



La Lettre

du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 16 - Juin 2001

■ ÉDITORIAL

Alors que nous pensions que la principale valeur de la kinésithérapie était sa technique, l'Assurance Qualité insiste sur la traçabilité, l'hygiène, la continuité des soins.

Alors que nous pensions que la principale investigation de la kinésithérapie était son bilan clinique, la Science valide l'écoute, l'éducation, la satisfaction du patient.

Alors que nous pensions que la principale vertu de la kinésithérapie était la palpation, l'État demande la preuve, la raison, l'évaluation.

Cela paraît suffisant à perturber toute *bonne pensée*, Non ?

Toute pensée conforme à l'histoire, à l'habitude, à l'académisme. Car toute pensée est un piège qui enferme autant qu'il struc-

ture ; et toute structure favorise le misonéisme.

La bonne pensée n'est pas celle qui existe alors mais celle qui subsiste.

Bien-sûr, cela n'incite pas à ne plus penser ! Mais à penser différemment. Penser selon d'autres schémas. Qui ne soient savoirs mais être.

Moins en *substance*, mais davantage en *conscience*.

Peut-être cela paraît-il inconfortable car remet en cause ce que nous *savons* en faveur de ce que nous *voulons*. C'est pourtant moins risqué qu'un avenir vécu au passé...

Alors que nous pensions, le présent requiert que nous imaginions.

Michel GEDDA
Directeur de Publication

Que nous imaginions la réalité dans laquelle penser la kinésithérapie.

SOMMAIRE

- Éditorial
- l'A.F.R.E.K.
- Formation
- Relecture du numéro 15
Philippe SEYRÈS
- Encadrement
- Mémoires Cadres
- Parcours d'un cadre kiné :
Martine CARDEY
- Cadrekinet.net
- Documentation

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 :
physiorama.com

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

L'A.F.R.E.K.

Le programme de recherches à mi-parcours.

Le programme de recherches de l'AFREK, financé par l'ANAES, est à mi-parcours de réalisation. L'Association avait formulé une demande dans le thème : "Études pluridisciplinaires sur les indicateurs de performance centrés sur la qualité de la prise en charge du patient", en donnant pour titre à notre projet : "**Indicateurs de qualité pour les technologies de santé utilisées en rééducation - réadaptation**" (corrélation entre typologie des actes et critères de contrôle).

Nous avons spécifié la définition retenue pour "technologie de santé" : "*Une technologie médicale est une procédure ou une stratégie utilisée par des professionnels de santé dans un but préventif, diagnostique ou thérapeutique*" [ANDEM : Évaluation d'une technologie médicale]. Il s'agissait de rechercher les indicateurs de qualité concernant un geste unique de rééducation, et non le programme entier.

Le groupe comporte : Médecin de Rééducation, Rhumatologue, Ergothérapeutes, Orthophonistes, Kinésithérapeutes (les para-médicaux sont titulaires du certificat Cadre). Les procédures de travail en rééducation sont difficilement à classables en "Procédure-dépendantes" ou "Opérateur-dépendantes" parce que même des applications essentiellement techniques reposent sur la connaissance du sujet que possède l'opérateur. On doit reconnaître le bien-fondé de la réflexion de Dreyfus [1] pour qui l'intervention d'un novice n'est pas de la même qualité que celle d'un professionnel confirmé.

Plusieurs natures de procédures

Un entretien avec un Ingénieur-Qualiticien de l'industrie nous a appris que :

1. soit la procédure est **impérative**, on doit se conformer à la procédure (c'est une **directive** qu'on ne peut pas modifier) ;

2. soit la procédure est **incitative** en fournissant des critères de qualité d'exécution - Les Recommandations de Pratique Clinique (RPC) sont de nature **incitative** ; [Recommandation pour la Pratique Clinique = *Best Practice Procedure* (BPP)] ;

3. soit elle signale des **valeurs normatives** et apporte un standard d'exécution en indiquant des valeurs-seuil ou autres repères chiffrés.

Terminologie

Nous avons analysé les critères retenus par le service Qualité de l'Hôpital Universitaire de Genève pour

9 modalités thérapeutiques, afin de prendre modèle sur l'existant. Les HUG utilisent le terme "Grille d'évaluation de l'application des techniques de soins". Nous préférons la "Fiche de procédure" comme dans l'industrie, tant que tous utilisent le même sens pour le même mot [2].

Les 3 termes : "procédure - processus - protocole" sont utilisés de manière interchangeable en milieu hospitalier, nous avons cherché une clarification. Le site OMS : www.oms.ch fournit des réponses, combinées ici avec celles de l'industrie (modèle ISO).

• **Procédure** : manière spécifiée d'accomplir une activité (ISO 8402).

Notre projet consiste à élaborer par consensus un document papier qui consigne l'enchaînement d'actions en séquence pour réaliser un acte unique - exemples :

- *Industrie* : manière conseillée de décolleter ou de fraiser une pièce métallique.

- *Santé* : manière d'exécuter un geste thérapeutique de manière efficace et non dangereuse.

Ainsi, pour retirer une sonde de vessie, il faut dégonfler le ballonnet avant de la faire glisser, et non l'inverse. Ceci est aisément observable lorsque le strict respect de la procédure garantit la qualité du résultat. C'est rarement applicable au domaine de la rééducation.

• **Processus** (OMS) : action régulière et continue ou succession d'actions, prenant place ou exécutées de manière définie, et menant à l'accomplissement d'un résultat. Il s'agit de l'enchaînement observable d'une suite d'actions - l'étude du processus permet de savoir si le protocole (*cf. ce mot*) est ou non respecté.

• **Protocole** : formulaire qui stipule un enchaînement d'actions à respecter (ISO).

• **Protocole Thérapeutique** : liste des actes et techniques imposés *ne varietur* (exemple : délai de reprise d'appui après intervention chirurgicale). La projection dans l'avenir de la continuité des traitements : abord actif puis passif, autorisation d'appui, ablation de matériel, etc. est un *protocole*. La manière conseillée de réaliser une contention autour de l'articulation est une *procédure*.

Références

1. Dreyfus SE. Formal models versus human situational understanding : Inherent limitations on the modelling of business expertise. Office : Technology of people. 1982 ;1:133-155.

2. Anceau F. Est-il possible d'avoir une notion rationnelle du sens ? XVII^{ème} colloque international de Bio-mathématiques, Paris septembre 1999.



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.
eviel@nwc.fr

■ FORMATION

Le projet professionnel : Processus chaotique.

par :

Annaïg LE MEUR,

M.K., C.H.U. Bichat - Claude Bernard, Paris.

- SUITE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO -

LES FACTEURS PROPRES À L'INDIVIDU QUI INFLUENT LE PROJET PROFESSIONNEL

Afin de donner une dimension plus large que celle de l'objet conscientisé et formalisé, nous considérerons le projet professionnel comme un *processus dynamique* d'un individu, articulé autour d'une visée professionnelle.

L'individu et ses potentiels

La conscientisation du projet professionnel fait appel aux valeurs propres à l'individu, afin de répondre au *principe de congruence* et faire en sorte que le projet professionnel soit celui d'un individu unique.

L'individu va déterminer la conduite du processus, il en est l'*auteur*. C'est lui qui est doté des éléments-clés nécessaires. Ceux-ci sont les réserves en puissance dont il lui faudra disposer pour être en projet professionnel.

Nous entendons par *potentiel* l'ensemble des aptitudes, des capacités et des compétences mises en œuvre vers une action.

- Les *aptitudes* désignent des dispositions naturelles d'un individu, comprenant aussi bien des capacités physiques, mentales, psychologiques que comportementales. Ces dispositions naturelles permettent l'exécution d'un acte ou d'une opération déterminée, telle que le projet professionnel.

- Les *capacités*, pour Lucie Tanguy, sont la manifestation d'aptitudes acquises dans un ou plusieurs domaines. Elles ne sont mesurables en tant que telles, mais induisent des compétences qui elles sont évaluable.

- Les *compétences* sont l'ensemble des capacités mises en œuvre en situation professionnelle. Les compétences résultent d'un ensemble de savoir de nature différente mobilisées et organisées pour mettre en œuvre une action.

La compétence est liée à l'*action* alors que l'aptitude et la capacité sont liées à l'*individu*.

La dynamisation de ces potentiels

En psychologie expérimentale, on parle d'*attribution* pour désigner le processus qui permet de donner un sens à un événement. Pour Heider, l'attribution est la recherche de "structures permanentes mais non directement observables qui sous-tendent les manifestations de l'action directement perceptibles".

On peut dire que la responsabilité d'une action est déterminée d'une part, par une *causalité interne* liée aux dispositions personnelles et, d'autre part, par une *causalité externe* due aux contraintes situationnelles. Piaget les définit comme *responsabilité subjective* et *responsabilité objective*.

Le projet professionnel étant un *processus* (c'est-à-dire une suite d'opérations conduisant à un résultat), un phénomène actif, l'individu mobilise des potentiels et les adapte aux contraintes. La dynamisation des potentiels est donc liée à la volonté, un choix, une motivation, un désir, mais aussi déterminée par une réponse à une situation, une adaptation à l'environnement.

Cette notion d'adaptation est fondamentale et se rapproche du processus d'accommodation que Jean Piaget développe dans sa *théorie de l'intelligence* et son approche *constructiviste*.

Pour cerner les facteurs propres à l'individu qui influencent le projet professionnel, il nous faut donc cerner les compétences requises et décoder la nature des motivations animant ce processus.

Les compétences requises

Les compétences nécessaires concernent le *savoir-faire* relevant de la fonction visée, mais également les *aptitudes* et *capacités*, acquises par l'expérience et la trajectoire de vie, mobilisées dans le processus du projet.

Notre intention n'est pas ici d'établir une checklist de toutes les conditions à remplir, mais plutôt de souligner leur congruence aux principes-clés du projet professionnel que nous avons déjà envisagés (principe de réalité, adéquation aux valeurs, auto-évaluation, régulation...) dans le précédent numéro.

Nous proposons d'en citer quelques-unes : analyse, déduction, attention, écoute, communication, contrôle, induction, anticipation, intuition, logique, négociation, observation, mise à distance, créativité, ordre...

Des manuels pratiques proposant des méthodes pour identifier les potentiels indispensables à la conduite de son projet professionnel sont apparus sur le marché servant ainsi un certain phénomène de mode.

La motivation

Autant les compétences sont repérables, autant les motivations liées à la conduite sont difficiles à percevoir et donc à évaluer.

La motivation résulte d'un *déséquilibre* entre des besoins et la satisfaction de ces besoins, elle est déclenchée par une certaine frustration, une tension. L'émergence d'un besoin relève de mécanismes inconscients, des pulsions, du désir, du plaisir.

Le lien est étroit entre le besoin, l'état de l'être, et la pulsion, conduite suscitée par l'état. La psychanalyse a confronté ces notions au principe de plaisir, à la théorie du *ça*... les liant à l'inconscient.

Pour Edgar Morin, "*nous sommes des êtres existentiels par excellence, dans le manque, le besoin, la satisfaction, la plénitude*".

