Je crée alors le *clavier sensitif* qui porte mon nom.

Il n'existait rien dans le département pour la formation continue des kinésithérapeutes. Nous créerons, avec Jean-Pierre Roels et quelques autres, le Cercle d'Études de Kinésithérapie de l'Aisne que j'ai largement animé de 1977 à 1983. Témoignage de sa vitalité pendant cette période : cette structure organisera de façon entièrement

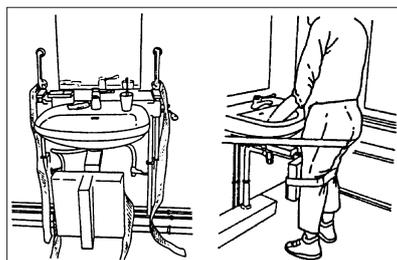
bénévole 52 réunions d'enseignement et stages pratiques, des congrès nationaux et internationaux dont le dernier sur le tennis rassemblait en 1981, plus de 500 personnes.

Les journées Médico-Sportives de La Capelle sont pluridisciplinaires. Dans ce lieu privilégié de dialogue et de tolérance, elles rassemblent médecins du sport, chirurgiens, kinés, entraîneurs et sportifs de haut niveau confrontant leurs expériences. Certains de nos confrères prennent la parole devant un parterre d'universitaires attentifs. Dans ma vie professionnelle, c'est une des choses dont je suis le plus fier.

La *gériatrie* m'a interpellé lors du suivi d'un patient dans une maison de retraite. Ce que j'y ai découvert m'a bouleversé. La phrase de Dante lue dans l'Enfer m'est venue en tête : *Vous qui entrez ici laissez toute espérance !* Je décide de m'impliquer en gériatrie. Pour comprendre le vieillissement, je m'inscris à un cours de *gérontologie* et de *gérontologie sociale* à la Faculté du Droit et de la Santé à Lille, en 1977. Je prends rapidement conscience des particularités physiologiques et psychologiques propres à l'avance en âge.

Je fréquente ensuite en auditeur libre l'enseignement de *neuro-physiologie sensorielle* du Pr Fessard au Collège de France, qui me convainc de l'intérêt et des possibilités de la stimulation neuro-sensorielle chez l'être humain, et la personne âgée en particulier. Aidé par Jean-Pierre Desmarests, directeur de la maison de retraite de La Capelle, j'instaure des activités corporelles stimulant *l'éveil cognitif* des personnes âgées sur un mode ludique et convivial : "les Olympiades des Aînés".

Je forme le personnel qui assure ces actions préventives. Je découvre alors l'intérêt de la *verticalisation* précoce en gériatrie grâce à un système qui s'adapte sur le lavabo et permet à la personne âgée de faire sa toilette debout.



Intéressé par *l'analyse du contrôle postural et de l'équilibre*, je suis les cours de posturologie du Dr Baron dans son labo du C.N.R.S. à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Nous recevions des conférenciers prestigieux, tel le Dr Grandpierre qui préparait à Brétigny-sur-Orge les futurs cosmonautes français. Travaillant alors sur la *plasticité cérébrale* et l'adaptation physiologique au vertige lors de l'augmentation de la vitesse giratoire, il montra que le mouvement constitue le médicament idéal pour guérir le vertige.

Notre groupe recevait la visite régulière du Pr Henri Laborit. Je lui ai manifesté mon intérêt pour la personne âgée et l'existence de potentialités encore intactes mais souvent inutilisées, créatrices du mouvement. Il me fit part de ses travaux sur le comportement humain et l'éthologie (voir son film "Mon oncle d'Amérique"), sur la notion de la *réactivité spontanée* amenant à réfléchir sur l'autonomie...

En 1980, j'obtiens le certificat cadre. Tous les confrères qui ont suivi ou subi (selon l'état d'esprit) cette formation partageront, je pense, la même perception : à "Bois-Larris", on apprend à perdre l'illusion du savoir.

Je complétais cette formation par des études en *organisation du travail et ergonomie* au Conservatoire National des Arts et Métiers. Je suis alors nommé "attaché de recherches" par le Pr Étienne dans le laboratoire d'explorations fonctionnelles des maladies de l'appareil locomoteur au C.H.U. de Reims. J'y effectuerai des travaux de biomécanique, concrétisés par la fabrication d'outils de rééducation proprioceptive du genou, de la cheville et de la main.

En 1981, se tient à Cologne un congrès de l'O.M.S. sur *la prévention des invalidités de l'âge avancé*. Les experts soulignent le manque d'efficacité de la rééducation gériatrique et le rôle de la prévention. La conclusion des travaux présentés est claire : une majorité des troubles de la morbidité des personnes âgées peut être réglée par des mesures de prévention simples, peu coûteuses, dont une grande partie touche à l'environnement. Ceci m'a profondément marqué et c'est dans ces deux directions que je me dirigerai

désormais : prévention et amélioration de la rééducation en gériatrie.

