



# La Lettre

*du Cadre de Santé Kinésithérapeute*

11<sup>e</sup> année - N° 21 - Mai 2004

LaLettre@ifmkberck.com

## ■ ÉDITORIAL

Écouter les gens, c'est ennuyeux. Ça oblige à s'arrêter pour prendre le temps d'accueillir leurs attentes, leur vécu. Ça contraint à comprendre en quoi la situation de l'autre pourrait être améliorée. Ça dérange ce qui était prévu, ça perturbe une organisation qui fonctionnait si bien avant qu'on la bouleverse d'inutiles questions.

*"Excusez-moi, mais là, j'ai vraiment pas l'temps..."*

Les gens, c'est ce patient qui ignore ce qu'est une P.T.H. mais souhaiterait seulement savoir s'il marchera à Pâques pour participer à la traditionnelle réunion de famille.

Les gens c'est toujours le même kiné qui nous harcèle pour modifier le système de roulement des gardes du week-end.

Les gens c'est l'étudiant qui décidemment ne comprend pas pourquoi on n'a pas encore relu son mémoire...

L'écoute est cette petite chose du quotidien, si facile à faire et si difficile à entretenir. L'écoute est l'hygiène du cadre.

Il existe des techniques d'écoute ; elles ont été décrites. Mais en préalable à toute méthode, en prérequis, il y a surtout une disposition d'esprit : la nécessité d'accepter de s'oublier, d'oublier un peu, maintenant, là, le temps nécessaire, ses propres préoccupations et soucis.

Et vouloir cet oubli comme la première des disponibilités.

Par honnêteté, par efficacité, par exemple.

**Michel GEDDA**  
*Directeur de Publication*

## SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 20 :  
*Frédéric PARPEIX*
- Parcours d'un cadre kiné :  
*Jean-François CARON*
- Débat d'opinion :  
*Réseau post-réhabilitation*
- Nouvelles rubriques :  
*Fenêtre*  
*La preuve !*

## COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**  
Directeur  
E.C.V.P. de Lausanne
  - **Marie-Odile PAILLET**  
Chargée d'enseignement  
Dijon
  - **Philippe RIGAUX**  
Responsable Formation Continue  
"Bois-Larris" Santé Formation
  - **Patrick ROTGER**  
Coordonnateur Rééducation  
Hôpital National de Saint-Maurice
  - **Michel THUMERELLE**  
Directeur-Adjoint  
Polyclinique d'Hénin-Beaumont
  - **François ZIMMERMANN**  
Enseignant-Formateur  
I.F.M.K. de Strasbourg
- Coordination :**
- **Michel GEDDA**  
Directeur  
I.F.M.K. de Berck-sur-Mer
  - **Jean-Charles NARCY**  
Berck-sur-Mer

ISSN 1267-7728

Tous les numéros de **La Lettre** téléchargeables à l'adresse Internet :  
<http://www.physiorama.com/doc/lcsk/index.html>

**LA LETTRE DU C.S.K.** - I.F.M.K. - Avenue du Phare - B.P. 62 - 62602 BERCK-SUR-MER CEDEX

## DOCUMENTATION

### Les différents types de ressources documentaires.

**A**u cours de nos lectures et analyses d'articles scientifiques, nous sommes continuellement confrontés à un vocabulaire que nous manipulons souvent sans bien en connaître le sens précis. C'est pourquoi, l'objet de cette série d'articles est de donner une définition, la plus compréhensible et la plus claire possible, aux différents types d'études.

Pour cela, j'ai tenté (en vain) de trouver le glossaire idéal... j'en ai donc compulsé plusieurs et choisi les définitions qui me semblaient les plus claires (à mon humble avis). J'ai également souhaité donner, la traduction anglaise la plus fréquemment rencontrée, et la source de la définition "élue" (par soucis de transparence).

Pour chaque type d'étude, j'ai tenté de trouver en exemple un article accessible gratuitement sur Internet : c'est pourquoi la référence provient souvent du *British Medical Journal* (<[www.bmj.com](http://www.bmj.com)>) ou, dans le meilleur des cas, de trouver une référence en langue française.

#### MÉTA-ANALYSE (*meta-analysis*) :

Ensemble des techniques permettant une synthèse qualitative, quantitative et reproductible, des données collectées dans des études différentes. Sa validité dépend de la rigueur méthodologique de sa conduite (source : Durieux, 1997).

Exemple : Aker PD *et al.* Conservative management of mechanical neck pain : systematic overview and meta-analysis BMJ 1996; 313: 1291-6. [gratuit]

#### REVUE SYSTÉMATIQUE (*systematic review*) :

Rassemblement, évaluation et synthèse des résultats des investigations initiales soulevant un problème ou un sujet particulier et utilisant un protocole structuré et rigoureux (source : Glossaire BDSP <[www.bdsp.tm.fr/glossaire/](http://www.bdsp.tm.fr/glossaire/)>).

Exemple : Pasquina P *et al.* Prophylactic respiratory physiotherapy after cardiac surgery : systematic review. BMJ 2003; 327: 1379.

#### ESSAI CONTROLÉ RANDOMISÉ (*randomised controlled trial*) :

Étude au cours de laquelle :

- l'affectation à un groupe d'intervention est effectuée par tirage au sort (randomisation) ce qui permet d'assurer que les groupes d'intervention seront

comparables pour tous les facteurs pronostiques connus et inconnus ;

- le maintien de la comparabilité des groupes est assuré, par exemple, par une procédure de simple ou double aveugle (contrôle) (source : Glossaire EsPeR <[www.hegp.bhdc.jussieu.fr](http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr)>).

Exemple : Winters JC *et al.* Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroird injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. BMJ 1997; 314:1320.

#### ÉTUDE COMPARATIVE (*comparative study*) :

Elle vise à comparer une nouvelle stratégie médicale appliquée à un groupe d'individus à une stratégie de référence appliquée à un groupe témoin dans le but de déterminer l'intérêt de cette nouvelle stratégie (source : Durieux, 1997).

Exemple : Jenny JY. Pose de prothèse unicompartmentale de genou assistée par ordinateur : étude comparative avec une série témoin opérée avec instrumentation traditionnelle. Rev Chir Orthop 2001 ; 87 (suppl. 6): 2S57-2S58.

#### ÉTUDE CAS TÉMOIN ou ÉTUDE RÉTROSPECTIVE (*case-control study, retrospective study*) :

Étude analytique par observation d'un groupe de malades et d'un groupe témoin de personnes ne souffrant pas de la maladie en question (source : Jenicek, 1985).

Exemple : Husson JL. Traitement des fractures bipédiculaires de C2 résultats d'une étude rétrospective. Rev Chir Orthop 2001 ; 87 (suppl. 6): 2S123.

#### ÉTUDE DE COHORTE ou ÉTUDE PROSPECTIVE (*cohort study, prospective study*) :

Étude analytique, expérimentale ou par observation, qui examine comment la maladie apparaîtra chez les sujets exposés à un facteur donné (source : Jenicek, 1985).

Exemple : Hazotte E. Étude prospective comparative longitudinale IRM et arthroscopie dans les lésions du ménisque du genou. Rev Chir Orthop 2001 ; 87 (suppl. 6): 2S60-2S61.

### Bibliographie

1. Durieux P. Guide des principaux termes dans le domaine de la santé. Évaluation, qualité, sécurité. Paris Flammarion, 1997.
2. Jenicek M, Cléroux R. Epidémiologie clinique. Paris Maloine, 1985.

(à suivre...)



**Emmanuelle BLONDET,**  
Responsable de la Chronique.  
[e.blondet@anaes.fr](mailto:e.blondet@anaes.fr)

# RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Septembre 2003 : Numéro 20

par :

**Frédéric PARPEIX**

Le toujours vif Michel Gedda, à l'occasion d'une conversation téléphonique, me demande d'assurer la relecture du numéro 20, je l'en remercie et m'y autorise.

Avoir en mains *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute*, c'est se préparer à un moment de plaisir à la recherche d'idées et d'expériences multiples. Ce numéro anniversaire en est la riche illustration.

## • Editorial (page 1) :

Michel Gedda annonce dans l'éditorial "*qu'il ne peut y avoir de concurrence entre professionnels qui soignent*".

Quelle belle piste de réflexion à engager...

Dans le cadre de la concurrence, j'ai du mal à distinguer les professionnels, les institutions dans lesquels ils travaillent et le système économique qui les finance.

De mon point de vue, c'est la réalité économique qui nous place en concurrence. Elle a des effets négatifs, mais elle a aussi des effets positifs.

Que ce soit dans le champ de l'activité libérale ou de l'activité salariée, la concurrence nous pousse à valider et à améliorer nos compétences, à repenser nos procédures, à sortir de nos habitudes.

Cette concurrence génératrice d'émulation, ne nous installe pas dans un rapport de force. Elle n'est pas une source de combat mais une source de compétition. Elle nous impose de nous dépasser, à produire plus, dans une finalité ultime, celle d'améliorer le présent de nos patients et de rechercher avec eux à développer leurs potentialités.

La concurrence est un moteur puissant, même pour les professionnels de santé. Elle se doit d'être encadrée pour qu'elle s'appuie sur des valeurs de respect de soi, de l'autre et de l'activité professionnelle.