La motivation qui conduit le projet professionnel résulte d'un désaccord, d'une inadéquation, entre un certain schéma interne de la fonction et de l'environnement professionnel, et la structure correspondante des informations provenant du milieu, les frustrations liées à la réalité professionnelle. Nous pouvons, par exemple, avoir une représentation du métier d'infirmière et vivre difficilement toutes les contraintes engendrées (confrontation avec la mort, horaires fatigants...).

La conduite du projet professionnel est alors déclenchée dès la perception d'une situation future pouvant rétablir l'équilibre menacé et répondant ainsi au principe d'*homéostasie* cher à Claude Bernard.

La motivation détermine le déclenchement d'un comportement, sa direction, son orientation (*attirance* vers un but ou au contraire *rejet*) et l'intensité de la mobilisation énergétique.

Ce processus s'établit, rappelons-le, dans une société donnée, une histoire individuelle.

CONCLUSION

En bref, si la formalisation du projet professionnel nous avait semblé si difficile, c'est sans doute en lien avec le caractère imprévisible de celui-ci, qui, de ce fait, la rend inadaptée si elle est trop rigide.

La complexité caractérisant le projet professionnel est relative aux facteurs constituant le projet et ceux influençant son élaboration et sa mise en œuvre. Aussi, au vue du nombre important de facteurs influençant le projet, "reconnaître et postuler la complexité d'une réalité, c'est en outre, admettre sa nature, à la fois homogène et hétérogène, son opacité, sa multi-dimensionnalité, exigeant, pour une compréhension plus fine, une multi-référentialité" (Jacques Ardoino).

Le projet professionnel est un processus lié à l'individu, son ipséité, sa structure inconsciente, ses motivations, sa perception du monde réel, extérieur, multidimensionnel et soumis, de plus, à des éléments extrinsèques tels que les mouvances de l'environnement, l'évolution de la société, des techniques...

Nous pouvons donc affirmer la complexité de tout objet lié à l'individu et c'est cette complexité qui fait du projet professionnel une richesse, un processus chaotique.

"Toutes les actions, même les plus banales sont éclairantes pour celui qui veut voir. Dans cette optique, le processus et le parcours sont privilégiés par rapport au résultat final."

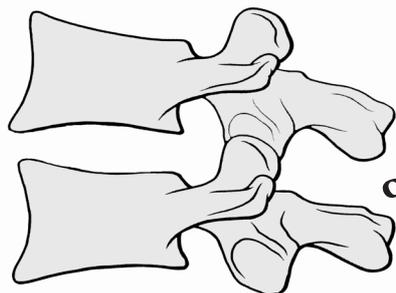
Mireille Léauté.



**Béatrice CHAPIN,
Pascale JAILLARD,**



Responsables 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

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Janvier 2001 : Numéro 15

par :

Philippe SEYRÈS

En réponse à la proposition de Michel Gedda de relire La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, j'ai choisi de déroger à la tradition de commenter séparément chaque texte du numéro précédent. Il est certes tentant de débiter par l'éditorial, signé Molière, qui donne le ton de ce que l'on perçoit à travers le recueil des textes composant le n°15 de La Lettre. Mettant à profit la morale de ces quelques vers, je prendrai du recul par rapport aux événements rapportés pour les analyser en fonction de la situation professionnelle globale. La situation du cadre se superpose en fait, et c'est heureux, à celle de la kinésithérapie.

Comme nombre de professions de santé, la kinésithérapie vit une période charnière de son existence. Claude Forissier en entretien avec Michel Gedda annonce clairement que *"notre profession est en pleine évolution"*. L'évolution est permanente, ne serait-ce que du fait des évolutions techniques et de l'expertise des praticiens. Mais actuellement, le changement ne porte pas simplement sur un phénomène de mode mais sur un (ou des) problème(s) **de fond**. Les préoccupations économiques en sont certainement l'un des moteurs, et non le moindre.

L'organisation et les orientations des professions de santé, ainsi que les impératifs de gestion devenant prioritaires, imposent des mesures précises, fiables, efficaces et facilement mises en pratique. Nous sommes contraints d'accepter *"la nécessité de mesurer nos résultats de manière à démontrer l'efficacité réelle de nos soins et évaluer la qualité de nos pratiques professionnelles"* comme l'affirme Aude Quesnot au terme d'une présentation de quatre mémoires-cadres traitant du dossier kinésithérapique.

Ces mémoires, s'échelonnant sur presque 10 ans, montrent que la question était déjà d'actualité. Les deux plus anciens posent des questions concrètes concernant la réalisation : *quels obstacles et quelles données*. L'informatisation est déjà une préoccupation. Dans les deux plus récents, prédominent les questions plus générales qui débordent largement le cadre de la technique M.K. : *le dossier kinésithérapique peut devenir un outil de gestion et de statistiques au travers de l'outil informatique*.

Rigueur et méthode débouchent sur le suivi et l'optimisation mais peuvent faire **confronter** *normes statistiques et jugement personnel*. L'exploitation des données ne se conçoit qu'après leur recueil méthodique et systématique au terme d'une démarche rigoureuse et précise. Pour valider les conclusions éventuelles, elles doivent être comparées, recoupées ; c'est-à-dire extraites de données recueillies dans des conditions semblables quelque soit le contexte.

Pourtant, la kinésithérapie se distingue par sa *diversité*. C'est à la fois sa force et sa faiblesse. Cette diversité est un **force** qui prouve que nos champs d'exercice sont vastes et étroitement adaptés au contexte local. Ainsi, Véronique Billat, soulignant qu'en carence de *"texte légal concernant les bassins de rééducation, la législation est celle des piscines municipales"*, introduit 3 modes de fonctionnement différents pour des risques, *a priori*, identiques. Elle positive la situation en faisant valoir que *"l'expérience de tous, riche, nous fera avancer dans le processus de qualité"*. Cette force potentielle ne peut se concrétiser et s'exprimer que s'il y a un partage d'informations, soit *communication*.

Mais cette diversité est source de **faiblesse** lorsqu'elle débouche sur l'isolement, les cloisonnements, les distensions, la fragmentation. L'affaiblissement est exprimé par Françoise Bizouard quand elle rapporte que *"l'isolement de certains cadres masseurs-kinésithérapeutes favorise le maintien de liens de dépendance très forts avec la hiérarchie infirmière sans espace d'autonomie"*.

Ce contexte d'isolement, physiquement réel, se vérifie dans l'aspect intellectuel. Submergé d'informations de toutes natures et à objectifs divergeants, le cadre ne peut pas - le plus souvent faute de temps - mener de réflexions de fond : approfondir, confronter, ouvrir de nouveaux horizons... dans des domaines aussi fondamentaux que nos missions ou l'orientation des études. L'immédiat et le local prennent le pas sur l'avenir et l'ouverture. **Communiquer** reste le mot-clef et devient alors la préoccupation essentielle.

L'outil informatique, en ouvrant largement les portes de la communication, devrait permettre d'inverser la problématique et de remédier (virtuellement) à cette situation. Malheureusement, son maniement est moins simple qu'il y paraît. Pierre Trudelle nous confirme ces immenses possibilités. Mais ce gigantisme peut noyer le débutant s'il n'a pas été éduqué et s'il n'est rompu à l'une des règles essentielles de la communication : savoir poser la bonne question à la bonne personne (au bon site) pour envisager d'obtenir une réponse satisfaisante, c'est-à-dire exploitable.

Devenant un **exploitant** d'informations existantes, le M.K. apprend à devenir un **générateur** d'informations par l'intermédiaire, en particulier, de la *fiche de synthèse* que nous présente Éric Viel. Elle sert de lien (administratif et imposé) entre différents acteurs autour d'un patient.

Sa réalisation revêt un caractère obligatoire mais son contenu ne tient plus seulement au report des données d'un bilan mais relève des qualités d'*analyse* de son auteur pour le fond, et de *concision et clarté* d'expression dans la forme. C'est là un exercice de style auquel les professionnels en activité ont quelque réticence ou crainte à se soumettre. La majeure partie d'entre eux a été éduquée dans l'esprit du

bilan, pas dans celui de l'*analyse du bilan* et encore moins dans celui de l'*expression écrite* de cette analyse. L'analyse est pourtant pratiquée dans l'activité quotidienne, en mâtinant les données quantifiables des perceptions subjectives liées au patient. L'expression écrite est aujourd'hui le **prix à payer** pour maîtriser une autonomie d'exercice basée sur la justification des décisions des choix et des demandes, et sur l'évaluation des résultats.

En se référant à l'une des citations d'Annaïg Le Meur par laquelle "*le projet (professionnel) apparaît à la fois comme une nécessité vitale, une opportunité culturelle et un enjeu existentiel*", la communication, le partage d'informations et des commentaires qu'elles suscitent, ainsi que la transcription des prises en charge, deviennent des projets professionnels. Mieux, ce sont des objectifs de la profession et - dans la situation présente - des objectifs *prioritaires*. Car c'est bien un objectif que doit se fixer la profession, au travers de chacun de ses membres, que de vaincre la réticence d'une confrontation d'idées, pire : du passage à l'écrit.

Plus qu'une réticence, Christine Bernard, citée par Aude Quesnot au sujet du dossier M.K., parle de "*peur que le dossier devienne un moyen de contrôle des connaissances et du travail*". Cette remarque est renforcée par l'affirmation d'Annaïg Le Meur selon laquelle "*le passage à l'écrit est lié au regard d'autrui (et donc au jugement) posé sur le produit intime d'un travail de clarification et d'engagement*". Cette crainte est certainement à considérer en priorité et son dépassement impose un **apprentissage**. Formations initiale et continue doivent se superposer d'une certaine façon pour offrir aux futurs comme aux anciens la possibilité d'exposer efficacement leur démarche thérapeutique et en évaluer les résultats.

Aborder le chapitre de l'enseignement nous amène naturellement à se référer aux considérations humaines évoquées par Claude Forissier qui les présente comme un des axes prioritaires de notre évolution. Si elle définit l'approche corporelle comme essentielle, elle souligne aussi que "*c'est une démarche très difficile à réaliser*" car les étudiants "*se retranchent immédiatement derrière la technique*". Si la démarche corporelle effraie c'est qu'elle est essentiellement subjective et qu'il est alors naturel et facile d'avoir des interrogations et des réticences sur la justesse de son sentiment personnel.

La technique *sécurise* en amenant à une conclusion prévue, ce n'est pas une découverte et il n'y a donc pas d'interrogation. La technique dédouane le thérapeute en inversant les rôles en quelque sorte : le thérapeute choisit un outil technique et devient alors le simple **exécutant** d'un chemin tracé. Ne pas jouer le jeu de la subjectivité c'est s'exposer à perdre certains pans de notre professions comme c'est le cas du massage, de la prévention ou de l'entretien physique. La technique M.K. n'a de sens réel, dans la plupart des cas, que si elle est imprégnée de la subjectivité de ses conditions de mise en pratique : peut-il en être autrement lorsqu'un *être humain thérapeute* se met au service de la santé d'un *être humain patient* ?