Au cours de l'année 1983, je prends la direction du service kiné de la Clinique des Magnolias en région parisienne. Cette clinique de 250 lits reçoit essentiellement des personnes âgées pluri-handicapées. De nombreux arrêts de travail pour lombalgie d'effort perturbent considérablement l'activité. À la demande de la direction et de M.C. Morineau, médecin-chef, je procède à l'aménagement ergonomique de la chambre du malade et à la fabrication de verticalisateurs adaptables aux lavabos, améliorant l'autonomie de la personne opérée et diminuant ainsi la charge de travail du personnel soignant.

Pour compléter ces mesures, je forme l'ensemble des personnels (soignants, cuisines, services généraux) et initie les kinés du service à l'enseignement des techniques de prévention. Les autorités de tutelle suivent l'expérience avec intérêt. La C.R.A.M. d'Île-de-France en évalue les résultats (réduction de 52,25% des arrêts de travail des soignants pour lombalgies d'effort), et en avril 1988 me récompense pour ces résultats publiés dans la revue de l'I.N.R.S. "Travail et Sécurité".

En relation avec le service d'animation, j'oriente les projets de vie individuels et collectifs sur le maintien en forme de la personne âgée handicapée, sa stimulation physique et mentale à partir d'activités centrées sur l'éveil. Tous les jours et en musique, les résidents pratiquent une heure de gymnastique. Dès que leur état le permet, ils fréquentent avec leur kiné la piscine municipale voisine. Contrairement aux idées reçues, les personnes âgées apprécient l'eau et en retirent grand bénéfice. Des personnes de plus de 90 ans ont ainsi appris à nager...

Toutes les occasions sont bonnes pour inciter au déplacement : piqueniques, jeux de plein air, présence d'animaux... Les aides soignants animent des ateliers d'expression artistique : art floral, musique, chant, théâtre, et aussi cuisine... La peinture est très appréciée et suscite la créativité picturale de certains hémiplésiques aphasiques, dont dessin et peinture constituent l'unique moyen d'expression. Nous constatons que la pratique de la peinture exigeant des gestes très fins réduit le tremblement et améliore la gestuelle des parkinsoniens. Les œuvres des malades fréquentant cet atelier ont été exposées. Certaines toiles ont été achetées.

L'évaluation régulière par l'ensemble de l'équipe soignante de l'autonomie du malade me paraît primordiale. Le kinésithérapeute joue un rôle d'animateur de ces réunions.

Après la campagne préventive sur les lombalgies, je suis interpellé par la direction de la clinique pour réduire les coûts de l'incontinence. Je réalise un audit basé sur la technique de l'analyse factorielle et mobilise les équipes soignantes de jour et de nuit. Pour faire baisser l'utilisation de produits consommables, je mets en place les mesures simples recommandées par l'O.M.S. et forme le personnel. Au bout d'un an, la direction générale constate l'économie : gain de productivité matérialisé par une réduction de 25% des consommables, mais aussi, ce qui est loin d'être négligeable, amélioration de l'autonomie des résidents grâce aux déplacements pour se rendre aux toilettes, avec pour corollaire à terme une diminution de la charge physique et mentale des personnels soignants.

L'Association Nationale de Formation Hospitalière constate la qualité de ce type de prise en charge. Un programme expérimental de formation axé sur la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée est créé. Je

FRANCO & FILS

C O N C E P T E U R

DEPUIS 1955

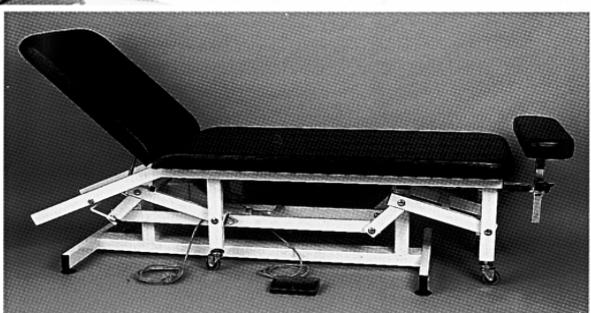
N°1

TABLE ÉLECTRIQUE

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.



CATALOGUE SUR DEMANDE

LONGEVITÉ :
Articulations montées sur paliers anti-usure.

FINITION :
Poudre Polyester + Epoxy cuite au four à 200°C.

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

suis chargé de l'instaurer dans plusieurs institutions gériatriques du Limousin (région d'Europe fort peuplée de personnes âgées). Marc Viseux, directeur du centre des Grands Chênes à Chateauroux (700 lits) me demande de réaliser un audit suivi de la formation du personnel soignant. J'expérimenterai alors le concept : "*Bouger c'est vivre*".

Les résidents en long séjour sortent de l'institution pour réintégrer la cité, fréquenter la piscine, le théâtre, partir en vacances, pour certains d'entre eux découvrir la neige, la mer, et même, dans le cadre d'olympiades regroupant en 1987 plus de 450 participants, survoler (malgré leur 85 ans) les châteaux de la Loire en U.L.M.. FR3 m'interviewe et la presse régionale souligne cette démarche originale. France-Culture lui consacre même une série d'émissions "les Nuits Magnétiques" au cours desquelles personnes âgées et soignants s'expriment. Les pouvoirs publics sont très intéressés.