La déontologie professionnelle peut en limiter les effets pervers. Toutefois, en l'absence d'Ordre de la kinésithérapie, notre déontologie relève de la responsabilité individuelle pour les libéraux et de la responsabilité des Cadres de Santé pour les salariés.

Dans cette diversité d'approche et de régulation, il y a immanquablement des excès...

## • Niveau de preuve en kinésithérapie (page 2) :

Je suis moins enthousiaste qu'Emanuelle Blondet sur le concept d'*Evidence Based Medicine*.

Certes, dans le champ de la médecine régie par l'Assurance Maladie, l'E.B.M. peut être une source d'évaluation, comme moyen de régulation et de contrôle des pratiques.

Cependant je crains qu'il y ait une forte probabilité pour que l'Assurance Maladie se réfère à l'E.B.M. pour déterminer la pertinence des prises en charge kinésithérapiques. Et par là, détourner l'outil qualitatif en outil quantitatif, ce qui influera immanquablement sur les rapports conventionnels.

Mais l'exercice de la masso-kinésithérapie dépasse largement le cadre défini par les rapports conventionnels. Je suis convaincu, mais partisan, que la kinésithérapie a une fonction sociale qui surpasse le rôle que lui laisse l'E.B.M..

Cela pose surtout la dérangeante question du contrôle exercé (par les médecins ?) sur les métiers de rééducation...

## • Cadrekinet.net (page 6) :

Le web, à utiliser à haut débit..., pour informer et s'informer. Depuis que j'exerce des fonctions d'encadrement, je déplore de ne pas avoir plus de temps disponible pour surfer...

Bien sûr, avoir accès à un site web qui donne des renseignements généraux sur les I.F.M.K. présente un intérêt, mais c'est surtout dans la transparence et la clarification du projet pédagogique, qu'il y a source d'engagement et d'implication des étudiants et de l'Institut de Formation.

Dans ce cas, créer un site peut être le moyen d'une réflexion de fond pour les formateurs des I.F.M.K..

## • L'A.F.R.E.K. (page 7) :

Dans un monde sanitaire en crise avérée (carence de professionnels, manque de budget, contexte législatif...), je trouve que les fiches de procédures vont dans le bon sens car elles s'inscrivent dans une démarche qualité qui constitue un repère disponible et accessible à tous.

L'A.F.R.E.K., en nous forçant à mettre en question nos *allants de soi* professionnels, confère à la masso-kinésithérapie une crédibilité auprès des instances médicales et politiques qui la régulent.

De mon point de vue, il manque à la recherche biomédicale, descriptive et explicative du processus de soin en kinésithérapie, l'apport des Sciences Humaines (Sciences de l'Éducation, Sociologie, Psychologie...).

• **Les Cadres M.K. s'interrogent et La question naïve** (pages 9 et 19) :

Un questionnaire pour identifier les cadres M.K. exerçants en libéral, voilà bien un exemple de ce qu'est *La Lettre du C.S.K.* : un lien régulier, un moyen d'actions et d'interactions, un espace d'échange à tous les cadres MK.

Dans nos pluralités et nos complémentarités.

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

Le parcours d'une Cadre kiné exerçant en service de soins... Plusieurs exemples autour de moi montrent que ce cas n'est pas isolé.

Un témoignage qui atteste qu'un des rôles du Cadre de Santé, loin de l'expertise professionnelle, se situe bien dans une dimension politique, au sens où il participe à l'organisation de la vie commune. Être Cadre de Santé est un moyen d'agir dans la transversalité et la diversité des professions de soin.

Jacqueline Faugier cherche à préserver la cohérence, en se souciant de l'efficacité de ses actions et de celles de son équipe. En transformant son rapport à l'équipe soignante et à l'institution administrative, elle a probablement augmenté sa marge d'autonomie.

Je trouve dans son témoignage des capacités d'adaptation, que la pratique de la kinésithérapie permet de développer.

Un bémol quand même sur la nature des propos qui sont très institutionnels...

• **La F.N.E.K.** (page 14) :

L'absence d'intérêt ministériel pour les travaux et les interrogations de la F.N.E.K., serait-il annonceur de la reconnaissance qu'aura le Ministère vis-à-vis de la kinésithérapie, au sein de la prochaine démocratie sanitaire, dont la réforme annoncée après cette année électorale, pourrait nous être particulièrement douloureuse en ce qui concerne le taux de remboursement des soins ?...

• **Nouveaux Instituts de Formation des Cadres de Santé formant des M.K.** (page 15) :

Les projets des Instituts de Marseille et d'Aix-en-Provence me semblent très intéressants car ils valorisent l'autonomie et la créativité des futurs cadres.

Ceux de Vandoeuvre et de Rouen m'apparaissent dans un rapport de conformité convenant à la fonction.

Au fait, il existe toujours deux instituts dont les promotions sont intégralement constituées de professionnels rééducateurs : Paris Croix-Rouge et Montpellier.

• **L'évaluation du personnel** (page 19) :

Tout y est, d'excellentes questions sont posées et peu de réponse apportées.

L'évaluation du personnel à partir de son auto-évaluation, renforce notre rôle de Cadre de Santé au sein de la hiérarchie. Or cette organisation hiérarchique permet de maintenir la cohésion des équipes.

L'écueil ne m'apparaît pas être dans la légitimité, mais dans la crédibilité qui passe aussi par la culture et par l'histoire du lieu dans lequel on se trouve.

N'oublions pas que l'évaluation est faite pour agir sur autrui... Elle est un levier pour faire évoluer dans le champ des compétences, mais aussi dans les orientations précisées par le projet de service et le projet d'établissement. Or la motivation des professionnels à évoluer ne se décrète pas autoritairement.

C'est pourquoi, il me paraît indispensable que le cadre qui recherche l'adhésion, soit au clair sur la nature des interactions en jeu au moment de l'évaluation.

Quant à l'idéologie qui la sous tend...

**EN CONCLUSION**

Ces réflexions sont écrites dans le but de participer au débat d'idées permis par l'existence d'une revue comme *La Lettre du C.S.K.*, elles n'engagent que moi, et sont ouvertes aux critiques d'autres points de vue...

Loin de moi l'intention d'en faire des idées normatives.



**Frédéric PARPEIX,**  
C.S.K. au Service de Rééducation,  
C.H.U. de Limoges (87).

## ■ L' A.F.R.E.K.

### Les années de la compétence et du transfert de compétences.

La kinésithérapie s'est transformée de "métier" (des aptitudes techniques) en "profession" (des connaissances, des responsabilités, le sens de la relation humaine) rapidement sous nos yeux, sans que nous prenions la mesure du changement.

En 2003, les rapports se sont succédés : Debouzie, Berland 1, Berland 2, Matillon, et tous parlaient de compétences ou de "référentiel métier".

Deux suites logiques étaient envisagées : la vérification de la compétence (sur critères à établir) entraînant une re-certification du praticien, puis le partage de compétences, c'est-à-dire un abandon de certains monopoles de la profession. Comptez sur 2004 pour nous surprendre encore plus.

Nous avons l'habitude de nous plaindre des lenteurs administratives, cette fois nous avons été pris de vitesse : il n'existe pas de définition officielle de ce qu'est la kinésithérapie en dehors du descriptif laconique du Code de Santé Publique : "...gymnastique médicale et massage" [1]

Le verbiage sans saveur de la Confédération Internationale n'est pas d'un grand secours [2] :

*"Le kinésithérapeute place l'intégrité du mouvement et de la fonction des personnes au cœur du concept de santé. Il propose un ensemble de services aux personnes pour développer, maintenir, restaurer le mouvement et les capacités fonctionnelles à tous les âges de la vie lorsqu'ils sont perturbés par la maladie, le vieillissement ou les traumatismes.*

*Le kinésithérapeute identifie et optimise les potentiels de mouvement dans le cadre de traitements, de promotion de la santé et de prévention.*

*Les actes impliquent une interaction entre le kinésithérapeute et les patients/clients, les familles et soignants. Cette interaction évalue les potentiels du mouvement pour établir des objectifs négociés en prenant en compte les buts, les ressources et l'environnement de l'individu.*

*L'exercice du kinésithérapeute varie suivant que l'intervention kinésithérapique vise la promotion de la santé, la prévention ou la thérapeutique."*

La Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.) [1] ne résume pas tout le transfert de compétences, mais c'est une amorce logique : récupérer

par le haut (comme le diagnostic kinésithérapique) et abandonner par le bas (geste technique comme le massage).

La V.A.E. est logique si l'on s'en tient au Code de Santé Publique. Trois années d'études sont superflues pour apprendre la gymnastique médicale (les étudiants U.F.R.-S.A.P.S. sont prêts) et le massage (d'autres le font pour moins cher que nous). Comme l'envisageait en 1996 un directeur de C.H.U. "Pour faire marcher et cracher, il me suffit d'avoir des aides-soignants avec 2 semaines de cours en plus".

La V.A.E. est une bénédiction pour l'administration, s'il s'agit uniquement de techniques copiées sans savoir pourquoi.

La kinésithérapie est-elle plus qu'une accumulation de techniques ? En l'absence d'une définition claire et concise, nous ne pouvons pas l'affirmer, car la "promotion de la santé" du texte de la Confédération est bien vague et englobe d'autres professions.