On peut ainsi se demander, en conclusion, si ce malaise ou *mal-être*, se dessinant sous différentes formes à travers les textes du n°15 de La Lettre, ne tient pas à la difficulté actuelle à trouver notre place dans un paysage de santé en complet remaniement. Cette gêne naît du conflit entre 2 pôles opposables et complémentaires : le *technique* et l'*humain*.

Nous nous sentons écartelés entre, d'une part, l'obligation de s'aligner dans une collaboration indispensable à une prise en charge performante. Elle ne peut passer que par une **approche technique** rigoureuse et méthodique soumise à une réglementation et asservie à l'outil informatique. Et d'autre part, l'**aspect humain** et nécessairement subjectif de la pratique kinésithérapique courante. Aucun enseignement théorique ne peut remplacer la pratique et l'expérience. Mais l'expression d'une sensation, quelles que soient l'expérience et la perception, est terriblement difficile à coucher sur le papier ; et encore plus difficile à justifier c'est-à-dire à la rendre objective.

Mais il serait incomplet d'achever ce propos sans reprendre la question finale de la relecture précédente par laquelle Lucienne Letellier se demandait si le Cadre de Santé Kinésithérapeute peut se prétendre Épicurien. Il pourra probablement l'être si on se réfère à la philosophie d'Épicure qui veut que le bonheur soit un état de sécurité sereine. Il peut au moins s'en approcher... s'il préserve son territoire.

Pour atteindre cet état, il serait vain de n'entreprendre qu'un seul des versants de la situation actuelle. Mener une lutte qui ferait de la kinésithérapie une **science** me semble voué à l'échec. Elle ne peut être qu'un **art** puisqu'elle s'adresse à des sensations d'êtres humains. La technique doit rester un outil de pratique, certes, mais aussi de communication favorisant la transmission aux générations futures et, par son vocabulaire précis, la transmission intra et inter professionnelle. La M.K. doit cependant accepter et savoir se plier à des contraintes sous peine d'être progressivement exclue d'une démarche commune à laquelle elle ne saurait participer. Cela n'impose pas pour autant qu'elle perde son âme. "*La parfaite raison fuit toute extrémité et veut que l'on soit sage avec sobriété*" affirme Molière. Pour tendre vers cet équilibre salubre, quelle démarche mieux adaptée que celle exposée dans les derniers vers de l'éditorial : "*Je prends tout doucement les hommes comme ils sont, J'accoutume mon âme à souffrir ce qu'ils font [...] Mon flegme est philosophe autant que votre bile*".

Enfin, comme l'affirme Annaïg Le Meur, "*Tenir compte de la réalité de l'environnement présent et futur, c'est aussi, bien évidemment, avoir une attitude curieuse et dynamique vis-à-vis de l'évolution du monde extérieur et d'être capable de s'adapter aux changements éventuels*". Il ne tient qu'à nous d'éviter de nous enfermer dans des carcans, dans des chapelles, d'éviter de nous isoler ou de nous laisser isoler, et rien n'empêchera l'avenir alors d'être serein.



Philippe SEYRÈS

Formateur à l'I.F.M.K. de Bordeaux. (33)

ENCADREMENT

La gestion des grèves : Des règles précises ?

Dans la fonction publique ou le secteur privé, des grèves doivent être gérées sur le terrain.

Cette gestion répond-elle systématiquement à des organisations réfléchies oralement ou par écrit ? Qu'en est-il exactement ?

Un sondage rapide a été réalisé auprès de confrères d'horizons divers. Sur les 5 sites enquêtés, les réponses des cadres paraissent disparates :

• **Avez-vous déjà été confronté à un mouvement de grève parmi votre personnel ?**

- OUI : 3/5
- NON : 2/5

• **De quelle durée environ ?**

- plusieurs heures : 2/3
- 1 jour : 2/3
- plusieurs jours : 0/3

• **Disposez-vous d'un cadre d'organisation interne de service minimum ?**

- NON : 3/3

Plusieurs autres sites sollicités affirmeront aussi ne pas avoir à gérer de phénomènes de grève grâce à une excellente anticipation des problèmes, ou évoqueront le peu de suivi de grève au sein des équipes.

Mais tous sont d'accord pour constater que pour les services hospitaliers, seul le prescripteur sélectionnera les patients prioritaires.

Dans les Centres de Rééducation, le choix découlera d'une concertation entre M.K. et médecins. Dans tous les cas, les services d'externes sont fermés les jours de grève et les entrées prévisionnelles repoussées.

Les avis de grève peuvent émaner soit directement par les syndicats ou par l'administration.

Quelquefois, les services administratifs enquêtent la veille sur le terrain pour déterminer le nombre de thérapeutes à réquisitionner. D'autres administrations constituent, en concertation avec le cadre et les médecins, une trace écrite d'effectif minimum garanti pour un jour ou plusieurs jours de grève.



Véronique BILLAT,
Responsable de la Chronique.
pj.warnitz@ch-neufchateau.fr

QUELQUES EXEMPLES

• **Le Centre de Rééducation public de Volvic (63) :** dispose de 110 lits. Il est certain qu'une grève des kinésithérapeutes soulèverait un certain nombre de problèmes.

Nous fonctionnons sur le bloc technique avec 12 masseurs-kinésithérapeutes, 1 surveillant, 3 ergothérapeutes, 1 éducateur physique et sportif (E.P.S.), 1 orthophoniste, 1 psychologue et 2 brancardiers.

Avec une équipe de 12 kinés ETP, combien devraient être réquisitionnés ? À partir de combien de jours de grève ? Toutes ces questions méritent d'être posées...

En fait, les réponses sont très claires, décidées et votées en C.T.E. bien avant mon arrivée :

- *1 jour de grève* : 1 kiné réquisitionné, en l'occurrence le cadre ;

- *à partir de 2 jours de grève* : 6 kinés réquisitionnés, ainsi que le surveillant, 2 ergothérapeutes, 1 E.P.S., 0,5 orthophoniste et 1 brancardier.

Tout semble prévu... et pourtant, imaginons une journée de grève, 4 kinés grévistes... !

Que fait-on de leurs malades ? La logique voudrait qu'ils ne soient pas pris - effet grève oblige (rappelons qu'il n'y a pas d'urgence dans l'établissement et que nous ne sommes jamais présents le week-end). Mais ces patients... n'ont rien demandé, surtout pas d'être pris en charge par tel ou tel kiné.

Conclusion : la question reste entière et ne s'est jamais vraiment posée puisqu'en 6 ans de service, aucun kinésithérapeute n'a fait grève.

Benoit BEDEL
Cadre de Santé Kinésithérapeute

• **Au Centre Hospitalier de Saint-Dié (88) :** le service de Médecine Physique et de Réadaptation est une unité centralisée de rééducation polyvalente.

Le Centre Hospitalier dessert un bassin de population d'environ 100 000 habitants.

Il comporte 439 lits, répartis sur 2 sites, qui se répartissent en 118 de médecine, 76 de chirurgie, 24 de gynécologie-obstétrique, 3 d'hospitalisation de jour, 30 de soins de suite et de réadaptation polyvalente, 80 de soins de longue durée et 105 en activité loi 1975 (hébergement).

L'effectif du service comporte deux postes de praticien hospitalier en M.P.R. dont un est vacant, un M.K. surveillant, 6,8 ETP de kinésithérapie, 3,2 ETP d'ergothérapie, 1 ETP d'appareilleur et 1,8 ETP de secrétariat médical (effectif recruté au 01/06/01).

En M.C.O., l'activité se déroule du lundi au vendredi de 7h45 à 18h. Une garde de kinésithérapie est effective les samedi et dimanche de 8h à 12h avec de fréquents retours l'après-midi.

En S.S.R. long séjour et maison de retraite, l'activité se limite à la semaine de 8h à 16h30.

Le service dispose d'un secteur externe, d'un atelier d'appareillage et d'une unité d'évaluation de la personne âgée ou handicapée avec essais de fauteuils roulants électriques.

En réponse à des mouvements de grève au plan national, les agents ont déjà arrêté le travail dans une fourchette allant d'une heure à une journée.

Sur le plan administratif, en général, la Direction des Ressources Humaines au vu des préavis demandait aux cadres d'établir une liste prévisionnelle des agents grévistes, et de définir un service minimum sur la base de l'effectif du week-end.

Sur le plan légal, la liste prévisionnelle des agents grévistes ne semble pas avoir de réel fondement et ne saurait être opposable en cas de non respect par un agent de sa déclaration première.

Stricto sensu, l'effectif minimum se limite à un mi-temps de kinésithérapie ce qui correspond à la garde. Cet état de fait peut se concevoir dans le cadre d'un mouvement ne dépassant pas une journée.

Jusqu'à présent, le niveau minimum accepté mobilisait 1 kinésithérapeute et 1 ergothérapeute.

Au-delà d'une journée de grève, il faudrait considérer l'obligation de continuité des soins aux usagers hospitalisés, limitant le personnel à la base admise pour la gestion des congés annuels, à savoir, absence possible de _ de l'effectif par métier avec au minimum un agent absent.

Les congés, de quelque nature qu'ils soient, sont cumulatifs et contribuent à la définition des réquisitions.

Les usagers pouvant être concernés par une suspension des soins sont les externes et les nouvelles admissions en hospitalisation de jour.

La mise en place d'un système qualité doit intégrer une procédure englobant l'ensemble des situations de réduction non programmée des effectifs (grève, accident...).

Une telle procédure serait de nature à garantir une application objective en toute circonstance sans référence aux agents impliqués ou aux motifs ayant motivé un mouvement de grève.



*Francis LEJEUNE
Surveillant M.K.*

Le prochain thème sera "la gestion des demandes de formation continue". Contactez-nous pour témoigner de votre organisation.

■ INFORMATION



L'U.F.R. "Léonard de Vinci" de l'Université Paris XIII (Bobigny) organise pour l'année universitaire 2001-2002 :

- une Maîtrise Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé :
 - séminaires répartis sur 3 ans ;
 - diplôme reconnu par l'O.M.S.
- un D.E.S.S. Formations en santé : stratégies et développement de formations en santé :
 - formation alternée sur 12 mois ;
 - date limite de dépôt : 26/09/01.

Renseignements :

Florence Renaudon-Leproux
U.F.R. "Léonard de Vinci"
74, Rue Marcel Cachin
93017 BOBIGNY CEDEX
Tél : 01.48.38.76.41 - Fax : 01.48.38.76.19
dpss@smbh.univ-paris13.fr
http : //smbh1.univ-paris13.fr

- une Maîtrise en Sciences et Techniques de gestion et management de la santé - Option cadres experts en soins :

- 1420 h d'enseignement théorique ;
- 270 h de stages sur 2 ans ;
- en partenariat avec l'AP-HP ;
- date limite de dépôt : 31/07/01.

Renseignements :

Anne-Marie Panetta
U.F.R. "Léonard de Vinci"
74, Rue Marcel Cachin
93017 BOBIGNY CEDEX
Tél : 01.48.38.76.80 - Fax : 01.48.38.76.19
dpss@smbh.univ-paris13.fr
http : //smbh1.univ-paris13.fr

UNIVERSITÉ PARIS 13
NORD

■ ERRATUM DU N°15

Rubrique : Formation

- Les mémoires d'Annie Roubieu et de Pierre Pitet ont été réalisés au sein de l'I.F.C.S. - section rééducation de Montpellier à l'Hôpital Saint-Éloi.