À cette période, je participe à Toulouse à une mission inter-ministérielle qui s'occupe de prévention du risque à domicile et en milieu urbain chez la personne âgée, dans le cadre du projet O.M.S. des Villes-Santé.

En 1988, je prends la direction des soins d'un institut bio-marin au bord de la Méditerranée. La remise en forme devient un fait de société dans laquelle les kinés doivent occuper une place privilégiée. En avril 1988, le 1^o congrès médical méditerranéen sur la remise en forme et la prévention santé se tient à Balaruc-les-Bains, en Hérault. Antenne 2 consacre une séquence spéciale. Je passe à la télévision... la gloire est éphémère !

Les problèmes veineux de la femme m'ont toujours préoccupé. Avec le Pr Harichaux, Michèle Esnault, Éric Viel, Francis Berthelin et Brigitte Cohen, nous travaillons sur l'influence sur la circulation veineuse de certaines activités physiques en milieu aquatique et à sec. Nous montrons, grâce au Doppler, qu'il existe divers moyens d'améliorer le retour veineux (en dehors du drainage lymphatique). Le document vidéo "Veines en forme", suivi d'un ouvrage sur la rééducation en milieu aquatique, illustre cette recherche clinique.

Un groupe de gestion et création de stations thermales et de tourisme de santé me propose alors de participer aux formations des personnels thermaux et au développement de stations thermales. Malheureusement, la crise qui touche la France en 1989 gèle tous les grands projets. Je réintègre la kinésithérapie libérale.

Avec Mr Enjalbert, je suis l'équipe de base-ball de Montpellier et m'investis dans la biomécanique de l'épaule.

Je crée en 1990 l'association "Bouger c'est Vivre" dont les buts humanitaires sont de *permettre à la personne âgée de vivre digne et autonome* [voir page 10].

Aujourd'hui, je partage mon temps entre un cabinet libéral en association avec un confrère et une maison de convalescence pour personnes âgées en rééducation. Je forme les personnels soignants et intervins dans le cadre de la formation des médecins pour la capacité de gériatrie.

Je continue à me préoccuper de la prévention de la chute à domicile en particulier.

Pourquoi toujours cette faim d'avancer, d'améliorer les choses ?

Dans l'activité qui m'occupe - l'amélioration de la prise en charge sur tous les plans de la qualité de vie de la personne âgée - on répond peut-être d'abord égoïstement : pour soi, pour ne pas avoir à subir ce qu'on a vu subir quand on aura l'âge d'entrer en hôpital ou maison de retraite.

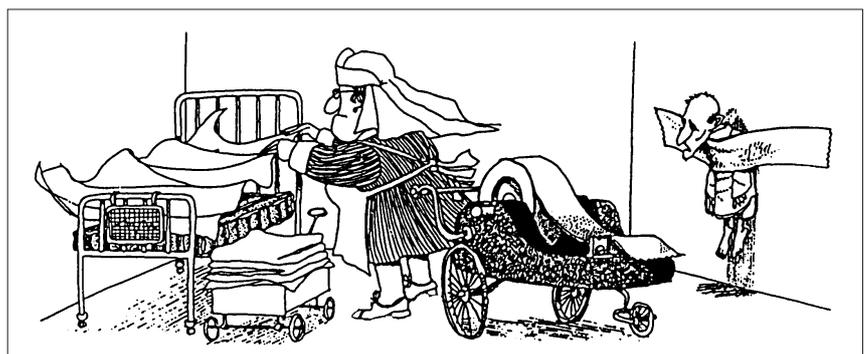
Parce qu'il y a encore beaucoup à faire, que tout est loin d'être compris. Si on peut contribuer à faire évoluer les mentalités, c'est ici et maintenant qu'il faut le faire.

Les valeurs léguées par mes parents ont éclairé tant ma route personnelle que professionnelle. L'une d'entre elles est fondamentale : c'est *l'amour du travail bien fait*. J'aime les choses qui fonctionnent et les choses bien faites, par exemple les pierres de certains monuments s'emboîtant si bien les unes avec les autres qu'elles tiennent sans ciment depuis des siècles.

Dans de multiples circonstances de ma vie, j'ai constaté que les gens se contentent d'à peu près. Or, si les choses ne sont pas bien faites un jour, elles sont à recommencer le lendemain. Elles coûtent alors beaucoup plus cher en dépense d'énergie et fatigue. Mon intérêt pour l'organisation du travail n'est pas étranger à cela.

Les petits problèmes engendrent de grands effets. Il suffit souvent de peu pour améliorer l'environnement et changer la vie des gens et de leur entourage. Un fauteuil trop profond entraîne facilement un état de dépendance et crée aussi un risque d'incontinence pour celui qui ne peut en sortir seul. Dans nombre de lieux de soin, cette observation n'effleure même pas l'esprit des acteurs. Les aides techniques permettent de compenser les handicaps mais ne sont encore pas assez connues et trop peu souvent utilisées en France.