La définition de l'Ostéopathie [3] existe, et s'applique directement à nous :

*"L'ostéopathie et la chiropraxie constituent un ensemble de pratiques manuelles\* ayant pour but d'identifier\*\* les dysfonctionnements de mobilité du corps humain et d'y remédier par des thérapeutiques appropriées\*\*\*."*

Les questions que l'on peut poser :

- \* Quelles pratiques manuelles ?

- \*\* Depuis juin 2000, nous sommes une profession avec des responsabilités diagnostiques (identification) et thérapeutiques.

- \*\*\* Quelles thérapeutiques ? Sont elles appropriées ?

Il s'agit d'une définition vague, parce qu'elle s'applique aussi à une autre profession (la kinésithérapie) et parce que "le diable est dans les détails" qui restent non précisés. Mauvaise définition peut-être, mais elle existe.

Définition d'abord, évaluation ensuite.

Il est important et urgent de fournir pour la profession de masseur-kinésithérapeute une définition qui fait défaut (la somme de nos compétences). Une fois les contours établis, il deviendra possible d'établir des critères qui évaluent la compétence du praticien, définie par la Commission Européenne comme "l'ensemble des... connaissances, aptitudes et attitudes qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome" [4].

Le vocabulaire “européen” [5] peut se comparer à d’autres terminologies, surtout le vocabulaire conseillé par l’O.M.S..

Vocabulaire européen	Vocabulaire universitaire	Vocabulaire OMS
(1) Connaissances	Savoir	Compétence intellectuelle
(2) Aptitudes	Savoir-faire	Compétence gestuelle
(3) Attitudes	Savoir-être	Compétence relationnelle

L’A.F.R.E.K. a engagé une action d’un an qui devrait déboucher sur un état précis de ce que font les kinésithérapeutes au quotidien.

Aidez-nous en fournissant les critères de jugement qui détermineront le professionnel compétent, sachant qu’un professionnel “possède une large somme de connaissances, il est investi de responsabilités” et en détaillant ce qui relève des connaissances (1), ce qui relève des aptitudes (2), et ce qui relève de l’attitude (3) [6].

## Références

1. Modalités et conditions d’évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport de la Mission Matillon, août 2003.
2. Congrès de Yokohama, World Confédération of Physical Therapy (W.C.P.T.) 1999.
3. Ostéopathie, médecine alternative ou “patamédecine” Kinésithérapie Actualités 2003, 920 :6.
4. Rapport et recommandations sur les compétences cliniques nécessaires à l’exercice de l’art dentaire dans l’Union Européenne. Commission Européenne, juin 1996.
5. Guilbert JJ. L’ensorcelante ambiguïté de “savoir, savoir-être, savoir-faire”. Guide Pédagogique pour les Personnels de Santé OMS n°35, 7<sup>ème</sup> édition 1999.
6. Kinésithérapie rénovée – réussir face aux exigences normatives. Paris, SPEK, mars 2004.



**Éric VIEL,**  
Responsable de la Chronique.  
eviel2@wanadoo.fr

## FENÊTRE

*Parce que nous pensons que le fonctionnement, le quotidien ne doivent être les seuls préoccupations et ressources du cadre, nous voulons ouvrir La Lettre du C.S.K. à ces autres dimensions qu'on aborde rarement "la tête dans le guidon".*

*Pour ne pas être efficace, pour ne rien résoudre, juste sortir un peu de notre microcosme, s'en enrichir peut-être... Cette rubrique sera une fenêtre à ouvrir sur tout un monde de culture, de curiosités et d'intérêts divers qui peuvent aussi exister quand on forme, guide et vit auprès de femmes et d'hommes en évolution. Une ouverture vers ce que vous voudrez bien.*

*Car cette bouffée existera par vos soins.*



par :

**Franz KAFKA,**

*Lettre à Minze Eisner (1920).*

Chacun porte en lui un diable destructeur qui dévore ses nuits ; ce n'est ni bien ni mal, mais c'est la vie. Si on ne l'avait pas, on ne vivrait pas. Ce que vous maudissez en vous, c'est par conséquent votre vie. Ce diable, c'est le matériau (et au fond il est merveilleux) que vous avez reçu en partage et que vous devez désormais façonner. Si vous avez travaillé à la campagne, cela n'était pas une échappatoire ; mais vous avez mené votre diable comme on mène vers un pâturage verdoyant une vache qui, jusque là, n'a pu paître que dans les rues de Teplice.

Sur le Pont Charles, à Prague, il est, sous la statue d'un saint, un bas-relief qui illustre votre histoire. Le saint laboureur un champ à l'aide d'une charrue attelée d'un diable. Celui-ci, certes, écume encore de rage (c'est une phase de transition ; tant que le diable n'est pas lui aussi content, ce n'est pas une victoire intégrale) ; il montre les dents, lance de biais des regards furieux vers son maître et rétracte sa queue convulsivement ; mais il est malgré tout sous le joug.

En ce qui vous concerne, Minze, vous n'êtes pas un saint, et d'ailleurs on ne vous demande pas d'en être un ; ce n'est nullement nécessaire et ce serait dommage et triste si tous vos diables devaient tirer la charrue ; mais, pour bon nombre d'entre eux, cela leur ferait le plus grand bien et ce serait une action louable et bénéfique que vous auriez ainsi réalisée. Je ne dis pas cela par pure impression ? Vous même y aspirez de tout votre être.

## OFFRES D'EMPLOI

Le service de MPR du CH de Gonesse (95), 1 000 lits en Île-de-France recherche un cadre rééducateur diplômé (remplacement après le départ à la retraite du cadre actuel).

Le service de MPR de Gonesse est polyvalent et exerce son activité sur 4 poles : service central pour toutes les unités d'hospitalisations, soins externes polyvalents avec un plateau technique équipé de balnéothérapie, et une unité d'hospitalisation de MPR conventionnelle (21 lits) et de jour (10 places).

L'équipe de rééducateurs est composée de 11 eqtp kinésithérapeutes et 1,5 eqtp ergothérapeutes.

En collaboration étroite avec le chef de service, le cadre a pour mission l'animation de son équipe en complémentarité avec les équipes soignantes et médicales pour mettre en oeuvre le projet de service, il participe également aux activités institutionnelles.

### Docteur Brigitte BARROIS

Chef de service

- Service de M.P.R. -

CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE

BP 71- 95503 GONESSE

Tél : 01 34 53 20 85 - Fax : 01 34 53 24 81

[brigitte.barrois@ch-gonesse.fr](mailto:brigitte.barrois@ch-gonesse.fr)

L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Vichy (03) recrute pour la rentrée 2004/2005 un enseignant plein temps :

- choix sur matières à enseigner : P.N.F., neurologie périphérique, rééducation en rhumatologie, D.L.M., thérapie manuelle, ergonomie, technologie de base ;

- encadrement et suivi des stagiaires sur terrains de stages.

Le candidat (H/F) sera titulaire diplôme de cadre et disposera d'une expérience professionnelle lui permettant de transférer des savoirs cliniques. Motivé par le travail en équipe et les projets, posséder un diplôme de 3<sup>ème</sup> cycle ou un doctorat lui sera un plus. L'I.F.M.K. peut compléter la formation d'un candidat motivé.

### I.F.M.K. VICHY - Monsieur le Directeur

CENTRE HOSPITALIER

3, Boulevard Denière

03200 VICHY

Tel : 04 70 97 22 42 - Fax : 04 70 97 22 50

[direction.ifmk@ch-vichy.fr](mailto:direction.ifmk@ch-vichy.fr)

## ■ Cadrekine.net

### Comment rechercher un article précis sur Internet ?

Lorsque vous possédez la référence précise d'un article, vous pouvez vous servir d'Internet pour localiser le résumé, voire le texte en entier. Nous allons exposer différentes méthodes pour y parvenir.

Supposons que vous ayez entendu parler d'un certain "Stefanini" lors d'une conférence sur la proprioception de cheville.

Vous pouvez effectuer une recherche sur une base documentaire en espérant que l'article y soit indexé.

#### PAR MEDLINE

Je conseille aux novices de se rendre sur le site "infotrieve" (<<http://www4.infotrieve.com/new-medline/search.asp>>) qui permet d'effectuer une requête avancée en étant aidé.

- Dans le second "champ", tapez : "Stefanini" (sans les guillemets !) et sélectionnez "Author Name" dans le menu déroulant juste à gauche.

- Puis cliquez sur "AND". Vous voyez alors la boîte de requête ce remplir automatiquement en utilisant la bonne "syntaxe" de Medline.

- Dans le second champ, tapez maintenant "proprioception" et sélectionnez "Title Word" dans le menu déroulant de gauche.

- Cliquez sur "AND" : le terme est ajouté dans la boîte de requête.

- Cliquez sur "go", et vous aurez la réponse à cette requête.

Dans notre exemple, aucun article n'est retrouvé possédant ces 2 caractéristiques. Si vous aviez obtenu 1 000 réponses, vous auriez pu ajouter un paramètre discriminant comme le numéro de la première page de l'article (à condition de le connaître !).