Rubrique : Encadrement

- Dans l'article de Henry Haffray, il s'agit de 210 lits H.T.C. et, plus loin, du Dr B.F. Badelon.

■ MÉMOIRES CADRES

Prévention du risque infectieux.

Un des objectifs de l'ordonnance du 24 avril 1996 est d'accroître la qualité et la sécurité des soins au sein des établissements de santé. La prévention et la surveillance des infections nosocomiales entrent dans ce cadre. En effet, ces infections surviennent dans 5 à 10% des hospitalisations et entraînent 3,5 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires pour un coût global de 2 à 5 milliards de francs ; 10 000 personnes en meurent chaque année.

Les sources de contamination de ces maladies sont le personnel et les visiteurs. La transmission semi-directe encore appelée *manu portée* représente la voie principale de l'infection nosocomiale. Différents travaux ont étudié le comportement des masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes face à la prévention de ce risque infectieux.

• **En 1997, Thierry Podevin** (IFCS de Bois-Larris, Croix-Rouge Française) étudie le comportement des M.K. face à la prévention des infections nosocomiales.

Un questionnaire, constitué de 45 interrogations, est adressé à 151 M.K. travaillant dans des hôpitaux publics ou privés à but non lucratif. À partir de l'analyse des résultats, Thierry Podevin démontre que les protocoles et les recommandations sur le lavage des mains et le port de gants, émis par les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), sont peu suivis.

En effet, seuls 46% des M.K. interrogés se lavent systématiquement les mains entre chaque patient. Le temps pris pour ce lavage des mains est insuffisant pour 74% d'entre-eux, et les produits utilisés sont souvent inadaptés aux actes de rééducation pratiqués.

D'autre part, 13% des M.K. interrogés ne portent jamais de gants, quel que soit le geste technique réalisé, et 18 % ne disposent pas de gants au sein du service.

L'analyse des réponses permet de mettre en exergue deux origines à ces comportements inadaptés :

- un manque de connaissances et d'informations au cours de la formation initiale et de la formation continue ;
- des équipements ou moyens insuffisants.

• **En 2000, Isabelle Majowski** (IFCS de Bois-Larris, Croix-Rouge Française) réalise une évaluation auprès de 20 professionnels d'un plateau technique de rééducation grâce à un questionnaire de 18 questions sur :

- les moyens mis à la disposition de l'équipe ;
- le protocole de lavage des mains ;
- la pratique du lavage des mains.

Les résultats obtenus mettent en évidence que :

- les conditions matérielles relatives au lavage des mains semblent requises. En effet, le nombre de points d'eau est suffisant même si leur emplacement n'est pas des plus pratique ;
- les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes méconnaissent le risque infectieux sur le plateau technique de rééducation et leur comportement par rapport au lavage des mains n'est pas rigoureux ;
- le lavage des mains, par lui-même, ne correspond pas au protocole recommandé.

D'autre part, il n'existe pas de procédure concernant la prise en charge des patients porteurs de Bactéries Multi-Résistantes (BMR). Le médecin recommande au cas par cas des mesures de protection (gants, masques et surblouses) afin de maintenir les activités sur le plateau technique de rééducation. Ce fonctionnement entraîne aux yeux du personnel des incohérences, ce qui nuit à la réalisation correcte des mesures préconisées.

À l'issue de son étude, Isabelle Majowski, en coordination avec le CLIN de la structure hospitalière, instaure un plan d'action sur un an comprenant :

- la diffusion des résultats du questionnaire ;
- une information sur la transmission *manu portée* ;
- une formation sur le lavage des mains ;
- et, à un an du début du plan d'action, l'évaluation des procédures associée à un audit.

• **En 2000, Hélène Cullin** (IFCS de Paris, Croix-Rouge Française) distribue 44 questionnaires sur l'hygiène et les infections nosocomiales au personnel d'un centre de rééducation. Son objectif est de tester la prégnance du lien entre *représentations* d'une part et *connaissances* et *comportements* mobilisés par les professionnels d'autre part.

La population testée est scindée en trois groupes :

- le *groupe 1* est constitué 18 personnes dont la formation comportait de l'hygiène hospitalière (infirmières et aides soignantes) ;
- le *groupe 2* est constitué de 12 kinésithérapeutes ;
- le *groupe 3* est constitué de 14 autres représentants d'autres professionnels de santé (ergothérapeutes, psychomotriciens, appareilleurs, médecins).

À l'issue de l'analyse des réponses, Hélène Cullin dresse une esquisse d'une vision kinésithérapique de l'hygiène qui se traduit par les caractéristiques suivantes :

a. La population soignante et la population M.K. n'ont pas la même représentation de l'hygiène : le groupe 1 a une conception duelle de type *hygiène-asepsie* et *hygiène-propreté* ; pour le groupe 2, les représentations sont de l'ordre de l'*hygiène-propreté*.

b. Les connaissances en hygiène sont insuffisantes pour les groupes 2 et 3 et par conséquent leurs comportements semblent incohérents.

c. On note une méconnaissance générale sur le problème des patients porteurs de BMR pour lesquels les pratiques sont incohérentes et en contradiction avec le concept de rééducation. Ces pratiques sont tantôt nulles par méconnaissance complète (groupe 2 et 3), tantôt excessives pour se protéger dont on ne sait quel danger (groupe 1).

• **En 2000, Hélène Dumas** (IFCS - section de rééducation de Montpellier) étudie la prévention du risque infectieux en balnéothérapie.

Une des hypothèses de départ posée par Hélène Dumas est "les connaissances des risques liés à l'eau dans les établissements de soins sont insuffisamment connues".

Pour y répondre, l'auteur exploite les résultats d'une enquête réalisée par la D.D.A.S.S. du Vaucluse sur "les conditions sanitaires des pratiques des activités de balnéothérapie", adressée à 98 masseurs-kinésithérapeutes et médecins de rééducation.

Cette enquête porte sur trois points :

- les troubles ressentis par les patients et les professionnels après les soins ;
- la qualité, les dimensions, l'aménagement, la sécurité et l'ergonomie des installations et des locaux ;
- la qualité physico-chimique et bactériologique des eaux de bassin.

L'analyse des réponses sur le premier critère, met en exergue une prédominance de troubles ophtalmiques à l'issue des séances de balnéothérapie. Les troubles cutanés sont également cités. D'autre part, 52% des réponses précisent que les patients ne passent pas sous la douche avant la séance.

Le questionnaire portant sur les installations et les locaux permet de préciser que dans plus de 50% des cas, les kinésithérapeutes assurent l'entretien courant du bassin. Les équipements sanitaires tels que cabines de déshabillage, WC et douches ne sont pas systématiquement présents sur le site de balnéothérapie.

La qualité bactériologique des eaux de bassin est pour 30% d'entre-eux non conforme. Cette non conformité est liée à un manque de désinfectant. Seuls 6% des bassins sont conformes physico-chimiquement et bactériologiquement.

Les risques en balnéothérapie sont donc réels mais souvent encore méconnus. Ils nécessitent d'être prévenus avec un gage de meilleure efficacité. Cette démarche implique l'ensemble du personnel ainsi que les usagers.

• **En 1999, Christophe Pawlowski** (IFCS de Bois-Larris, Croix-Rouge Française) réalise un audit qualité des mesures d'hygiène adoptées par les M.K. libéraux. L'enquête s'adresse à 230 professionnels en activité. 72 questionnaires sur les 80 renvoyés ont pu être traités.

Les résultats obtenus mettent en évidence :

a. Le manque de formation et d'information des professionnels dans le domaine de l'hygiène entraîne des comportements inadaptés. À titre d'exemples :

- 37,5% des M.K. interrogés ne portent pas de blouse lors des soins délivrés au cabinet ;
- 44,4% ne se lavent pas systématiquement les mains entre chaque patient. Lors des soins à domicile, ce chiffre passe à 65% ;
- 42,6% ne nettoient ni ne désinfectent régulièrement les tables de massage ou les appareils de rééducation.

b. La majorité des kinésithérapeutes libéraux pense que leur avenir passe par l'instauration d'une démarche qualité dans laquelle l'hygiène doit être prise en compte. 78% souhaitent que cette démarche soit instaurée et gérée par la profession elle-même. Il faudrait pour cela qu'une formation et qu'une information se développent en I.F.M.K., dans les revues professionnelles et en formation continue.

c. La baisse du pouvoir d'achat des MK libéraux est mise en avant lorsqu'on évoque la démarche qualité. Cette démarche entraînerait une augmentation des dépenses et une diminution des recettes si des investissements s'avéraient nécessaires. 16% des M.K. insistent sur le fait que le prix de la qualité justifierait une revalorisation des actes.

• **En conclusion**, ces différents mémoires soulignent le manque d'information, de sensibilisation et de formation des masseur-kinésithérapeutes sur la prévention et la surveillance des infections nosocomiales. Quel que soit le type d'exercice professionnel, le lavage simple des mains n'est pas encore réalisé systématiquement selon les recommandations du CLIN et ce malgré la mise en place de nombreuses formations.

D'autre part, les procédures de port de gants, de nettoyage du matériel et des tables de rééducation, ou de prise en charge de patients porteurs de BMR sont exceptionnelles dans les services ou les centres de rééducation.

L'amélioration de la prévention du risque infectieux reste non seulement un thème d'actualité dans la démarche qualité des structures délivrant des soins de rééducation mais aussi un réel problème professionnel quel qu'en soit le mode d'exercice.



Aude QUESNOT,
Responsable de la Chronique.
boislarris.crf@wanadoo.fr

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai débuté les études de masso-kinésithérapie en 1968 à l'école des Enfants-Malades à Paris. J'ai ensuite travaillé à l'Assistance Publique. L'hôpital Émile Roux (94) fut mon premier poste. À cette époque l'administration vous envoyait dans des coins relativement éloignés. J'ai donc connu la gériatrie de façon, il est vrai, très privilégiée puisque l'on m'avait affectée au secteur d'orthopédie, qui est un secteur vivant de la kinésithérapie, même en gériatrie. Là, j'ai fait connaissance avec le monde infirmier où les relations étaient excellentes mais néanmoins différentes, parfois opposées, dans le fonctionnement et la mentalité comme je l'ai retrouvé tout au long de ma carrière jusque maintenant. Même si nous avons des points communs, nous avons de grandes divergences.

Je ne souhaitais pas du tout rester à Émile Roux. La gériatrie m'a été d'emblée un monde difficile : je m'y suis retrouvée confrontée au parcours de fin de vie. Ce n'était pas la mort qui me dérangeait mais la déchéance de certains et le manque d'identité des personnes. Et c'est là où le côté infirmier/aide-soignant me dérangeait car toute identité de la personne, qu'on appelait "papy", "mamie", disparaissait.