Je me suis toujours soucié par exemple, que les malades dont j'avais personnellement la charge ne ressemblent pas à des clochards. C'est une question de dignité, mais aussi de sécurité. Marcher en savates ne donne pas une stabilité idéale, un pantalon qui tombe en plein milieu d'un couloir peut prêter au rire, mais il peut aussi provoquer une chute aux conséquences dramatiques. Une paire de bretelles ça ne coûte pas cher et ça peut rapporter gros...



On peut réussir des choses qui paraissent d'abord impossibles. C'est pour moi une sorte de défi intellectuel, une écologie de l'esprit.

Et puis ma vision du monde indique que personne n'est une île : nous sommes embarqués sur le grand bateau de l'humanité en Marche. Il faut se serrer les coudes et, comme l'a si bien écrit le Sètois Paul Valéry : "*Sont morts les bâtisseurs, mais le temple est bâti*".

Quel est votre plus grand regret professionnel ?

En 1988, j'ai été récompensé pour avoir diminué de façon importante les lombalgies en milieu hospitalier. J'ai profondément regretté que les pouvoirs publics qui avaient pourtant reconnu l'intérêt de la verticalisation en chambre ne m'aient pas offert la possibilité de développer la démarche dans le milieu hospitalier, partout où elle aurait dû l'être.

Comment la kinésithérapie peut elle mieux aider les personnes âgées ?

Par une prise en charge de reconstruction physique et mentale. Pour cela, il est indispensable que le kiné adapte sa pratique à l'avance en âge. En gériatrie, il faut donner du temps au temps. Cette kinésithérapie doit être entrecoupée de repos suffisant sinon elle épuise inutilement le malade. Il faut tenir compte des maladies chroniques et des handicaps préexistants et utiliser des moyens adaptés (attelles, orthèses pour stabiliser les articulations pour sécuriser). Il faut exiger que les pieds soient soignés, pourvus de chaussures confortables et recourir au pédicure et au bottier orthopédiste. Il faut encourager et récompenser en permanence. Il est capital de renforcer l'estime de soi, de valoriser les réussites ; le tout enrubanné d'une bonne dose de patience et d'optimisme.

La personne âgée ne constitue pas un groupe ethnique isolé de la population, elle présente seulement un terrain particulier fragile, parfois très instable auquel le kiné doit s'adapter d'un jour à l'autre. Un état dépressif déclenché par une mauvaise nouvelle peut réduire à néant des jours et des jours d'une patiente rééducation.

Comme le dit André Storm, le kinésithérapeute se doit d'être un *transfuseur d'énergie*. Il l'est spontanément par nature. En gériatrie il doit l'être encore davantage. Soigner la personne âgée c'est aussi apprendre à négocier avec elle, c'est la traiter en adulte, c'est bâtir avec elle un projet simple qui retienne son intérêt et lui permet de trouver des repères. La marche entre barres parallèles n'offre pas grand attrait pour elle. Pour marcher, il faut un but, faire retrouver les jardins, la nature, le spectacle de la rue. Il faut proposer des objectifs sollicitant l'ensemble de ses sensations à la rencontre de quelque chose où de quelqu'un. La mémorisation des souvenirs orientés vers le but à atteindre, constitue alors un moteur puissant et aide le kinésithérapeute.

Contrairement aux idées reçues, en gériatrie *la perte d'autonomie n'est pas une fatalité*. Des travaux récents, ont montré que la personne, même très âgée, était parfaitement capable de reconstituer son capital musculaire à condition d'une nutrition correcte. À n'importe quel âge de la vie, le kiné doit avoir l'ambition de réaliser une kinésithérapie d'excellence. Il faut encore le répéter autour de soi : l'âge n'est pas une maladie ; s'abriter derrière la notion de classe d'âge est un non sens. Nous connaissons des centaines pleins de verdure et des jeunes retraités paraissant beaucoup plus vieux.

Que conseillerez-vous aux jeunes kinésithérapeutes entrant dans la profession ?

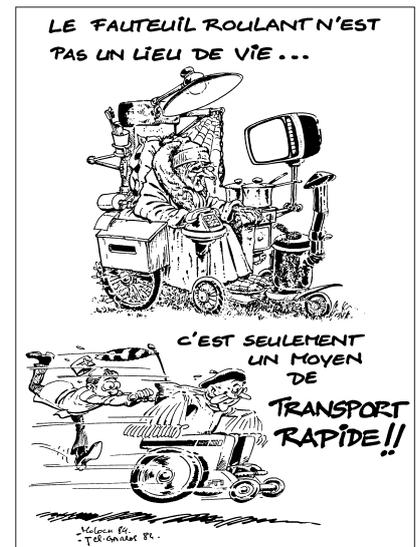
La kinésithérapie a été pour moi un choix. Je lui ai beaucoup donné, elle ne m'a pas déçu ; si c'était à refaire je recommencerais.

Depuis le début du siècle, la kinésithérapie fait preuve de son efficacité. Les patients qui nous accordent leur confiance le savent. Elle m'a permis de faire des rencontres, de voyager, d'être reçu dans d'autres pays par des confrères tout aussi passionnés que moi. Je l'ai vécu comme un compagnonnage.