#### PAR UN JOURNAL

Supposons maintenant que vous connaissiez le nom du journal en plus des informations précédentes (Par exemple le "New Zealand journal of Physiotherapy"). Vous pouvez passer par la Mulford

Library qui recense les recommandations aux auteurs d'un bon nombre de revues scientifiques dans le monde (<<http://www.mco.edu/lib/instr/index.html>>).

- Tapez en haut de la page sur le "N" et faites défiler votre fenêtre jusqu'à la page où apparaît le nom du journal et cliquez sur le lien. Vous vous retrouvez sur le site de la revue en question.

Dans notre exemple, vous n'avez pas de champ de requête pour interroger le site ou localiser l'auteur (<<http://ptglobal.net/nzjp.html>>), mais seulement les sommaires jusqu'en 2001.

#### PAR UN MOTEUR DE RECHERCHE

Essayons l'outil, en théorie, le moins adapté : le moteur de recherche.

- En allant sur Google (<<http://www.google.fr/>>) vous pouvez taper dans le champ de requête "Stefanini proprioception" et vous lancez la recherche.

- Vous obtiendrez différents liens avec vos mots-clés en gras. Notez bien que si vous avez une suite de mots, vous devez utiliser les guillemets pour que Google les interprètent comme un ensemble à rechercher groupé (par exemple "entorse de cheville" avec les guillemets dans la recherche, vous donnera les pages avec ce groupe de mots).

- Les résultats vous proposent, parmi bien d'autres, un lien vers l'adresse Internet suivante : <[http://www.nzsp.org.nz/Index02/Publications/Journals\\_Details.html](http://www.nzsp.org.nz/Index02/Publications/Journals_Details.html)> ; en cliquant dessus vous vous retrouvez sur un sommaire et vous pouvez cliquer sur l'article de Stefanini et télécharger la version complète proposée gratuitement par l'éditeur.

En moins de 10 clics de souris, vous avez effectué 3 modes de recherche différents pour localiser votre texte et vous avez un article complet et... gratuit.

Entraînez-vous et vous saurez vite retrouver les voies les plus efficaces de recherche d'articles.

Sachant qu'il y a uniquement 3 revues de kinésithérapie indexées dans Medline, il faut souvent surfer différemment.



**Pierre TRUELLE,**  
Responsable de la Chronique.  
p.truelle@wanadoo.fr

## ENCADREMENT

### La mise en place d'une pratique d'évaluation du personnel (suite) : *oui, mais comment ?*

PROJET D'ÉLABORATION D'UNE PROCÉDURE DANS LE  
CADRE DU GROUPE G.R.H.\*

(\* Gestion des Ressources Humaines :  
groupe de travail permanent pour l'accréditation)

par

**Véronique BILLAT,**  
C.S.K., Hôpital de Neufchâteau (88)

**Martine TUTIN,**  
Responsable des ressources humaines  
Hôpital de Neufchâteau (88)

L'article du dernier numéro de *La Lettre* évoquait notre pratique d'évaluation du personnel, sa dynamique au sein des établissements, ses fondements, ses nécessités et aussi ses limites.

Les cadres ne sont pas toujours sollicités pour la démarche d'évaluation. Des procédures écrites n'existent pas toujours. Les agents ne comprennent pas pourquoi des pratiques s'exercent d'une manière différente au sein d'un même établissement ou d'un établissement à l'autre, ni pourquoi parfois aucune démarche collective n'est réellement élaborée.

Cette pratique doit évoluer vers un contrat de progression de l'agent ; mais pour être reconnu, cet outil de management doit d'abord être connu. L'agent devra donc :

- connaître les activités et les compétences attendues dans le poste qu'il occupe (élaboration de référentiel d'activité et de compétences, si possible élaboré sur le mode participatif) ;

- connaître les enjeux qui en découlent (la mesure des écarts entre les compétences attendues et les compétences réellement exercées) avec la validation d'indicateurs de mesure ;

- comprendre et admettre les bénéfices (progression par la mesure des besoins en formation, promotion, avancement, changement de service demandé...) ;

- s'approprier l'exercice d'auto-évaluation, la rédaction des objectifs futurs avec leur délai de faisabilité (en vérifiant, s'il s'agit d'un cadre, que les moyens de mise en œuvre lui sont fournis), source de crédibilité de tout le système, source théorique de motivation de l'agent (pas de flou : des explications claires de ce que l'on attend de lui, une écoute de la hiérarchie par ce contact posé privilégié, un respect et une prise en considération de l'autre, une

valorisation de l'objectivité, des critères de jugement connus...) ;

- constater que la démarche est collective, qu'elle intéresse l'ensemble des acteurs du dispositif : les cadres des différents secteurs, les personnels, la Direction, les instances (C.M.E. et partenaires sociaux) et qu'elle est validée par les C.T.P..

Un plan de communication peut faire percevoir les étapes de la démarche.

Je vous propose ici une maquette de procédure sur "*l'entretien annuel d'évaluation des agents*". Cette procédure est à votre libre appréciation. Vos avis et améliorations sont les bienvenus, à l'adresse mail : [LaLettre@ifmkberck.com](mailto:LaLettre@ifmkberck.com). Après un résumé des remarques recueillies, votre expérience dans l'exercice de l'évaluation sur vos terrains à travers les entretiens d'évaluation sera évoquée dans le prochain numéro de *La Lettre*.

#### PROPOSITION DE PROCÉDURE SUR "L'ENTRETIEN ANNUEL D'ÉVALUATION DES AGENTS"

##### • **Objet :**

Cette procédure définit les principes d'action, les objectifs opérationnels et la méthodologie qui sous-tendent la réalisation d'un entretien annuel d'évaluation.

##### • **Domaine d'application :**

- *L'encadrement* dans sa mission de gérer et développer des compétences, d'améliorer sa compréhension et ses relations avec l'équipe, d'agir sur les conditions et la motivation de chacun.

- *L'agent titulaire ou non* pour se situer dans l'établissement, pour être apprécié dans sa contribution, pour exprimer ses attentes, ses projets, les moyens nécessaires à leur réalisation.

- *La direction des ressources humaines* pour gérer qualitativement les ressources en personnel, être éclairée dans les décisions de formation, de promotion, de carrière et d'intéressement.

##### • **Références :**

Loi hospitalière N° 91-748 du 31/07/1991 modifiée par la Loi N° 91-1406 du 31/12/1991 et l'Ordonnance d'avril 1996.

##### • **Définitions :**

- *Entretien annuel d'évaluation* : c'est un bilan annuel organisé entre les agents et leurs cadres hiérarchiques qui débouche sur une appréciation de la valeur professionnelle de l'agent.

- *La compétence* : c'est savoir combiner et mobiliser un ensemble de ressources (connaissances, habiletés, ressources pédagogiques, psychologiques, physiques, valeurs, qualités, réseaux, etc.), afin de réaliser dans un contexte particulier des activités professionnelles, selon certaines exigences.

- *Le référentiel d'activité* : c'est un descriptif qui clarifie en amont de l'évaluation ce que l'on attend de l'agent ; il est un des objets de l'entretien, c'est la norme à respecter. Il est constitué par l'ensemble des activités de base du métier, définies avec les connaissances, les savoir-faire, les comportements sociaux exigés. Ce référentiel est contenu dans la fiche de poste.

## CONTENU

### 1. Valeurs en jeu :

- la valorisation du capital humain ;
- une démarche et une volonté collectives de changement.

### 2. Objet à évaluer :

L'ensemble des compétences de base du métier qui sont formalisés dans la description de la fiche de poste (activités, connaissances, savoir-faire technique et comportemental, etc.), l'atteinte des objectifs qui représentent la contribution individuelle à une action, un progrès, un axe de développement dans le service.

### 3. Qui est l'évaluateur ?

Le principe de base est le cadre hiérarchique (n+1). C'est celui qui est le mieux placé pour suivre les faits régulièrement dans le service, il a donc une connaissance du travail réalisé en terme de contenu d'activités et de comportements professionnels. Sa légitimité repose sur la confiance et le soutien permanent de sa propre hiérarchie.

Pour se repérer, il doit posséder des outils, l'observation avec la constitution de traces, de dossiers, de tableaux de bord, de rapports, de recueil d'informations d'autres professionnels en lien opérationnels ou fonctionnels.

### 4. Méthodologie de l'entretien :

- *Pour l'agent* : le même support servira au cadre et à l'agent. Il lui permet de faire le bilan de ses résultats, ses réflexions, ses objectifs et de préparer les questions qu'il souhaite aborder. La qualité de la préparation dépendra des conditions dans lesquelles le cadre de proximité aura su lui démontrer l'intérêt d'une argumentation basée sur l'auto-évaluation.

- *Pour le cadre* : il formalise ses propres jugements avec les informations recueillies au long de l'année avec ses tableaux de bord.

### 5. Déroulement de l'entretien :

Il fixe le fond. Sur la base de son référentiel d'activité, l'évalué fait son bilan professionnel, ses réussites et ses difficultés.

Sur la base des objectifs négociés l'année précédente, il fait le bilan des résultats, l'analyse des écarts et des causes, les points forts et les points faibles à améliorer.

### 5.1 Phase d'échange

Chacune des parties échange ses représentations des actions, des faits et des comportements et dégage chaque fois que c'est possible des explications, les consensus, les enseignements pour l'avenir.