Je ne supportais pas qu'on ne dise pas "Monsieur" ou "Madame". On oubliait tout à fait leur vie d'avant. On sentait chez eux une vie antérieure très intense et ils finissaient, au fil du temps, par entrer dans un système qui me rendait très triste : ils n'étaient plus eux-mêmes. Je n'ai pas souhaité continuer.

Qu'avez-vous alors fait ?

À cette époque, il y avait un médecin de rééducation et rhumatologue qui travaillait avec le Pr Massias à Bicêtre. Tous deux allaient participer à la prochaine ouverture de l'hôpital Antoine Béclère (92). J'ai donc postulé pour intégrer l'équipe de kinésithérapie. Et là, ça a été un événement extraordinaire puisque ce fut une ouverture d'hôpital avec tout ce que cela comporte. Nous avons tous l'obligation d'avoir une vingtaine d'année, à part quelques cadres trentenaires. Nous méconnaissions tout de l'ouverture d'un hôpital, du fonctionnement... tout était neuf. Même ce qui n'allait pas... C'était une aventure extraordinaire ! Les chefs de service étaient eux aussi très jeunes et c'était souvent leur premier poste. Il y avait une grande équipe de rééducation (orthopédie, rhumatologie, balnéothérapie, pédiatrie...) dont le chef de service était le Pr Massias, et une petite unité, celle du Pr Pariente, pour le

service de réanimation-pneumologie. J'étais en orthopédie, la fierté de la kinésithérapie !

Au bout de 6 mois, le Pr Massias a souhaité que tous les kinésithérapeutes changent d'affectation, qu'il y ait une mobilité au sein du service. Parfois ça n'était pas sans heurts... Je suis donc allée me promener, dirais-je, dans les services de réanimation et de pneumologie que je ne connaissais pas. Je savais qu'on y cherchait une kinésithérapeute. C'était un service où je n'avais pas l'impression que la kinésithérapie avait sa place. Je ne voyais pas à quoi ça servait ; ça me dégoûtait à la limite... Le mot est un peu fort mais je ne voyais pas la fierté de la kinésithérapie dans ce domaine. J'y suis allée plusieurs fois ; les "portes" ont toujours été ouvertes. Et un jour, le chef de service m'arrête dans le couloir et dit : "C'est vous la petite blonde qui voulez venir dans l'équipe ?" ; je lui dis "Oui, Monsieur, ça m'intéresse" ; "Bien, venez, si ça ne vous plaît pas vous partirez. De toutes façons, si ça ne me convient pas, je m'arrangerai pour que vous partiez, mais vous le comprendrez de vous même...". Le ton était donné. Je savais où je m'engageais et j'ai quitté le service de rééducation central sans heurts mais sans facilité pour l'avenir. Voilà comment j'ai atterri en rééducation respiratoire.

Mon parcours professionnel devient alors très proche du chef de service. Je découvre la réanimation et l'importance de la kinésithérapie en réanimation. J'y suis d'abord observatrice (j'ai beaucoup observé tout au long de ma carrière, beaucoup écouté et entendu, beaucoup regardé, beaucoup vu). Et là je me suis trouvée acteur en réanimation. Quand un patient fait un arrêt cardiaque, on ne reste pas dans la chambre sans rien faire. Là j'ai découvert le travail en équipe : que l'on soit cadre ou kinésithérapeute, on ne peut fonctionner les uns sans les autres. Il y a un rouage, il y a des liens qui nous unissent, même s'il y a des discordances. C'est toute une vie et c'est comme ça qu'on découvre que l'hôpital est un village,

une famille avec tous les inconvénients et avantages d'une famille. Il est très difficile de s'en détacher puisque les acteurs sont toujours intéressants, curieux, passionnants et vous apportent toujours quelque chose.

La rééducation respiratoire, je l'ai découverte grâce à Nicole Damfreville, kinésithérapeute dans le service du Pr Pariente, qui a toujours travaillé avec ses mains. Et là, la kinésithérapie avait son importance, je ne découvrais pas le matériel, j'étais dans le manuel, dans l'observation : regarder un malade, regarder son thorax, regarder son visage, sa respiration... Vous apprenez beaucoup en regardant les gens, en les regardant vivre. Vous pouvez alors moduler votre rééducation et la faire évoluer de façon constante. Avec en même temps la complémentarité médicale.

J'ai compris que dans le respiratoire, pour des actions précises, il y avait des résultats. Il a fallu me le démontrer car je n'y croyais pas. Je ne comprenais pas que quelques doigts sur un thorax puissent donner des améliorations immédiates alors qu'en orthopédie, en rhumato vous n'aviez pas cela. J'ai découvert l'efficacité et la rapidité de la kinésithérapie. Cela de façon imparable, c'est-à-dire que s'il y a échec, vous vous dites "*ou c'est moi ou c'est un problème médical : l'antibiothérapie n'est pas adaptée par exemple...*", mais vous arrivez à trouver pourquoi il y a échec, alors que vous ne savez pas forcément dans une autre spécialité de la rééducation. Vous devez alors vous remettre en question.

On n'est pas seul non plus.

Dans ce service, où nous étions très proches les uns des autres, il y avait sans arrêt des discussions. Lors de visites, on demandait au M.K. pourquoi il n'y avait pas de résultats, pourquoi le malade n'allait pas mieux, toujours *pourquoi*, pourquoi, pourquoi... J'ai donc été amenée à m'interroger sans cesse et à répondre. Là j'ai appris aussi qu'on ne pouvait jamais répondre à un chef de service "*Je ne sais pas*".

Ils ne supportent pas. Ils sont tout à fait capables d'entendre des réactions, des réflexions, de dire qu'on n'est pas d'accord, mais il faut toujours argumenter. Et dès le moment où vous pouvez argumenter cela veut dire qu'il y a échange. Car si vous n'avez pas d'échange avec le médecin, avec votre cadre ou même avec vos agents lorsque vous êtes cadre, vous vous heurtez à de gros problèmes de fonctionnement. Vous retrouvez cela tout au long de votre carrière.

Le chef de service, constamment présent, était très demandeur. Nous étions très proches de lui. Nous faisons des gardes tous les 15 jours que nous ne récupérons pas dans l'immédiat. On n'aime pas la formule de *mandarin*, mais ce sont des gens de grande valeur, des gens de respect parce qu'ils sont là, près du malade dont il connaissent tout. Pour rester dans le service, il faut donc rentrer dans le système. Si vous ne voulez pas, si vous vous voulez travailler seul, vous ne pouvez pas y rester donc vous partez.

Pour rester dans ce service qui recevait des stagiaires, j'ai été obligée de m'investir dans la pédagogie, dans la formation. Trois jours par ci, par là. Ensuite cette formation est devenue un enseignement théorique et pratique de la rééducation respiratoire au sein de l'AP-HP. Moi qui n'étais pas venue pour cela, je me suis très vite trouvée dans ce rôle à expliquer le *pourquoi* du *comment* et dire que la pneumologie est une histoire de logique que tout MK peut pratiquer à condition de ne pas faire n'importe quoi.

Et comment êtes-vous devenue alors cadre ?

Quelques années plus tard, après avoir "tourné" sur différents services d'Antoine Béclère, le Pr Pariente m'annonce son prochain départ pour à l'hôpital Beaujon (92). La veille de son départ, je vais dans son bureau : "*Je souhaiterais vous suivre*". "*Vous y avez mis le temps...*" me répond-t-il "*Ce n'est pas à moi, mais à vous à décider de votre propre chef, mais*

j'attendais ce moment". Un mois plus tard, j'étais à l'hôpital Beaujon dans son service. Ce fut assez difficile car c'était un hôpital avec 8 services de réanimation où les kinésithérapeutes ne faisaient pas de gardes. Ce chef de service arrivé, tout l'hôpital a dû faire des gardes. Il y a eu de gros, gros problèmes dans l'équipe et j'ai été visée en première ligne d'emblée. Toujours kinésithérapeute, j'ai dû affronter une équipe d'une vingtaine de personnes. Vous imaginez les difficultés... À chaque fois qu'il y avait une exigence de ce chef de service de grande notoriété, j'étais toujours impliquée.

Avec Éric Tualy, j'ai poursuivi mes actions de formation au sein de l'AP-HP. Nous avons mis en place, avec d'autres collègues, la formation des kinésithérapeutes en réanimation. J'ai pu alors former les 8 services de Beaujon. À la suite de cela, nous avons organisé le congrès de Réanimation de la S.R.L.F., dont je fais encore partie actuellement du conseil scientifique. Le service recevait régulièrement des personnes de l'extérieur, des stagiaires M.K., certains cadres en formation.

J'ai ensuite participé à la première transplantation pulmonaire, une grande aventure pour l'AP-HP dont nous avons récemment fêté les 10 ans. Le chef de service partant en retraite, je me suis dit que c'était peut-être le moment de devenir cadre. J'en assumais déjà les responsabilités organisationnelles, diplomatiques, pédagogiques (aussi même au titre de la coopération en Tunisie) et bien que je n'en avais jamais éprouvé le besoin, j'ai compris que je ne pouvais pas rester kinésithérapeute. Je suis devenue surveillante. Trois ans plus tard, sous les incitations de personnes de qualité de l'AP-HP, notamment Messieurs Galienne et Dufey, j'ai préparé le concours sur titre de cadre supérieur.

J'ai alors quitté le service, car à un moment donné il faut savoir prendre du recul, tirer un trait. On ne peut pas toujours être ce que l'on a été, on perd un peu sa place. Mais je

ne quittais pas la kinésithérapie car j'ai fonctionné en compagnonnage, c'est-à-dire que d'autres confrères continuent jusqu'à maintenant et m'invitent dans un réel esprit de famille.

Et votre nouvelle vie de cadre supérieur ?

Ma première expérience de cadre supérieure s'est faite, involontairement de ma part, sur Ambroise Paré qui était un site connu pour ses grosses difficultés (il ne participait plus au Diplôme d'État)... J'ai dû, avec une méconnaissance totale du métier de cadre supérieur, faire fonctionner un service qui n'avait plus de cadre depuis quelques temps. D'emblée, j'ai annoncé que je ne souhaitais pas venir dans cet hôpital. Les gens n'avaient qu'à fonctionner. Je ferai tout ce que je pourrais ; on travaillera en équipe ; je serai transparente. Il y aura une règle du jeu qu'ils seront obligés d'accepter. Je les protégerai, j'argumenterai mais je serai intransigeante sur certaines choses. Donc j'étais aussi concernée qu'elles : elles étaient acteurs et moi cadre sup.

Je suis allée voir tous les chefs de service pour leur demander ce qu'ils attendaient de l'équipe. À partir de là, j'ai travaillé en osmose avec elles. Nous sommes devenus au bout d'un an le premier site à faire passer le Diplôme d'État. Il y avait une grande motivation et je crois que toute l'équipe m'a suivi en sachant qu'elles étaient aussi concernées que moi et qu'elles resteraient probablement à Ambroise Paré plus longtemps que moi.