Je me suis déplacé pour rencontrer confrères et médecins, Internet n'existait pas. La meilleure des cassettes vidéo ne remplacera jamais l'expérience naturelle manuelle, faite d'essais et d'erreurs. La connaissance, la vraie, se

transmet avec lenteur, il faut la mériter.

Le jeune kinésithérapeute peut être séduit par la biomécanique qui le conforte dans les certitudes mathématiques de son passé de potache. C'est un exercice intellectuel auquel s'exercent les plus brillants sujets. Mais les plus belles démonstrations de biomécanique butent sur la représentation non pas en deux, mais en trois plans de l'espace, et lorsqu'on veut intégrer cette troisième dimension dans la pratique quotidienne, c'est une autre affaire.



La kinésithérapie est un métier d'observation, il faut apprendre à manier avec bonheur l'équerre et le fil à plomb et acquérir une "vista". Tous les orthopédistes me l'ont confirmé : *il faut acquérir l'œil et l'oreille du maquignon*. Une boiterie ça s'analyse aussi à l'oreille.

La kinésithérapie c'est un métier de palpation, il faut passer de longues heures à pratiquer l'anatomie palpatoire pour percevoir un tendon, repérer un interligne articulaire... La kinésithérapie c'est le toucher. Aucun robot même sophistiqué ne remplacera la main de l'homme ; j'ai passé ma vie (et je continue) à perfectionner la mienne.

Quel conseil pour les jeunes générations sinon celui de Boris Dolto. Venu en Thiérache animer une session de formation sur le pied, il me dit : "*Fermez tous les livres, ils ne vous apporteront plus rien, vous en savez assez désormais, fermez les yeux, et laissez parler vos mains*".

Entretien : Michel GEDDA

■ DÉBAT D'OPINIONS

Patrick CASTEL,

Directeur Technique
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie,
Toulouse (31).

Le compagnonnage : Un modèle pour la formation des masseurs-kinésithérapeutes ?

À l'heure où certains s'interrogent, à juste titre, sur la formation des cadres de santé masseur-kinésithérapeutes et ses "zones critiques" (Pierron, 1999), peut-être pourrait-on se référer pour la formation d'éventuels "maîtres kinésithérapeutes" au compagnonnage.

Fondateurs de l'alternance, les compagnons restent des pionniers. Ils ont su préserver à travers les siècles une tradition, des savoir-faire et une éthique du travail. Tour de France et "Chef-d'oeuvre" caractérisent le compagnonnage. Le Tour de France est le mode majeur de transmission des connaissances. Partir sur le tour c'est devenir, pour l'apprenti, membre à part entière de la communauté, ce qui relève :

- de *l'épreuve*, puisqu'il s'agit d'apprendre toujours plus, de se perfectionner, de se confronter sans cesse à des réalités nouvelles ;

- de *l'honneur*, car il permet d'être adopté par les compagnons.

Le "Chef d'oeuvre" est une tradition symbolique, dont la réalisation permet à l'aspirant de devenir compagnon. Ce n'est pas seulement l'expression d'un savoir-faire. Il faut également se surpasser, faire preuve d'humilité et de patience, d'habileté et d'astuces, de constance et d'engagement. C'est donc une affaire d'honneur où se mêlent qualités professionnelles et qualités morales.

Tour de France et "Chef-d'oeuvre" renvoient à un modèle d'apprentissage fondé sur la transmission par l'exemple, dominé par un double projet pédagogique et moral.

Le projet pédagogique : devenir compagnon c'est accepter un apprentissage qui s'étend sur plusieurs années. La pédagogie est celle du concret. On travaille sur la matière dans un processus de production. Le jeune apprend à l'atelier des pratiques. Si l'erreur arrive, comme dans toute pédagogie, elle est l'objet d'une leçon. Le soir, à la maison des compagnons, l'aspirant suit des cours : c'est "l'école du

trait" ; il y apprend la géométrie, le dessin et s'approprie ainsi la matière conceptuelle de la pièce ou de la construction à réaliser. Dépasant le simple fait d'imiter ou de répéter, le compagnon comprend ce qu'il fait pour devenir capable d'analyser, modifier, créer.

Le projet moral : il s'agit d'entrer dans une communauté et d'y respecter des règles. Par exemple à l'atelier, le port de l'habit, le rangement des outils, la propreté, le respect des règles de sécurité... et à la maison du compagnon, le tutoiement ou le vouvoiement selon le corps de métier, la prise des repas en commun dans une tenue soignée, la participation aux réunions organisées par les anciens, les contacts avec de nombreuses personnes (sur le lieu de travail ou en dehors)... Ainsi le tour de France est un véritable creuset de socialisation. Il arme le jeune pour assumer son autonomie tout en lui ménageant des moments de prise en charge par la communauté d'accueil retrouvée au terme de chaque journée.

Et le tuteur ? Le lieu de formation étant l'entreprise d'accueil, le tuteur est le maître d'apprentissage qui quotidiennement suit l'apprenti, le conseille, lui explique les gestes et leurs sens. Le maître sait. Il se rend disponible pour transmettre. Le compagnon a le souci de former "*des gens à l'unité*" (Guedez, 1994). Pour l'apprenti en formation le compagnon est un exemple au plan technique et moral. La transmission orale et l'imprégnation directe par le milieu sont les deux pivots de l'apprentissage. Le compagnon apprend donc autant à être qu'à faire. La transmission est ainsi un véritable processus de reproduction à la fois technique, social et moral. Elle est personnalisée parce qu'adaptée à chaque individu, et protégée car délivrée seulement à ceux qui la méritent.