Le cadre doit savoir s'impliquer dans la reconnaissance des réussites, les performances de l'agent et les valoriser, porter un jugement négatif sur des actions, des résultats, des faits en mettant l'évalué en cause non pas dans ce qu'il est mais dans ses résultats.

### 5.2 Phase de contrat d'objectifs pour l'année à venir

Des objectifs d'évolution avec des résultats attendus et des indicateurs sont notés.

### 5.4 Perspectives d'avenir professionnel

C'est une phase de questionnement sur la carrière, les besoins en formation et les mobilités externes et internes.

### 5.5 Phase de synthèse

Elle est écrite par le cadre, signée par l'agent et le cadre. La synthèse peut servir au remplissage des grilles de notation et pour l'avancement de carrière.

### 6. Date de l'entretien :

Elle doit être indiquée à l'agent 15 jours à l'avance pour lui laisser le temps de préparer son entretien.

### 7. Durée :

Varie selon le nombre d'entretiens dans l'année, la difficulté de l'agent à formuler ses objectifs, ou à analyser ; mais elle ne doit pas excéder 2 heures pour rester efficace. Les objectifs doivent être réalisables, réalistes, avec un délai, et la liste des moyens nécessaires.

### 8. Archivage :

Dans le service ; l'agent peut en demander un exemplaire.

### 9. Documents annexes :

- Fiche de poste ;
- Support d'auto-évaluation ;
- Fiche de besoin en formation.
- Fiche de mobilité
- Fiche outils (fiche de remplissage du support de l'évaluation, etc.).

## CONCLUSION

Comme toute pratique de management, l'entretien d'évaluation est "instrumental", sachons en faire un outil de dynamisation du corps social, autour d'objectifs partagés d'amélioration, de l'efficacité et du dialogue.



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

## ■ PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



**Jean-François  
CARON**

**Maire de  
Loos-en-Gohelle**

**Conseiller  
Régional du  
Nord/Pas-de-Calais**

**M.K.D.E. en 1982**

**M.C.M.K. en 1992**

### **Quel est votre parcours professionnel ?**

J'ai toujours eu une vie balancée entre l'action d'intérêt général - la vie associative et politique - et le parcours professionnel. Je n'ai jamais été exclusif dans la vie publique. J'ai obtenu mon diplôme d'État en 1982. J'ai fait plusieurs remplacements en libéral mais ça ne m'a pas beaucoup intéressé parce que je trouvais que le rapport au patient était un peu trop mercantile, et que cela biaisait la relation. Avec certains patients il faut pouvoir passer du temps. Et avec d'autres par contre, on se demande à quoi on sert car le malade est considéré comme un pourvoyeur d'AMM. J'étais gêné donc par cette situation.

J'étais très intéressé par l'action en centre de rééducation dans la mesure où on avait des échanges très riches avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et médicale, et où justement on pouvait faire un choix de stratégie thérapeutique en fonction des besoins du patient en ayant la tête un peu libre.

Après quelques années d'exercice en tant que kiné à la Polyclinique de Riaumont à Liévin, je

suis parti à Bois-Larris faire ma formation cadre, un peu contraint par les événements puisque je m'étais retrouvé chef de service par interim. Partir un an en formation, alors que j'avais une famille avec trois enfants, était un choix difficile à faire que tous les cadres connaissent.

À mon retour, je suis resté chef de service jusqu'en 1998.

### **Comment êtes-vous venu à la politique ?**

J'ai toujours mené une vie à côté de la Kinésithérapie, en dehors de la vie familiale. J'étais dans les mouvements associatifs pour la protection de l'environnement ; j'avais aussi un engagement syndical important dans la structure de rééducation dans laquelle je travaillais.

En 1992, on m'a demandé de conduire la liste de *Génération Écologiste* aux élections régionales. C'était important pour moi parce que c'était la première fois que l'Écologie s'engageait à gauche. Mais pour des raisons que je qualifierais "d'erreur de parcours" de l'animateur Brice Lalonde, je me suis vite rapproché des Verts.

J'ai été élu conseiller régional. En 1998 j'ai été tête de liste des Verts dans le Pas-de-Calais et je me suis retrouvé deuxième vice-président du Conseil Régional du Nord/Pas-de-Calais, chargé du développement durable, de l'aménagement du territoire et de l'environnement. Je suis maintenant membre de la commission Développement économique, emploi et nouvelles technologies.

### **Et encore d'autres activités ?**

J'ai une vie sportive intense. Quoi qu'on fasse, cela me paraît à la fois dangereux et même probablement contre-productif d'être mono-maniaque dans un type d'activité ou d'engagement. Je pratique donc des sports d'endurance. Par exemple, cet été j'ai participé au triathlon d'Embrun, qui est le plus dur du monde, et cet hiver j'ai fait la Transjurassienne en ski de fond.

Cela peut paraître anecdotique mais c'est important de ne pas être trop dépendant d'un seul type d'activité et de réseaux. L'ouverture à différents milieux et à différents types de pratiques est un enrichissement.

### **En quoi le fait d'être cadre MK vous aide-t-il dans vos fonctions actuelles ?**

La question humaine est difficile à quantifier mais, quel que soit l'endroit où je passe, je m'aperçois qu'elle est décisive. La qualité première c'est d'abord de repérer les potentiels des uns et des autres et de valoriser le travail qui sera fait, même s'il peut paraître minime. On ne se rend pas compte de ça quand on sort des études de kiné : on a l'impression que tout est affaire de technique alors que c'est plus complexe que ça.

Bois-Larris m'a apporté à la fois une plus-value en termes de technique et en même temps un regard ouvert à 360 degrés sur le monde et sur ses valeurs.

Dans mes diverses responsabilités, je me suis rendu compte que la qualité d'une action repose sur un équilibre entre l'expertise technique du sujet et les compétences d'écoute. L'expertise technique est bien entendu nécessaire pour maîtriser le sujet et éviter de se faire manipuler, voire de dépendre de facteurs extérieurs comme les effets de mode. Mais le facteur humain est aussi important, je l'ai appris à Bois-Larris, pour prendre en compte et respecter l'avis des différents acteurs, tout en gardant un regard critique. C'est sur cet équilibre que l'on peut fonder une certaine autonomie de pensée en harmonie avec l'environnement.

Certainement, j'avais un appétit, une sensibilité à l'approche collective, mais ma formation cadre l'a révélée en me donnant des outils pour mieux comprendre les phénomènes humains.

Je me sers aussi beaucoup de mes acquis dans le domaine de la pédagogie. Je me souviendrais toujours de Viel décrivant par exemple des sommités médicales arrivant aux entretiens de Bichat avec leurs transparents illisibles ou d'autres pontes incapables de tenir un discours sans ânonner ni sortir de leur papier.

En tant que cadre, j'ai pu observer lors des MSP les petits défauts et saisir ce qu'il vaut mieux faire et éviter. Dans mes fonctions actuelles, ce genre de choses est décisif et d'ailleurs souvent mon entourage remarque ces petits détails et astuces pédagogiques qui font la différence avec certains hommes politiques qui n'ont pas le même parcours.

### **Que vous ont apporté vos différents mandats ?**

Mon engagement politique et mon expérience en ce domaine depuis maintenant 12 ans m'apportent beaucoup en matière de mana-

gement. Je suis en quelque sorte un "super-chef" de service, avec les personnes qui travaillent dans les Directions que j'ai en délégation. Et là encore, je mesure l'importance du facteur humain. Par exemple pour le développement local, les moyens disponibles ne servent à rien s'il n'y a pas un leader ou un groupe leader pour porter le projet. C'est le point le plus important pour l'essor d'un territoire : la qualité du management et de l'engagement des gens est un élément beaucoup plus décisif que le nombre d'autoroutes ou de TGV existant.

Par ailleurs, j'apprends aussi beaucoup dans le domaine de l'évaluation. Je suis confronté aux meilleurs bureaux d'étude en évaluation ; et c'est très intéressant de voir émerger des points communs avec le monde de la Santé. On n'est pas si loin que ça de la démarche en kinésithérapie avec le bilan qui permet de fixer des objectifs et des indicateurs de résultats préalablement au traitement. Je mène une politique publique avec le même mode de raisonnement, ce qui me permet de confronter mes objectifs aux résultats escomptés.

### **Dans le monde médical, la Kinésithérapie semble être une thérapeutique écologique par son approche manuelle ne nécessitant ni acte invasif ni chimie. Alors quelle pourrait être sa place dans cette société ?**

L'approche masso-kinésithérapique est très écologique effectivement. On prend les gens comme ils sont et on s'en s'occupe de façon concrète. Ce n'est pas une science abstraite.

Le rapport entre le corps et l'esprit est aussi important. C'est pour cela que je garde personnellement des activités sportives. Quand j'exerçais, j'étais intéressé par les techniques comportementales qui aident les gens à mieux vivre leur corps et inver-

sement. En tant que chef de service, j'avais d'ailleurs tenu qu'il y ait une psycho-motricienne dans l'équipe, bien qu'on n'accueillait pas d'enfants.

Au-delà d'une approche mécaniste, cela a permis des échanges passionnants pour considérer le patient comme un tout, avec sa trajectoire de vie, son parcours spécifique, dans son écologie personnelle et en considérant ses contraintes et réactions.