Au bout d'un an, je suis sollicitée par l'hôpital de Garches pour présenter ma candidature en pédiatrie. J'ai mis personnellement beaucoup de temps pour me présenter. Ayant eu des expériences difficiles avec les enfants au début de ma carrière, je ne voulais pas aller en pédiatrie. Un enfant est là pour jouer et j'ai beaucoup de mal à le voir malade. De plus, j'entrai dans une structure de *handicap*, un monde que je ne connaissais pas, avec une équipe d'une trentaine de personnes de métiers différents, une structure à mettre en place, un déménagement, une restructuration... C'est ce challenge qui m'a décidé pour présenter ma candidature.

Qu'est-ce qui caractériserait votre mode d'encadrement, votre style de gestion ?

C'est d'abord être très proche de l'équipe. Je ne suis pas quelqu'un qui fait des réunions toutes les semaines, point par point... Mon principe de fonctionnement est d'éteindre les feux régulièrement, c'est-à-dire que je n'attends pas l'évaluation d'un agent pour régler des problèmes. Quand il y en a, on les règle coup par coup. Ça se passe dans mon bureau : si il y a un souci important, on parle très franchement sans tourner autour du pot. Par contre, il n'y a pas de traces dans le dossier personnel. Si l'agent ne convient pas à un service, on trouve avec lui une autre direction pour changer d'équipe, de secteur... C'est toujours une discussion, une négociation à la limite. Il y a parfois eu aussi des départs.

Il y a donc beaucoup de communication entre nous. Au départ, il y a une règle du jeu que j'explique : nous sommes tous une équipe (je tiens cette notion depuis le début de ma carrière) avec besoin de respectabilité, de reconnaissance et d'identité.



FRANCO & FILS

C O N C E P T E U R

DEPUIS 1955

N°1

TABLE ÉLECTRIQUE

CATALOGUE SUR DEMANDE

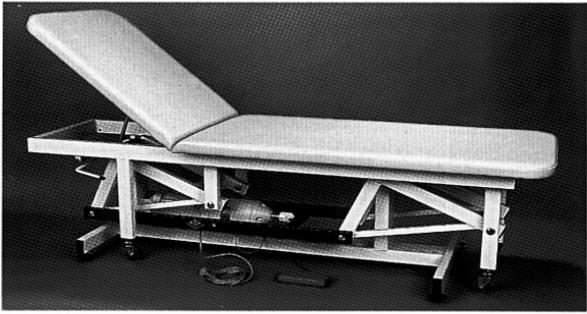
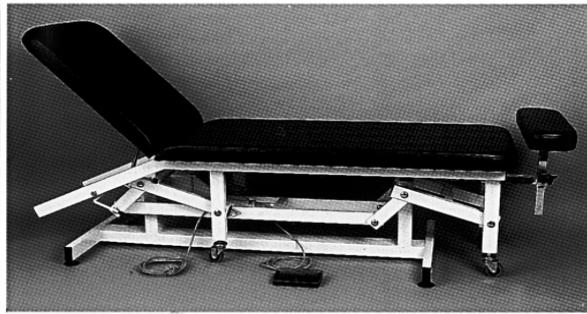
LONGEVITÉ :
Articulations montées sur paliers anti-usure.

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

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 POUQUES-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

Chacun a sa place : on ne fonctionne pas seul. Je ne fais pas fonctionner le service toute seule : il y a des kinés, des secrétaires, des aides-soignantes... Chacun a sa place mais à sa force, sa responsabilité, sa position et le service ne peut fonctionner que si tout le monde y participe.

Ensuite, je laisse une certaine délégation de confiance à chacun mais je ne veux pas de triche. Je n'aime pas la triche. On discute, on voit s'il y a besoin d'un certain nombre d'heures par exemple, s'il est arrivé quelque-chose à la maison... Il faut quand même être large : c'est un travail, c'est une discussion entre individus. Mais ils savent très bien qu'il y a des objectifs dans un service, j'ai une mission pour l'année.

Pour manager et organiser un service, le point important c'est d'observer au quotidien le fonctionnement, de savoir qui fait quoi, pour argumenter auprès du chef de service si on envisage de diminuer ou déplacer des postes. C'est mon moyen d'être combative au quotidien. J'essaie d'avoir un maximum de retours ce qui n'est pas évident puisqu'en général la communication et la transparence ne sont pas spontanées.

Je pense aussi qu'il faut être soi-même, être honnête envers les autres. Là, les gens vous parlent et se confient. Je travaille aussi dans le prévisionnel, ce qui m'évite de me retrouver à brûler pourpoint sans réponse. J'essaie d'avoir un éventail de questions et réponses et de m'intéresser à la politique de l'établissement, ce qui aide à s'orienter.

Je retrouve d'ailleurs ces différents principes dans La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute de janvier 1999 où Mr Lionel Bérenger déclinait 7 conditions pour un mental fort.

Qu'est-ce qu'un cadre supérieur peut améliorer dans cette grosse maison qu'est l'AP-HP ?

Le cadre supérieur, il est vrai, a du pouvoir sans en avoir pour améliorer l'organisation, la reconnaissance de la kinésithérapie... Il a la possi-

bilité de faire énormément de choses. Il y a un travail énorme, mais on peut le faire, je crois. Nous avons des moyens pour faire reconnaître la kinésithérapie aussi bien auprès des médecins qu'auprès de l'administration. Mais au fil de votre carrière, vous vous apercevez aussi que dans différents domaines, un cadre supérieur peut très bien ne pas exister, ne pas avoir de reconnaissance, d'être gestionnaire à petit niveau, de rester dans son bureau ou dans le service de rééducation, de ne pas ouvrir son service...

Certains restent pessimistes quant à la marginalisation des M.K. au sein de l'hôpital. Qu'en pensez-vous ? Quels conseils donneriez-vous ?

Il est vrai que les kinésithérapeutes dans l'ensemble ne bougent pas, restent assez souvent dans les services de rééducation, continuent leurs prestations, ne vont pas toujours au-delà et ne sentent pas forcément le danger actuel. Faut-il se rassembler ? Devenir des services centraux ? Des équipes plus importantes où l'on mêlerait tous les métiers de la rééducation. Oui effectivement, je crois que c'est une voie. Tous les rééducateurs devraient s'unir actuellement et le plateau technique serait plus important. Est-ce une ouverture ? Peut-être, peut-être pas. Mais je crois que la rééducation ne doit plus rester dans un tout petit domaine. Chaque cadre, chaque kinésithérapeute devrait, peut-être grâce à la personnalité de certains, se mettre en avant et s'inscrire dans les instances administratives et dans le fonctionnement de l'établissement public. Peut-être que notre place se situera autrement alors. J'en suis persuadée. De toutes façons, il faut s'ouvrir par rapport au fonctionnement d'il y a une dizaine d'années...

Ici, nous avons la chance d'avoir 5 surveillants généraux, énormément d'ergothérapeutes, d'orthophonistes... il y a un gros plateau de rééducateurs, ce qui n'est pas le cas partout. Nous avons sollicité une audience auprès du directeur pour lui affirmer que nous existions, nous avons peut-être un

problème d'identité puisque nous n'étions pas, en règle générale, réellement concertés. Très gentiment, il nous a accueillis, il a très bien entendu ce que nous souhaitions, et depuis cette entrevue nous nous réunissons avec les représentants de toute la rééducation, pour échanger des informations et mettre des projets en place.

Je ne pense pas qu'on puisse continuer seuls au sein du système hospitalier : on sera étouffés ou inexistants.

Comment vivez-vous l'actuelle et forte orientation des hôpitaux vers la qualité ?

Chacun doit se responsabiliser en faveur de la démarche qualité qui concerne tous les acteurs d'un établissement. Nous devons faire évoluer notre démarche kinésithérapique pour le bien-être du patient. L'écrit est important. On ne doit plus rester dans l'oral. J'ai inscrit cette démarche dans le projet de rééducation de cette année qu'il convient de décliner en fonction des différents secteurs avec des moyens divers.

Et individuellement en tant que kiné dans une structure, comment peut-on s'améliorer ?

Dans une structure, il doit y avoir des compléments entre les prestations hospitalières avec des échanges extra-hospitaliers. La formation permet une très grande ouverture, quelle qu'elle soit : professionnelle, éthique... Par contre, elle doit être complétée par des échanges inter-hospitaliers mais aussi par une certaine mobilité. C'est-à-dire que la mobilité de la carrière d'un kinésithérapeute est pour moi indispensable. Vous avez toujours des ouvertures et des relations entre individus dès le moment où vous avez des échanges intra ou extra-professionnels. Et tout cela grâce à la formation. Je trouve un peu restrictif de mener toute une carrière sur un même service, avec des formations dans un seul secteur, sans échanges. Le manque d'ouverture peut être lourd de conséquences.

Entretien : Michel GEDDA

COURRIER

François LE MAREC,



Cadre Kinésithérapeute enseignant
Kiné Concept Institute Maritimes
495 Propect st. Fredericton,
NB, E3B 9M4 Canada (flemarec@yahoo.com)

Tribulations d'un C.S.K. dans l'immense forêt (culturelle) canadienne...

Liens entre relation au corps et enseignement en masso-kinésithérapie dans une culture étrangère.

CONTEXTE

Avant d'aborder l'expérience professionnelle, plantons le décor. J'ai la chance de vivre, par choix, au Canada. J'exerce actuellement ma profession de cadre M.K. comme enseignant au sein d'un institut de formation en massothérapie à Fredericton, dans la province du Nouveau Brunswick, à l'extrême Ouest du Canada. L'article qui suit a pour objet de relater quelques expériences, mais surtout divers questionnements relatifs à l'exercice d'une mission d'enseignement au sein d'une population vivant dans une culture différente de notre propre culture d'origine.

CONSTATATIONS

Bien des choses ont été écrites sur les obstacles culturels qui se présentent devant les formateurs en santé exerçant dans le cadre de missions humanitaires au sein de pays qu'il est coutumier d'appeler "en voie de développement". Ici nous parlons d'autre chose, d'une culture de pays industrialisé, constituant avec le puissant voisin - les USA - un groupe de deux pays ayant fondé¹ une culture spécifique qualifiée de *post-moderne*². À l'évidence, il y a moins de différence entre le fonds culturel européen et son équivalent nord-américain, qu'avec celui de bien d'autres pays au monde. Que l'on songe à certains pays d'Asie ou d'Afrique où l'univers culturel est radicalement différent.

Ici, en Amérique du Nord, le *background culturel*³ est donc relativement peu différent. Nous sommes en présence d'une culture tout autant technologique et scientifique, si ce n'est plus, que la culture française.

1 : Il existe bien des différences culturelles entre le Canada et les USA, en particulier avec le Canada francophone lui-même hétérogène. Les deux pays forment cependant un groupe culturel vivant au sein d'un même ensemble nord-américain qui, en première approximation, peut être appréhendé dans son ensemble par un européen.

2 : Voir à ce sujet l'excellent article du Monde Diplomatique de février 2001.

3 : Il ne semble pas qu'il existe en langue française d'équivalents adéquats pour cette expression très utilisée ici. Le *background culturel*, c'est tout ce qui, d'une façon consciente ou non, forme et forge vos structures mentales et représentations du monde (et du corps, bien entendu) et qui est lié à la culture.