Le tuteur dans le compagnonnage est donc un professionnel de terrain expérimenté, compétent et reconnu. Il transmet "à l'unité", exclusivement de façon orale et pratique. Dans le cadre de l'atelier l'apprenti acquiert des savoir-faire, une culture et des valeurs morales liées au métier. Cette organisation ne pourrait-elle pas servir, globalement, de modèle pour l'organisation de la fonction tutorale, préalable indispensable à une véritable politique d'encadrement du stagiaire masseur-kinésithérapeute.

Références

GUEDEZ A. : Compagnonnage et apprentissage, P.U.F., Paris, 1994, 195 p.

PIERON G. : Une formation de maître kinésithérapeute. La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, N° 11, janvier 1999, p 3-4.

ENCADREMENT



Véronique BILLAT

Surveillante Kiné,

Centre Hospitalier de Neufchateau (88)

L'objectif de cette nouvelle rubrique est de traiter les questions spécifiques du terrain vécues par chacun d'entre nous. On abordera les problèmes de gestion, les hypothèses de travail et les solutions trouvées, mais aussi les règles ou documents officiels existants. Les questions s'étendront au management, à l'encadrement, à la gestion des ressources humaines. Le but est d'aborder un thème par la confrontation d'expériences variées.

Alors, volontaires, n'hésitez pas à me faire parvenir vos idées à débattre, enquêtes à effectuer...

Les gardes et astreintes hospitalières de masso-kinésithérapie.

En premier lieu, rappelons les textes, circulaires et décrets relatifs à l'organisation du travail et les rémunérations pour travaux supplémentaires dans les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

La circulaire n° 189/DM/4 du 15.11.73, avec le décret n° 73-119 du 7.2.1973 et l'arrêté du 14.06.73, stipule que le personnel bénéficie de 4 jours de repos pour 2 semaines de travail dont 2 jours consécutifs. De plus, des heures supplémentaires peuvent être effectuées dans un maximum de 20 heures/mois par agent, pour nécessité de service (articles 2,3,5 et 6). En ce qui concerne la continuité des soins (samedi, dimanche, férié) en service kinésithérapie, ce n'est qu'après avis du C.T.E. et sur proposition de l'établissement, que notre profession peut-être sollicitée en service de permanence, officiellement. Cette permanence ne pourra excéder par agent une nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois (art. 7 et 3 de l'ordonnance n°88.272 du 26.3.82).

Il faudra attendre la loi n° 96-1093 du 16.12.96 relative à la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire pour légaliser les astreintes à domicile (art. 3) mais il n'y a toujours pas de décret d'application ni d'arrêté.

Mais, que se passe-t-il *réellement* dans nos services ? Chacun d'entre nous a organisé les gardes, subi les pressions des prescripteurs, entendu les revendications des kinésithérapeutes, négocié le paiement le plus avantageux, organisé les récupérations dans la semaine sui-

vante ou en les cumulant. Et la majeure partie du temps... on s'arrache les cheveux... un par un... pour *faire tourner* à la fois la semaine et le week-end, sans aucun moyen supplémentaire.

Nous le faisons pourtant. Voici quelques témoignages pour apprécier différentes organisations, compensations et problèmes rencontrés.



• **L'hôpital de Neufchateau (88)** : possède 406 lits dont 8 en réanimation et 30 en chirurgie orthopédique, avec 30 lits en rééducation Fonctionnelle.

Les gardes ne mobilisent qu'un kinésithérapeute sur huit et ne concerne pas le service de M.P.R.. La garde débute le samedi matin (8h à 12h) et 2h l'après-midi (13h à 15h), pour prolonger (si trop de patients à voir) ou revenir pour les prescriptions multiples (2 fois par jour) surtout en réanimation et pédiatrie en temps de bronchiolites. La récupération est d'alors 4h et les 2h de l'après-midi sont rémunérées en heures supplémentaires (HS) de samedi. La permanence se reproduit dimanche et jour férié, avec 4h de récupération (+2h payées en HS le dimanche), et le prorata de l'indemnité de travail en jour férié ou dimanche, soit 6/8 de prime.

L'activité est prévue par l'équipe de kinésithérapie le vendredi, et est inscrite sur un *cahier de garde* déposé au standard de l'hôpital. S'ajoutent les prescriptions de week-end (sauf marche ou mobilisation ne nécessitant pas de kiné immédiate). Nos indications sont :

- les kinés respiratoires : 72 % en 1997 (réanimation, soins intensifs de cardiologie, médecine, pédiatrie) ;
- les mobilisations : 24 % en 1997 (P.T.G. de la semaine, arthrolyses...) ;
- les premiers levers de P.T.H. : 7 % en 1997 ;
- les hernies discales, les P.B.V.E....