Cette vision globale peut paraître moins scientifique, mais elle est plus décisive. Car la Médecine occidentale, très spécialisée, reste très sectorisée ; et par exemple les meilleurs traitements physiques pour des problèmes différents sur une même personne seront inutiles si *in fine* le patient se suicide.

Je considère la Kinésithérapie, par son approche globale, comme bien intégrée face aux enjeux du 21<sup>e</sup> siècle. Je pense aussi à ses dimensions éducative et préventive qui répondent à des maladies de plus en plus sociétales. On sait traiter les infections, les affections lourdes ; la chirurgie est de plus en plus puissante... mais les problèmes sanitaires du quotidien sont des douleurs de dos, des pathologies de réaction à l'environnement qui s'installent de façon semi-chronique et nécessitent de plus en plus des méthodes éducatives pour un meilleur contrôle de son propre corps.

Pour un maire, par exemple, il est préoccupant de constater le recul de l'hygiène alimentaire des gens et l'augmentation de l'obésité dans un contexte de sédentarité. Cette situation souvent corrélée au chômage et à la pauvreté creuse des fossés au sein de la population. Le kinésithérapeute a un rôle d'éducation à jouer pour prévenir les répercussions sur l'appareil locomoteur et le cœur.

*Entretien : Michel GEDDA*

## ■ LA PREUVE !

*L'évolution d'une profession paramédicale comme la nôtre s'effectue sous l'influence de très nombreux facteurs : modifications législatives ou réglementaires, charisme des maîtres, données démographiques, sociologiques, économiques mais aussi - et fort heureusement - amélioration et exigence de la connaissance scientifique et clinique.*

*Cette nouvelle rubrique se propose de vous inviter à découvrir, au fil des prochains numéros, diverses notions scientifiques utilisées en recherche à visée clinique.*

### Diversité de la recherche clinique.

Pour cette première rubrique, découvrons ensemble la diversité des objectifs d'études de recherche différentes qui pourraient contribuer à répondre pour partie à la seule question suivante : *les techniques de masso-kinésithérapie sont-elles préférables aux autres thérapeutiques dans la prise en charge d'un pied bot varus équin ?*

#### OBJECTIF N°1

Développer et valider des outils de mesure pour les variables anatomiques, physiologiques, fonctionnelles ou thérapeutiques susceptibles d'être modifiées par l'application de nos techniques (exemple : *rappports osseux entre talus et naviculaire, mobilité articulaire de cheville, circonférence du mollet, force musculaire des muscles du pied, équilibre unipodal, taux d'intervention chirurgicale secondaire, etc.*).

Ces outils de mesure comprennent les scores et grilles basés sur des critères uniquement cliniques (donc utilisables par tous en cabinet) et les instrumentations parfois complexes et coûteuses, réservant leur utilisation dans des situations expérimentales de laboratoire. Les outils de mesure sont indispensables à toute autre recherche.

#### OBJECTIF N°2

Décrire par des études transversales les valeurs prises par ces variables anatomiques, physiologiques et fonctionnelles dans des populations saines et des populations pathologiques. Ces études descriptives sont importantes.

Elles permettent :

- De déterminer objectivement des seuils au-delà desquels il est possible de considérer une situation "normale" ou "pathologique" (exemple : *quelle est l'amplitude du débattement articulaire normal d'une cheville de nouveau-né ?*) et de définir des classifications de la sévérité de l'atteinte (si cette dernière doit alors servir d'outils de mesure, retour à l'objectif n°1 !).

Certaines professions de rééducation ont une majorité de leur bilans étalonnés par rapport à une population saine, je pense en particulier aux orthophonistes. Ceci est loin d'être le cas en masso-kinésithérapie.



- D'inventer (développer, modifier) des techniques justifiées par la connaissance anatomo-physiologique que ces études apportent (exemple : *contre-prise sur le talus et non le calcaneus, au vu des déformations principales au niveau de l'articulation talo-naviculaire*).

#### OBJECTIF N°3

Observer par une étude longitudinale l'évolution spontanée d'un pied bot varus équin. Ces études permettent de décider de ne pas traiter les pathologies qui régressent spontanément et de déceler des facteurs pronostiques, si elles ont été menées de manière prospective, avec des outils de mesure fiables et validés.

#### OBJECTIF N°4

Observer par une étude longitudinale l'évolution spontanée d'un pied bot varus équin lors de la mise en œuvre d'une technique de rééducation précisément décrite. Cette étude non contrôlée (pas de groupe témoin) ne permet pas de conclure sur l'efficacité de la technique mais permet d'évaluer le pronostic sous traitement (exemple : *x% des enfants seront opérés au cours de la première année après un traitement associant telles mobilisations passives, telles mobilisations actives et tel appareillage*).

#### OBJECTIF N°5

Mesurer l'efficacité des techniques de masso-kinésithérapie en comparant, par une étude longitudinale contrôlée (objectifs n°3 et n°4 simultanés), l'évolution des variables sous traitement et sans traitement (groupe contrôle, témoin). Si ce dernier point n'est pas envisageable pour des raisons éthiques (pathologie dont l'évolution spontanée entraîne une détérioration de l'état de santé), on propose l'objectif n°6.

#### OBJECTIF N°6

Comparer l'efficacité des techniques de masso-kinésithérapie à celle d'une autre thérapeutique en confrontant l'évolution dans le temps des variables sous traitement "1" (exemple : *méthode fonctionnelle*) à celles sous traitement "2" (exemple : *plâtres*) par une étude longitudinale prospective. Idéalement, sont étudiés aussi bien les bénéfices du traitement que ses effets secondaires (risque iatrogène). Ce type d'étude permet de conclure éventuellement à la supériorité d'un traitement par rapport à l'autre au regard des effets thérapeutiques ou au moindre risque iatrogène.

*L'évolution d'une profession paramédicale comme la nôtre s'effectue sous l'influence de très nombreux facteurs : modifications législatives ou réglementaires, charisme des maîtres, données démographiques, sociologiques, économiques mais aussi - et fort heureusement - amélioration et exigence de la connaissance scientifique et clinique.*

*Cette nouvelle rubrique se propose de vous inviter à découvrir, au fil des prochains numéros, diverses notions scientifiques utilisées en recherche à visée clinique.*

## Diversité de la recherche clinique.

Pour cette première rubrique, découvrons ensemble la diversité des objectifs d'études de recherche différentes qui pourraient contribuer à répondre pour partie à la seule question suivante : *les techniques de masso-kinésithérapie sont-elles préférables aux autres thérapeutiques dans la prise en charge d'un pied bot varus équin ?*

### OBJECTIF N°1

Développer et valider des outils de mesure pour les variables anatomiques, physiologiques, fonctionnelles ou thérapeutiques susceptibles d'être modifiées par l'application de nos techniques (exemple : *rappports osseux entre talus et naviculaire, mobilité articulaire de cheville, circonférence du mollet, force musculaire des muscles du pied, équilibre unipodal, taux d'intervention chirurgicale secondaire, etc.*).

Ces outils de mesure comprennent les scores et grilles basés sur des critères uniquement cliniques (donc utilisables par tous en cabinet) et les instrumentations parfois complexes et coûteuses, réservant leur utilisation dans des situations expérimentales de laboratoire. Les outils de mesure sont indispensables à toute autre recherche.

### OBJECTIF N°2

Décrire par des études transversales les valeurs



**Joëlle ANDRÉ-VERT,**  
Responsable de la Chronique.  
joelle.andrevert@ch-longjumeau.fr

**1<sup>er</sup> FESTIVAL INTERNATIONAL  
MUCO'S BOOGIE**  
BOOGIE - WOOGIE & BLUES

Samedi 12  
Dimanche 13 Juin 2004  
St Valéry, Abbeville, Eaucourt

Samedi après-midi :  
dans le train de  
Saint Valéry sur Somme.

Samedi soir :  
concert au  
théâtre municipal  
d'Abbeville

Dimanche :  
repas champêtre  
à Eaucourt sur Somme

renseignements / réservations  
au **03 22 72 40 27**  
[www.mucosboogie.com](http://www.mucosboogie.com)

Logos: Somme, ORKYN, FRANCE BLEU Picardie, ASSOPP, etc.

### ■ OFFRE D'EMPLOI

† Le CH d'Hénin-Beaumont Charlon (62) recherche, pour l'ouverture d'un service de Soins de Suite de Réadaptation et de Gérontologie Clinique, un Cadre de Santé Kinésithérapeute :

- mise en place d'une équipe de kinésithérapie SSR constituée avec 2 eqtp kinésithérapeutes ;
- création et réalisation du projet de rééducation ;
- mise en place du PMSI- SSR ;
- enseignement pour les étudiants ;
- mise en place d'une équipe mobile gérontologique.