Ce ne sont donc pas les représentations du corps qu'il nous faut interroger pour comprendre où sont les différences, puisque les média ont, semble-t-il, suffisamment largement diffusé le discours scientifique pour que la population soit imprégnée de façon au moins latente des connaissances scientifiques d'anatomie qui seront ensuite requises des futurs professionnels.

Le problème se pose plutôt en termes de rapport au corps, de relation avec celui-ci dans une culture où le lien avec la composante sexuelle en particulier est radicalement différent de ce qu'il est en Europe occidentale. Dans un métier comme le nôtre, il est clair que le rapport au corps, son propre



corps (et partant le corps de l'Autre, qu'il soit nommé *patient* comme en France ou *client* comme au Canada francophone⁴), est une donnée fondamentale de la culture qui influe grandement sur la façon de vivre et de percevoir sa profession. Il me semble d'ailleurs, mais ce point demanderait débat, que l'une des fonctions des IFMK est, de façon totalement implicite, de "libérer" les futurs professionnels de relations difficiles avec leur propre corps qui viendraient entraver leur exercice professionnel. Cette vision semble d'ailleurs, de façon tout aussi inconsciente, partagée par les étudiants. J'en tiens pour preuve le côté ouvertement sexualisé des bizutages qui ont (ou avaient) cours dans nos instituts.

Ici, rien de tel : de tels rituels initiatiques - car c'est bien de cela qu'il s'agit - sont tout simplement *inconcevables* au sens premier du mot, toute tentative se solderait d'ailleurs par de sérieuses conséquences judiciaires pour leurs instigateurs. L'Amérique du Nord, peut-être sous l'influence du puritanisme anglo-saxon, est incroyablement prude aux yeux d'un Européen. Le corps y est présenté, exposé à satiété au travers des différents média écrits ou audiovisuels, mais de façon étonnante, surtout sous l'angle d'un capital à préserver, d'une machine à entretenir. Ainsi, tout professionnel européen⁵ qui entend enseigner ici se doit de s'adapter, de "se faire" aux façons de faire et penser qui prévalent dans son nouvel environnement.

S'ADAPTER ?

Qu'est-ce donc que *s'adapter*, si ce n'est accéder aux représentations culturelles de l'autre ? L'enseignant doit donc, en partant de son propre univers culturel, décoder l'univers de l'Autre en faisant la part de l'individuel et du particulier, en tentant de comprendre

4 : Non que cette nuance sémantique soit sans importance, puisque le regard que l'on porte sur celui qui souffre (le patient) et celui qui paye (le client) ne peut être le même, mais elle n'est pas dans notre propos ici.

5 : Le mot *européen* est utilisé ici en partant du principe que la situation décrite est due au choc de deux cultures, l'une Ouest-européenne et l'autre Nord-américaine, et non d'une simple alternative France/Canada.

ce qui est véhiculé par le champ professionnel et ce qui l'est par la société elle-même. Il est, par exemple, très probable que la relation au corps qu'entretiennent les kinésithérapeutes français soit passablement différente de celle de l'ensemble de la population de l'Hexagone, bien que cette dernière ait très certainement une influence prépondérante sur l'approche des professionnels.

Donc, il s'agit de comprendre comment l'Autre fonctionne, le comprendre *du dedans* pourrait-on dire. Il va s'agir pour le formateur d'acquérir les mêmes réflexes que ses étudiants (sans pour autant quelquefois en partager le bien fondé, d'ailleurs) les mêmes références, en réalité d'accéder au même référentiel culturel qu'eux. Et tous ceux qui ont été confrontés à cette situation connaissent les difficultés de ces va-et-vient incessants entre ces référentiels culturels, mouvements qui sont le lot de tout expatrié et qui surprennent d'autant plus que l'on ne les attendait pas vraiment. Mais il s'agit de le faire sans rien perdre de ce que nous sommes, et ce d'autant plus que nos connaissances professionnelles, celles-là même que nous avons pour mandat de transmettre, se sont construites dans un environnement culturel prédéterminé par notre culture d'origine, par l'endroit et l'époque où nous les avons acquises.

Un problème se pose cependant. Puisque, en tant qu'Européen je pense comme un européen, je pense *en européen*, comment puis-je comprendre en profondeur *comment* pense l'étudiant canadien qui reçoit mon discours dans son propre background culturel, d'autant plus, pour tout clarifier, que je m'exprime en anglais (langue dans laquelle j'enseigne ici)...

Il me semble parfois ne pouvoir véritablement pénétrer la tête de l'Autre, puisque justement mes outils intellectuels, tellement marqués par ma culture, me limitent à la superficie de son expérience culturelle. Le problème prend toute son acuité quand il s'agit de la relation au corps, de la sexualité qui est, sans doute par essence, du domaine du non-dit et en quelque sorte matière à non-débat. La où un franc débat pourrait sans doute aider à clarifier⁶ les choses et les perceptions réciproques, leur culture justement oppose des réticences majeures pour aborder ce sujet sereinement de front.



6 : Sous réserve qu'aborder le débat ne soit justement pas pris pour un signe de déviance sexuelle de la part des interlocuteurs canadiens...

APPENDICE

Les deux images "clip-arts" illustrants ce propos sont obtenues si l'on lance une recherche sous la rubrique massage sur le site de téléchargement de Microsoft® (www.microsoft.com). Elles ont à mes yeux valeurs de documentaires en ce sens qu'elles sont particulièrement explicites dans la description de ce qu'est, pour les nord-américains, un massage politically correct. Le client est couvert d'un drap de la tête au pied, ou tout simplement tout habillé.

PISTES DE RÉFLEXION / ACTION

Quelles conséquences pratiques tirer de ces considérations ? Peut-être des évidences mais d'abord et avant tout qu'il semble important de mettre la discussion sur la place publique, partant du principe qu'il est quasiment toujours salubre d'explicitier les différences. Il est à mon avis plus que souhaitable de pouvoir dire *qui* nous sommes en tant qu'individus issus d'une autre culture, ce qui aura pour conséquence première d'ouvrir le débat et d'éviter les malentendus. Il faut en effet garder présent à l'esprit que ces derniers peuvent être fréquents, surtout dans une population si sensible à ce qui peut être perçu comme violence faite à autrui, le très célèbre désormais harcèlement sexuel⁷.

Deuxièmement, il importe d'être extrêmement attentif aux réactions des étudiants, réactions qui en disent long sur leurs peurs, leurs interrogations et leur relation avec leur propre corps et partant celui de leurs futurs clients. Prenons un exemple. Cette semaine une étudiante m'a dit, parlant de l'examen analytique de la force musculaire du pectoralis major⁸ que ce muscle était impalpable. À la question du *pourquoi*, elle m'a répondu que le pectoralis major ne pouvait être palpé car recouvert par le sein⁹. Comme s'il était des endroits où il était absolument défendu d'approcher ses mains, sous peine de... Sous peine de quoi d'ailleurs, le sait-elle elle-même ? J'ai dû alors déployer des trésors de pédagogie (disons plus humblement que j'ai tenté de le faire) pour lui expliquer que l'on pouvait palper le pectoralis major en dehors de la zone du sein, sans pour autant se rendre coupable de harcèlement sexuel.

7 : L'un des principaux ouvrages canadiens de référence en massothérapie commence d'ailleurs quasiment par : "*Le toucher, et par conséquent la massothérapie, est une forme de stimulation sensorielle et peut avoir une composante de relation intime. Pour certaines personnes, un contact si rapproché est clairement associé à une interaction sexuelle. Cependant il n'y a pas de place pour l'interaction sexuelle dans un traitement de massothérapie*" (Massage therapy, an approach to treatment. F.S. Rattray, Published by the massage therapy texts, Toronto, 1995., p. 21).

8 : Les nord-américains ont la bonne idée d'utiliser la nomenclature internationale d'anatomie. Il s'agit du *grand pectoral*, on l'aura compris.

9 : Les Anglophones apprécieront en quoi les mots qu'elle a d'ailleurs utilisés "covered by breast tissue", parlant du "tissu du sein" tendent à réintégrer l'objet érotique (le sein) dans le champ de la science histologique (le tissu)...

Il est une troisième voie pertinente, à mon avis, à explorer dans ce type de situation. Face à ce genre de réticences, il est extrêmement utile de se placer dans une position de thérapeute pour être au contact¹⁰ de la population traitée. Ainsi, on peut en toute liberté explorer avec prudence les réactions des patients/clients face à l'approche du corps. On apprend aussi par la même occasion... à faire un bilan postural à une femme qui a gardé ses vêtements¹¹ parce qu'il n'est guère envisageable de faire autrement. Ce que l'on a pu observer ou comprendre *in situ*, en situation thérapeutique, vient alors éclairer les situations d'apprentissage d'un jour nouveau, plus proche des réalités culturelles locales.

Cela a aussi un énorme avantage : celui de permettre de discerner ce qui fait la spécificité de sa propre approche. Si mes étudiants sont différents de moi dans ma relation au corps et que leur attitude me surprend, il doit en être de même pour eux. En me mettant volontairement (mais précautionneusement et avec une bonne assurance...) en position de thérapeute dans une population culturellement différente, je suis mieux à même de comprendre quelle est la spécificité de mon approche du corps.

QUEL VOYAGE ?

Pour finir, on peut donc dire que, quoi que l'on ait pu lire ou apprendre auparavant, rien ne préparera le cadre exerçant ses fonctions dans un environnement culturellement étranger au fait d'enseigner à une population pour qui les attitudes envers le corps sont chargées de signification radicalement différente. Il n'est pas besoin pour éprouver ce genre d'interrogation d'exercer dans des pays en situation de crise, ce que d'ailleurs je ne voudrais dénigrer en rien, bien au contraire. En Amérique du Nord, entre un MacDonald's et l'immensité de la forêt habitée par les ours, il est des choses qui surprennent encore. À chacun de trouver des voies pour faire face au choc culturel, je n'ai pour ma part d'autre ambition que de poser quelques questions.

10 : Sans vouloir faire de jeux de mots de mauvais goût, c'est bien de *degré de contact* qu'il s'agit.

11 : Il est parfaitement incorrect ("inapproprié" dirait-on ici) de regarder une femme en sous-vêtements. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'on ne rentre dans la pièce de traitement qu'une fois que le (ou la) client(e) a retiré ses vêtements et s'est glissé(e) sous un drap que l'on pliera soigneusement pour n'exposer que la partie traitée (voir images jointes).

■ Cadrekinet.net

Les critères de qualité d'un site Internet ou l'histoire de *Pierre et le loup* ou *du roi et du devin*.

Internet est un moyen puissant pour faire circuler de l'information multimédia. La difficulté est de pouvoir discriminer ce qui est *pertinent* de ce qui est *douteux*. Que ce soit par E-Mail ou en visitant des sites web, il est nécessaire de développer de nouveaux réflexes.