CALCUL DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES [paiement plafonné à l'indice 354 au 1^{er} avril 1999]

- Moins de 14h : $\frac{(TB+IR) \times 12}{1900}$
- Plus de 14h : $\frac{(TB+IR) \times 12}{1600}$
Majoration de 18,75%
- Dimanche/fête : $\frac{(TB+IR) \times 12}{1140}$
Majoration de 66,66%
- Prime pour 8h dimanche/férié : 282,06 Frs
- Astreinte : $\frac{(TB+IR) \times 12}{3800}$
- Nuit : $\frac{(TB+IR) \times 12}{950}$
Majoration de 100%

TB=Traitement de Base et IR=Indemnité de Résidence

Nos difficultés résident dans les nombreuses sollicitations (tractions-suspensions, nouvelles prescriptions...). Pour canaliser les demandes et rappeler les indications d'origine de nos gardes, un courrier de rappel ou une invitation au C.M.E. s'avèrent nécessaires de temps à autre. À titre d'exemple, on a calculé la moyenne de 48 actes par week-end pour 1998. Une autre difficulté rencontrée : *être rappelé après la garde ?* Seule une discussion directe par téléphone avec notre prescripteur autorise la décision ou non de revenir.

• **L'hôpital de Saint-Julien en Genevoix (74)** : possède 450 lits dont 280 de M.C.O., 8 lits de réanimation et 33 lits de chirurgie orthopédique. L'équipe possède 5 E.T.P. (4 M.K. + 1 cadre).

Les gardes débutent le samedi matin (8h à 12h) et se poursuivent si besoin l'après midi. La récupération est alors de 8 heures au titre du samedi. La permanence est identique pour le dimanche et la compensation est alors totalement payée en HS de dimanche et fête, avec une prime de dimanche, donc pas de récupération sauf si c'est un jour férié.

L'activité est prévue le vendredi soir par l'équipe de kinésithérapie qui inscrit au *tableau* les patients nécessitant d'être vus le samedi, le dimanche ou les deux jours. Se rajoutent les patients pour lesquels des bons de kiné sont arrivés dans notre *boîte-aux-lettres* le vendredi soir ou pendant le week-end et présentant une pathologie pouvant relever de la garde. Les pathologies les plus prises en compte sont :

- *la pédiatrie* (bronchiolites, mucoviscidoses, pathologie respiratoire, P.B.V.E.) ;

- *la réanimation* (respiratoire, quelquefois une mobilisation d'un patient hyper-rigide) ;

- *l'orthopédie* (arthromoteur à poser, mal d'une épaule, un coude... demande du chirurgien).



Il arrive que le kiné soit rappelé après les heures de garde.

Jean-Philippe SAVINEAU

• **L'hôpital de Brive (19)** : possède 874 lits dont 18 de réanimation et 60 chirurgie orthopédique et 1 service de rééducation.

Un cahier de garde est rempli par le kiné référent du service qui apprécie si le malade à besoin d'une prestation de week-end. Les gardes débutent le samedi matin (8h à 12h) et la matinée des jours fériés de 8h à 12h également, mais il n'y a pas de garde le dimanche. Deux kinésithérapeutes sont alors sur le terrain : un pour le bloc central (au lieu de 7 en semaine), et un pour le service M.P.R. (4 en semaine). La garde du samedi matin est récupérée temps pour temps, donc 4h, et celle des jours fériés est rémunérée sur la base d'HS de dimanche.

Le service de pédiatrie souhaiterait étendre les gardes au dimanche (en période de bronchiolites).

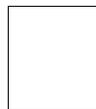
Les indications sont respiratoires, kinésithérapie de continuité de soins en rééducation fonctionnelle mais aucun acte n'est pratiqué en chirurgie orthopédique. Quelques rajouts sont pris en charge le samedi matin.



Émilie POMPIGNAC

• **L'hôpital de Cahors (46)** : possède 400 dont 40 lits de chirurgie orthopédique, 8 lits de réanimation, 25 lits de rééducation et rhumatologie avec 7,30 E.T.P. kiné.

Aucune garde n'existait jusqu'à la demande des médecins début 2000. Un protocole d'accord, avec 3h de présence le samedi et le dimanche sur une tranche horaire fixe (9h à 12h) avec des soins pré-déterminés par le kiné référent du service, fut proposé à la direction. Le refus pour raison financière (paiement des HS) fait que l'hôpital fonctionne actuellement sans garde.



Philippe LABARTHE

Conclusion :

...Y a-t-il d'autres urgences en kinésithérapie que le P.B.V.E. ? La kiné de réanimation en fait-elle partie ? Si *oui*, ne devra-t-on pas instituer des rythmes de travail incluant le samedi et le dimanche. Si *non*, qui fera ces actes ?

...Obtenez-vous toujours des prescriptions écrites ? L'accréditation les exigera pour la traçabilité de nos actes, mais aussi celle de nos prescripteurs.

...Doit-on revenir en dehors des heures de gardes alors que le kiné n'est pas d'astreinte ? Engage-t-il sa responsabilité s'il refuse de venir ? En prévention, pensez-vous à officialiser vos gardes en proposant au C.T.E. votre organisation, et expliquer son champ d'application, en C.T.E. où une écoute et un dialogue constructif avec vos prescripteurs apporteront une compréhension et un respect mutuels ?