**Monsieur le Docteur Jean-Bernard LEMAIRE**  
CENTRE HOSPITALIER D'HÉNIN-BEAUMONT  
585, Avenue des Déportés - BP 09  
62251 HÉNIN-BEAUMONT CD  
Tél : 03.21.08.14.77  
[jb.lemaire@ch-henin.fr](mailto:jb.lemaire@ch-henin.fr)

## ■ LA QUESTION NAÏVE

*Le talent a-t-il besoin de passion ?*

Joseph Joubert (Carnet)

## ■ DÉBAT D'OPINION

**Bernard PALOMBA,**

Coordonateur du réseau AIR + R à Osseja (66)

**Grégory NINOT,**

Maître de conférences, Université Montpellier I

### **Le réseau de post-réhabilitation : une nécessité pour pérenniser les acquis.**

La Réhabilitation Respiratoire a fait la preuve de son efficacité, elle fait partie désormais des recommandations des sociétés de pneumologie pour la prise en charge des Malades Respiratoires Chroniques [1,2,3].

Toutefois, si les progrès des patients sont quasi constants, ils sont hélas souvent éphémères car leur pérennisation dépend de la poursuite régulière des activités physiques.

Or, faute de structures adaptées, beaucoup abandonnent progressivement les habitudes de vie active prises au centre, souvent à la suite d'une surinfection ou d'un problème familial. Ils retombent dans la spirale du déconditionnement et attendent alors le prochain séjour pour retrouver leurs performances de l'année précédente. Indiquant par là, que l'un des objectifs de la Réhabilitation, en l'occurrence l'autonomie du patient, n'a pas été atteint.

Il existe donc un réel besoin de suivi des programmes de réhabilitation, et pour y répondre nous avons mis en place en Languedoc-Roussillon, un réseau de post réhabilitation composé de professionnels de santé et travaillant en partenariat avec des associations de patients.

Il s'agit en fait d'un partenariat entre les centres de réhabilitation, les centres hospitaliers, les services de réentraînement à domicile, la Faculté des sciences du sport et de l'éducation physique (Université Montpellier I), les professionnels libéraux et les patients. L'installation de ce réseau AIR+R est prévue sur 3 ans.

#### **FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU AIR+R**

L'objectif du réseau est de pérenniser les acquis de la réhabilitation en proposant des structures adaptées pour la poursuite des activités dans un cadre favorisant l'autonomie.

Cette action de suite coordonnée repose sur :

- des associations locales de personnes malades respiratoires chroniques ayant effectué au moins un séjour de réhabilitation désirant poursuivre celle-ci lors du retour à domicile ;

- un Comité Régional de Pilotage regroupant des experts de la réhabilitation et des représentants des patients.

Les associations de patients sont au centre du système et regroupent des patients ayant déjà suivi un ou des programmes de réhabilitation en centre ou à domicile. Elles offrent à leurs adhérents plusieurs types d'activité :

- **Poursuite des activités physiques**

- 1 séance d'Activités Physiques Adaptées (A.P.A.) en salle par semaine, encadrée par un professeur d'A.P.A. détaché par la Faculté. Cette séance est réalisée dans des structures démedicalisées (mise à disposition de salle de gymnastique par les municipalités par exemple).

- 1 marche en extérieur par semaine, encadrée par deux professionnels de santé (professeur A.P.A. et M.K.), et éventuellement un patient accompagnateur formé à cet effet par le réseau. La présence de plusieurs encadrants permet de constituer des groupes de niveau et d'adapter à chacun l'effort proposé.

- En plus de ces activités de groupe, les patients de l'association bénéficient d'une séance hebdomadaire de kinésithérapie respiratoire individuelle chez un kinésithérapeute. Ces séances associent aux techniques classiques de ventilation et de désencombrement, une activité de réentraînement sur cyclo-ergomètre avec contrôle ventilatoire tout au long de l'exercice.

Toutes ces activités physiques sont menées au niveau du seuil ventilatoire [4] déterminé lors de l'épreuve d'effort. Trois séances par semaine sont ainsi réalisées, ce qui est la fréquence généralement admise pour réaliser ou maintenir des progrès.

- **Éducation thérapeutique** pour la Santé sur des thèmes choisis par les patients (nutrition, sevrage tabagique, utilisation des médicaments, drainage, etc.) pour l'apprentissage de comportements favorables à la santé. L'intervenant est, selon le thème, médecin, nutritionniste, infirmier, M.K., professeur d'A.P.A. ou psychologue.

- **Les groupes de parole** animés par un psychologue, permettent aux adhérents d'évoquer leur vécu de la maladie, d'échanger les solutions trouvées par chacun et de dédramatiser ainsi leur situation.

- **Les activités socio-conviviales** permettent de lutter contre l'isolement très fréquent chez ces patients. Ils se retrouvent en groupe, dans des lieux devenus pour eux inhabituels (théâtre, cinéma, sortie/journée, etc.), ce qui leur permet ainsi d'oublier leur handicap. Enfin ces sorties sont le meilleur moyen de fidéliser les patients aux activités physiques.

L'entraide pour les membres de l'association est également un élément clé, tant sur le plan administratif, social que personnel. En cas de surinfection par exemple, les coups de téléphone ou les visites des uns et des autres sont autant de signes d'amitié qui reconfortent et qui montrent que l'on existe.

Ces associations loi 1901, appelées A.P.R.RES. (Association pour la Poursuite de la Réhabilitation RESpiratoire) sont dirigées par un Bureau, élu par l'Assemblée Générale des adhérents, qui travaille de concert avec les professionnels de santé, un médecin référent et le Comité de Pilotage.

Depuis la création de AIR+R fin 2002, 4 associations sont opérationnelles : Nîmes, Perpignan, Carcassonne et Montpellier depuis octobre. En 2004, 4 autres associations seront mises en place afin de décentraliser et couvrir l'ensemble de la région.

#### LE COMITÉ RÉGIONAL DE PILOTAGE

Il a pour objectifs :

- impulser une dynamique à l'association de patients ;
- administrer le réseau et harmoniser la marche des différentes associations ;
- assurer la démarche qualité et une veille scientifique.

Ses attributions sont diverses :

##### • Formation

- pour les professionnels de santé qui doivent se former à la réhabilitation respiratoire ;
- pour les patients accompagnateurs qui aident à l'encadrement des autres patients.

##### • Information

Il assure la communication interne auprès des différentes associations locales, mais également, communication externe auprès des pouvoirs publics, des institutions de santé (C.P.A.M., C.N.A.M., A.R.H., etc.). La communication repose notamment sur un dossier médical partagé accessible à tous les acteurs en fonction de leurs besoins. Une version papier est actuellement testée avant une prochaine version informatisée.

##### • Évaluation

La Commission Scientifique contrôle la procédure d'évaluation, dont l'importance est capitale pour faire perdurer le réseau.

Une étude, établie avec l'Université Montpellier I et le Département d'Information Médicale (C.H.U. Montpellier), est menée afin de vérifier les incidences médico-économiques du réseau. L'objectif de cette étude est de vérifier la pérennité des progrès réalisés lors du programme de réhabilitation et le retentissement sur les coûts de santé.

##### • Administration

Le Comité de Pilotage réunit des représentants des professionnels de santé acteurs du réseau, des personnalités du monde médical, des représentants des associations de patients.

Il comprend :

- une commission scientifique responsable de la partie médicale de l'action
  - un conseil d'administration, responsable du fonctionnement pratique et de l'administration du réseau.
- Un coordinateur à plein temps est chargé de la mise en place effective du réseau et des associations.

#### FINANCEMENT

Un financement par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville a été obtenu auprès de l'URCAM Languedoc-Roussillon en novembre 2002. Il permet entre autre la rémunération des séances des professionnels de santé et la réalisation des séminaires de formation.

Cette action à caractère associatif reçoit un accueil favorable de la part des municipalités, des mutuelles de santé qui mettent à disposition des salles d'éducation physique et/ou de réunion. Elle est également favorisée sur le plan logistique par des laboratoires pharmaceutiques (qui sponsorisent les nombreuses réunions rendues nécessaires) et les prestataires de service (qui mettent à disposition du matériel de surveillance ou d'oxygénothérapie).

#### CONCLUSION

La poursuite de la réhabilitation dans un réseau régional est une réponse aux besoins actuels des patients malades respiratoires chroniques et de leurs soignants. Il permet un meilleur ajustement du système de santé à la maladie respiratoire chronique. Le travail en réseau est fondé sur une vision nouvelle et globale du patient malade chronique. Ce dernier devient, grâce à une formation adéquate, un partenaire à part entière de l'équipe de soin.

Depuis sa création, AIR+R Languedoc Roussillon rencontre une réelle adhésion des patients dont certains s'impliquent de façon remarquable. Cette innovation conceptuelle et technologique doit déboucher sur une meilleure maîtrise des dépenses de santé grâce à une plus grande proximité vis-à-vis du patient et une action de suite coordonnée. L'objectif majeur est de réduire les épisodes d'exacerbation, les hospitalisations et les séjours systématiques en centre de réhabilitation. Si les pouvoirs publics cherchent à promouvoir ce type d'action, il est indispensable que les professionnels de santé et les kinésithérapeutes en particulier, en soient partie prenante.

#### Références

1. American Thoracic Society : Pulmonary rehabilitation-1999. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:1666-82.
2. European Respiratory Society Rehabilitation and Chronic Care Scientific Group : Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease with recommandations for its use. Eur Respir Rev 1991;6:1-68.
3. Société de Pneumologie de Langue Française : Recommandations pour la prise en charge des BPCO. Paris : Masson, 1996.