Les personnes qui possèdent une adresse électronique sont parfois alertées par des messages dont le titre est : "*attention*", "*important*", "*faire suivre ce message urgent*", "*recevez un téléphone portable gratuit*"... Évidemment, le titre accrocheur entraîne l'internaute à lire le message. Pour les messages importants, le texte décrit en général une situation grave :

- "*faites attention en vous asseyant au cinéma, des aiguilles infectées du virus du SIDA ont été placées sur les fauteuils*" ;

- "*un virus informatique très dangereux est en circulation et personne ne sait comment le combattre ; n'allumez pas votre ordinateur pendant les prochaines semaines*" ;

- "*un virus informatique très dangereux est en circulation et personne ne sait comment le combattre ; il s'appelle ... et détruit toutes vos données*" ;

- "*ce message est d'une grande importance, faites le suivre : il contient des informations qui vont vous apporter du bonheur dans les prochaines semaines, excepté si vous le détruisez*" ;

- "*promotion unique : faites suivre ce message à 20 personnes et envoyez une copie de vos E-Mail à la société Tartempion. Vous recevrez en cadeau un téléphone portable WAP dernière génération*".

Ces messages (ici volontairement raccourcis) sont tous des supercheries. Ils ont comme principe d'essayer d'être diffusés largement, pour que l'auteur en retire une certaine satisfaction... Parfois il s'agit de congestionner les messageries de grosses sociétés.

Il est très simple de manière électronique de sélectionner tout son carnet d'adresse et d'envoyer un message à tous ses correspondants (cela prend quelques secondes, contre des heures par téléphone ou par courrier...) ; du coup, les petits malins en profitent !

Attention à ces messages. En général, il faut vérifier l'information et se poser des questions : Est-ce que je connais l'auteur ou a-t-il seulement transmis un message ? Avez-vous entendu parlé de ces rumeurs dans d'autres médias ? Avez-vous visité un site antivirus pour savoir si le virus dont on parle est vraiment en circulation (ils observent le réseau 24H/24, et vous, vous arrivez à avoir l'information avant tout le monde !?).

Bref, méfiez-vous des diffusions de carnet d'adresses entiers... jusqu'au jour où cela sera vrai, à force de crier au loup, plus personne ne croira le message (vive *Pierre et le loup* !).

En ce qui concerne les sites de santé sur Internet, différents organismes ont élaboré des critères de qualité de l'information. Le site Health Information Technology Institute (HITI) est une association Nord-Américaine à but non lucratif dont la mission est d'utiliser les technologies de l'information pour améliorer la santé. Leur travail sur le thème de la qualité des informations de santé sur Internet est particulièrement intéressant et ils ont élaboré une liste de critères et de sous-critères de qualité de l'information.

CRITERES DE QUALITÉ	SOUS-CRITERES
Crédibilité	<i>a</i> : Source ; <i>b</i> : Contexte <i>c</i> : Actualisation ; <i>d</i> : Pertinence/Utilité <i>e</i> : Procédure éditoriale
Contenu	<i>a</i> : Exactitude ; <i>b</i> : Niveaux de preuve <i>c</i> : Précision des sources originales <i>d</i> : Dénégations ; <i>e</i> : Omissions notées
Présentation du site	<i>a</i> : Buts du site ; <i>b</i> : Profil du site
Liens	<i>a</i> : Sélection <i>b</i> : Architecture ; <i>c</i> : Contenu <i>d</i> : Moyens de retour et description
Conception	<i>a</i> : Accessibilité <i>b</i> : Organisation logique (navigabilité) <i>c</i> : Moteur de recherche interne
Interactivité	<i>a</i> : Mécanisme de retour d'information <i>b</i> : Forums de discussion <i>c</i> : Explication de l'algorithme
Avertissement	<i>a</i> : Alertes

Vous pouvez consulter la déclinaison de ces critères sur le site de la DGS : <http://www.sante.gouv.fr/hm/point-sur/qualite/objectifs.htm> ou bien directement sur <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/qualite/liste-criteres.htm>.

Ces critères sont surtout utiles pour évaluer les sites les uns par rapport aux autres. Par contre, ils sont difficiles d'utilisation pour des sites où se pratique le "charlatanisme". Le docteur Stephen Barrett a mis en place un site "Quackwatch" : <http://www.quackwatch.com>. C'est une corporation à but non lucratif, qui a comme mission de faire connaître à la population la fraude et de la combattre. La fraude existe dans le domaine de la santé, et est présentée comme mythes, vagues, pratiques ou traitements douteux ou complètement faux.

Une traduction en Français a été effectuée par John Weisnagel qui est aussi docteur en médecine (au Canada) : <http://www.allerg.qc.ca/quackwatchfrançais.html>. Ce site expose des faits sous un œil critique. À voir, car c'est un travail ardu de communiquer sur ce sujet.

La difficulté de reconnaître l'information de qualité est un problème qui se pose aussi lorsque l'on rencontre ou l'on entend des professionnels parler de techniques plus ou moins expérimentales.

Si l'on critique la personne, il nous est reproché d'être trop étroit d'esprit ; si l'on accepte l'information, il nous est reproché d'être trop naïf. Chacun repartant de son côté

avec un regard méprisant et souvent une pensée commune : "laisse tomber, il est trop c...!".

Le problème est de savoir que chacun a toujours une chance d'avoir raison.

Une histoire célèbre peut illustrer ce propos. Au Moyen-Âge, un roi devait aller rendre visite à un autre roi dans une région hostile. Tous ses conseillers lui disaient de ne pas s'y rendre car c'était trop dangereux, tous excepté un : "son devin". Il lui prédit les plus beaux accords dans les osselets sacrés. Le roi décida d'aller à la rencontre de son homologue. Il fut immédiatement capturé et dû payer une rançon importante pour se libérer. À son retour, furieux, il demanda qu'on aille chercher son devin. Il appela en même temps le bourreau et fit préparer le billot. Le roi demanda alors au devin "cher devin connais-tu ton avenir car moi je pense le connaître?". Le devin regarda le roi calmement et lui répondit : "non, Majesté, je ne connais pas mon avenir, par contre je sais que vous mourrez trois semaines après ma mort!". Le roi perplexe renonça à la condamnation du devin, et préféra le garder à ses côtés, sans jamais plus lui demander de lire l'avenir.

Cette histoire reflète bien toute l'indécision humaine, car, dans toutes les situations celui qui dit quelque chose a parfois raison.

Dans le domaine de la santé, il faut faire des choix qui peuvent s'avérer vitaux. La solution statistique est utilisée. Le choix est celui qui comporte le moins de risque ou le plus de chances de réussite. S'il arrive au thérapeute de sortir de ce schéma, il prend des risques, parfois pour obtenir un meilleur résultat (jouer au loto peut rapporter des millions).

Et vous, si vous étiez le patient, quel choix demanderiez-vous ? Prendre un risque qui a peu de chance de réussite, mais qui peut obtenir un meilleur résultat ? ou ne pas prendre de risque et avoir un résultat moyen ?

La médecine (cancérologie, cardiologie...) a fait son choix en se basant sur le moindre risque et en utilisant les résultats statistiques des thérapeutiques utilisées. La vie du patient en dépend. Pour les thérapeutiques ne mettant pas en jeu le pronostic vital, la décision d'utiliser les résultats statistiques n'est consensuelle ni au niveau des professionnels ni au niveau des patients. L'écart entre les spécialités de pointe (où vont les crédits de recherche) et les thérapeutiques expérimentales ne fera que s'accroître.

Espérons que le brassage des informations sur le net puisse aider chacun à confronter ses idées à un maximum d'autres personnes.

Cela évitera l'isolement...



Pierre TRUDELLE,
Responsable de la Chronique.
p.trudelle@wanadoo.fr

■ DOCUMENTATION

Quelques rappels sur la recherche booléenne.

La recherche booléenne s'effectue en utilisant les opérateurs suivants : **OU** (OR) ; **ET** (AND) ; **SAUF** (NOT) auxquels on peut rajouter **PRES DE** (NEAR).

Ils ont été inventés par Georges Boole, mathématicien britannique, initiateur de la théorie des ensembles.

Lors d'une recherche documentaire, ils permettent de combiner les descripteurs, les mots ou groupes de mots afin d'affiner cette recherche et de la rendre la plus pertinente possible.

- Le **ET** (AND) est un opérateur d'intersection. Il relie les mots que l'on souhaite retrouver ensemble dans les documents issus de la recherche. Il est indispensable pour une recherche très ciblée.

Exemple :

- *Question :* Documentation **ET** Informatique.
- *Réponse :* Les documents obtenus contiendront obligatoirement les deux mots.

- Le **OU** (OR) est un opérateur d'union qui ouvre la recherche, il unie les mots (souvent synonymes ou de sens proches) que l'on retrouvera dans le document de façon individuel ou ensemble. Il est utile lorsque le sujet de recherche n'est pas précis.

Exemple :

- *Question :* Annuaire **OU** Répertoire.
- *Réponse :* Les documents obtenus contiendront soit Annuaire soit Répertoire, soit les deux à la fois.

Il y a parfois confusion dans l'utilisation du **ET**. En effet, on utilise trop souvent, à tort, le **ET** lorsque l'on croise des termes synonymes.

Exemple : Je souhaite obtenir les documents traitant du "Mal de dos" et ceux traitant de la "lombalgie". Spontanément, on a envie d'utiliser le **ET** pour additionner les résultats des deux recherches. Or si on

utilise le **ET** ce sont les documents qui contiennent à la fois "Mal de dos" et "Lombalgie" que l'on obtiendra, ce qui restreint énormément le résultat !

- Le **SAUF** (NOT) est opérateur d'exclusion. Il permet de limiter les résultats en rejetant un aspect du thème de recherche.

Exemple :

- *Question :* Douleur **SAUF** Enfant.
- *Réponse :* Les documents obtenus contiendront tous le mot Douleur mais **jamais** le mot Enfant.

Le **SAUF** est un opérateur à manier, à mon sens, avec précaution. En effet, si vous excluez un mot, tous les documents qui le contiendront n'apparaîtront pas, or un document peut aborder différents aspects.

Exemple : Vous cherchez des documents sur l'asthme de l'adulte, si vous excluez le mot "enfant". Vous excluez par cela même les articles qui abordent à la fois l'asthme de l'enfant et de l'adulte... et donc des documents susceptibles de vous intéresser.

- Le **PRES DE** (NEAR) est opérateur d'adjacence qui peut être utilisé lorsque l'on recherche des mots à proximité l'un de l'autre, indispensable pour une recherche sur une expression ou sur technique particulière ou le nom complet d'une personne.

Exemple :

- *Question :* Michel **PRES DE** Gedda.
- *Réponse :* Les documents obtenus contiendront tous les mots Michel et Gedda proches l'un de l'autre.

Ces opérateurs seront utilisés de la même façon pour associer entre eux des résultats obtenus successivement, et pour élaborer ainsi une stratégie documentaire efficace.

Un bonne maîtrise de ces outils évite surtout d'être submergé par des masses de réponses inutiles lors de l'interrogation des moteurs de recherche sur l'Internet.

Je remercie Laurence Frigère pour sa collaboration.



Emmanuelle BLONDET
Responsable de la Chronique.
e.blondet@anaes.fr

■ LA QUESTION NAÏVE

Quelles possibilités d'améliorer la kinésithérapie laisse-t-on aux jeunes ?