...Peut-on annuler ces récupérations alors que la loi exige 4 jours de repos pour 14 jours travaillés ? Doit-on donner la récupération en semaine, alors que l'effectif est déjà diminué par exemple par des congés annuels. La solution réside en une augmentation de nos effectifs humains. Pensez, lors du passage aux 35 heures, à recalculer vos quotas pour résoudre cette quadrature du cercle.

Malgré toutes ces interrogations et cette diversité, notre organisation multiple assure un service public unique qui, pour être reconnu à part entière doit faire partie intégrante de nos rapports d'activités annuels systématiquement.

PROFESSIONS SANTÉ

Quel avenir pour les masseurs-kinésithérapeutes et quel avenir pour leurs cadres ?

5 5 000 masseurs-kinésithérapeutes au total pour notre profession ; 12 000 professionnels exercent en milieu hospitalier, hôpitaux de court séjour, de soins de suite, de long séjour, en centres de rééducation, en dispensaire, en hospitalisation à domicile. Environ 1 200 cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes exercent des fonctions d'encadrement dans ces structures, à titre de surveillant, de chef de groupe, de responsable de stage, voire d'enseignant en I.F.M.K.. On voit là toute la diversité de notre métier hospitalier.

Chaque professionnel, masseur-kinésithérapeute ou cadre, quel que soit son lieu d'exercice, est fier de son indépendance, la revendique et entend assumer ses "actes masso-kinésithérapiques". Mais que veut dire indépendance ? autonomie ? repli sur soi ? défense de venir voir pour les "autres" ? Il y a paradoxe entre *se dire responsable et ne pas vouloir dire ce que nous faisons.*

Nous exerçons dans des structures qui sont toutes impliquées dans les processus d'évaluation-accréditation. Cette réflexion est sous tendue par une évaluation des activités pour tous les professionnels. Les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas exclus de ces démarches d'évaluation et s'inscrivent dans ces réflexions. Mais *qui fait quoi ?*

La relecture attentive des décrets d'actes et d'exercice, pour les professions paramédicales, fait apparaître des activités partagées et des activités spécifiques. Une lecture par chaque professionnel de la même problématique est enrichissante mais peut aussi gommer, en fonction des lieux et des professions représentés, la participation du masseur-kinésithérapeute. Un exemple est la prise en charge de la rééducation de la déglutition. Trois professions interviennent : orthophoniste, masseur-kinésithérapeute et diététicienne. Bonne complémentarité si chacun communique et conjugue son action

avec les autres. Mais si chacun est l'unique représentant de son métier, quelquefois à temps partiel dans son établissement, on assiste à une prise en charge "sauvage" *infirmière*. Qui peut mieux coordonner les différentes séquences de chacun hormis le cadre présent ? Qui est ce cadre, un masseur-kinésithérapeute, une orthophoniste, une diététicienne ? le plus souvent un cadre infirmier...

Les masseurs-kinésithérapeutes sont des oiseaux qui se font rares dans les hôpitaux et il est logique que, faute du "spécialiste" il y ait glissement de tâche dans les services. La balance mathématique entre le nombre de personnels du corps infirmier et les autres personnels dont les masseurs-kinésithérapeutes penche toujours du côté infirmier et la gestion financière de l'ensemble est confiée aux cadres infirmiers. En période de crise budgétaire, la mission du planning quotidien, prévisionnel des gardes et des congés est confiée à un autre cadre, dans 98% des cas à un cadre infirmier.

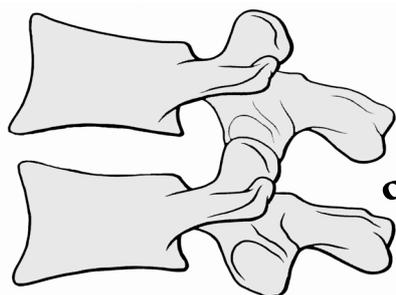
L'insuffisance de cadres masseurs-kinésithérapeutes formés ne fera qu'accentuer cette tendance. Il est évident que tous les professionnels paramédicaux ont des activités communes et que chacun, en fonction de son lieu d'activité sera plus investi et reconnu dans un champ particulier.

Que faire pour éviter la transformation du masseur-kinésithérapeute en *aide infirmier* ou *remplaçant* dans le cadre d'une activité précise et son retour dans le giron infirmier ? À l'échelon suivant, le cadre doit pouvoir échanger avec ses homologues ayant des problématiques de rééducation. Il ne s'agit pas d'*opposition* mais de *respect* de chaque profession. La conjugaison des modes de pensées, ne peut qu'enrichir la prise en charge coordonnée du patient au mieux. En premier, il me paraît opportun de *quitter notre isolement* et de nous rejoindre dans des instances de réflexion existantes.

Les associations existent, elles ont déjà des dossiers à ce sujet et ne demandent qu'à s'enrichir...



Françoise BIZOUARD,
Responsable de la Chronique.



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