## FORMATION

### Stage et démarche qualité.

*On nous dit que le stage en formation initiale des kinésithérapeutes est une activité déterminante dans le processus d'apprentissage du métier.*

*On nous dit - les étudiants nous disent - qu'il faut améliorer la prise en charge des étudiants en stage.*

*On nous dit encore qu'il faut inscrire le stage dans une démarche qualité.*

*Mais qu'en est-il dans la pratique au quotidien ?*

*Je vous propose, dans ces quelques lignes, de présenter la pratique du Centre de Rééducation du Grand Feu à Niort qui accueille régulièrement des étudiants kinésithérapeutes de divers IFMK. Madame Michèle Géber, cadre et kinésithérapeute chef de l'établissement a développé avec son équipe une démarche qualité dans la prise en charge des étudiants en stage.*

*Elle interroge plus particulièrement depuis quatre ans la satisfaction des étudiants et elle a accepté de publier dans La Lettre les résultats de ce travail. Je lui cède la plume.*

par

**Michèle GÉBER,**

*Kinésithérapeute Chef de Service,  
C.R.F. Le Grand Feu, Niort.*

Le Grand Feu est un Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle créé en 1978 par l'Association Nationale des Usagers et Accidentés de la Route (A.N.U.A.R.). Il est financé par diverses Mutuelles Assurances (M.A.C.I.F., M.A.A.F., etc.). Les pathologies traitées sont très diverses : des polytraumatismes, des atteintes neurologiques, des amputés, des grands brûlés...

Le Service Kinésithérapie comporte 26 MK dont un kiné-chef et 4 chefs de groupe, 2 EPS, 3 Brancardiers.

La fonction Tutorale est un élément important du C.R.F. le Grand Feu, elle est considérée comme facteur déterminant de la qualité du service apporté à notre public.

L'organigramme du tutorat distingue :

- le Tuteur Hiérarchique représenté par le directeur médical et le directeur administratif de l'établissement ;

- le Tuteur Relais, MK chef de service ;

- le Tuteur Opérationnel, MK chef de groupe ;

- le Kinésithérapeute Référent.

Le Tuteur Relais reçoit les étudiants 2 fois par semaine pour des présentations orales et il évalue l'étudiant en fin de stage avec un médecin du Centre.

Le Tuteur Opérationnel confie à l'étudiant quatre patients (en fonction des objectifs de l'étudiant) sous la responsabilité d'un kinésithérapeute référent. Il évalue le stagiaire avec le groupe de kinésithérapeutes référents.

Nous recevons environ entre 40 et 50 étudiants par année dans le service, dont 85% d'étudiants en kinésithérapie (et 15% d'étudiants en ortho-prothèse, en éducation physique adaptée, etc.).

Nous avons créé un dossier de suivi des étudiants en stage qui est tenu à jour régulièrement (deux fois par semaine) ; celui ci trace le parcours du stagiaire, vérifie la réalisation des objectifs de l'étudiant, note le type des patients pris en charge ainsi que les techniques employées, les questions posées...

D'un point de vue pratique, le C.R.F. loge les étudiants, dans la mesure du possible, dans une petite maison attenante au Centre.

### ÉVALUATION DU STAGE PAR LE STAGIAIRE

À la fin du stage l'étudiant est invité à évaluer le stage de façon globale sur une échelle de 0 à 10, et à développer les différents aspects positifs ou négatifs ainsi que les suggestions qu'il souhaite faire pour l'amélioration de la qualité du stage, cette évaluation est notée et est retransmise aux différents acteurs du processus de formation de l'étudiant en stage.

Les tableaux suivants montrent les principaux résultats de l'enquête de satisfaction. On peut admettre un haut degré de satisfaction sans pouvoir véritablement expliquer le relatif pic de 2,5% de 2001-2002.

Tableau I :

Satisfaction globale des étudiants sur quatre ans.



Voici deux tableaux illustrant les points forts et les points faibles.

**Tableau II :**  
Points faibles selon les étudiants.

<b>Humains</b>	- Kinés pas assez derrière nous - Kinés trop présents - Problèmes relationnels avec service lingerie
<b>Matériels</b>	- Douche à réparer - Sommier cassé - Draps à changer plus souvent - Vols dans le vestiaire - Pas assez de quantité de nourriture le soir - Problèmes de recherche du matériel kiné - Coussins au sol (hygiène ?)
<b>Organisation</b>	- On est un peu perdu au début - Il nous faudrait plus de temps - 4 patients, c'est trop - 4 patients, c'est pas assez
<b>Communication</b>	- Je n'ai pas osé poser des questions

**Tableau III :**  
Points forts selon les étudiants.

<b>Humains</b>	- Très bon accueil - Très bon encadrement - Très bon suivi - Bonne ambiance - Interdisciplinarité - Topos
<b>Matériels</b>	- Beaucoup de matériel - Nourriture excellente
<b>Locaux</b>	- Hébergement très bien
<b>Organisation</b>	- Excellente organisation - Beaucoup de bilans - Rigueur dans les bilans
<b>Communication</b>	- Ambiance sympa et chaleureuse

Voici un exemple de suggestions de la part des étudiants.

**Tableau IV :**  
Suggestions des stagiaires kinésithérapeutes.

<b>Humains</b>	- Que certains kinés soient plus diplomates et évitent de nous critiquer devant les patients
<b>Matériels</b>	- Changer les draps toutes les semaines - Trouver une solution contre les vols dans les vestiaires - Lavage de nos tenues
<b>Locaux</b>	- R.A.S.
<b>Organisation</b>	- Plus de M.S.P. - Suivre un kiné en particulier - Aménager les horaires pour utilisation des ordinateurs et de la bibliothèque - Changer de Groupe
<b>Communication</b>	- « Trombinoscope » du personnel du service dans le livret d'accueil

Enfin, et en guise de conclusion, ce dernier tableau V (voir page suivante) illustre bien les termes de satisfaction (et d'insatisfaction) des étudiants sur l'année 2001-2002. Il constitue une bonne représentation du point de vue de l'acteur au centre du dispositif de formation c'est-à-dire l'étudiant.

**Tableau V :**  
Évaluation du stage sur l'année 2001-2002.  
(voir page suivante)



**Richard GOUARNÉ,**  
Responsable de la Chronique.  
ifmk.direction@chu.poitiers.fr

Année	Cotation/10	Aspects négatifs	Aspects positifs	Suggestions
3	7/10	- La qualité des lits - Odeur de cigarettes dans le salon de « la petite maison »	- Encadrement de l'équipe - Il y a toujours quelqu'un quand on a besoin d'aide - Ambiance de travail qui aide à l'intégration	- Changer les lits - Interdire la cigarette dans le salon
3	8/10	- Les lits - Le chauffage	- L'équipe et l'encadrement - La disponibilité des kinés pour répondre aux questions - Le choix des patients	- Accès à Internet
3	8/10	RAS	- L'intégration de l'équipe à tous les plans - Beaucoup de matériel - La relation au patient - Les topos	- Plus de patients ? - Plus d'évaluations blanches
3	9/10	- Odeur de cigarette dans la maison	- J'ai apprécié l'encadrement - Les kinés sont disponibles	- Accès à Internet
2	9/10	- Pas d'accès à internet	- On voit beaucoup de pathologies différentes - L'accueil est excellent - On est sur place	RAS
2	8,5/10	- Je regrette de ne pas revenir en 3 <sup>ème</sup> année - J'aurais aimé aller en balnéo	- Les kinés ont confiance en nous - Ils nous font des remarques gentiment - Suivre complètement nos patients - On mange bien - On peut utiliser pas mal de matériel	- Aller dans tous les services le premier jour
2	9/10	RAS	- Ce stage m'a donné envie de travailler en C.R.F. - On voit plein de pathologies différentes - On est bien encadré, on nous fait confiance aussi - Logement, nourriture, on ne s'occupe de rien de matériel	RAS
3	9/10	- Horaires un peu lourds - Voir 2x les patients par jour, c'est répétitif	- Bonne entente avec les kinés - Bon équipement - Pathologies très variées - Stage très intéressant	- Plusieurs MSP
3	8/10	- Manque de place dans les locaux - Les mêmes patients pendant un mois	- On voit plein de pathos différentes - Il y a beaucoup de matériel - Les kinés sont à notre écoute	- Assister à des consultations médicales - Avoir plusieurs MSP
2	8/10	- Je ne suis pas allée en piscine !	- Equipe qui nous a bien intégré - Kinés ouverts et disponibles	RAS
2	8/10	- Le premier jour j'ai eu du mal à choisir mes patients	- Stage très bien au niveau du suivi, bonne intégration	- Changer horaires des topos
1	8/10	RAS	- Tout le monde répond à mes questions - J'ai pu voir les autres services - Equipe sympathique - Voir la progression de certains patients	RAS
3	8/10	- Trop de galettes ( j'ai pris 2 kg)	- Bien encadrés par kinés responsables	- Casiers dans les vestiaires
3	8,5/10	- Avoir plus de temps en dehors des 4 patients pour visiter les autres services	- On a répondu à toutes mes questions - Il y a beaucoup de matériel, c'est agréable	- Avoir plusieurs MSP
3	8/10	- La literie est à revoir...	- Encadrement et formation des kinés - Travail avec les prothésistes	- Quand on est deux, avoir une plus grande chambre