

Hospinews Focus :

Kinopedia.be - Quand les kinésithérapeutes se spécialisent dans les évaluations et traitements pédiatriques

Octobre 2012

Interview de : Sébastien Vanderlinden et Evelyn Carpentier

Propos recueillis par : Emmanuelle Vanbesien

Editeur : Hospichild.be / asbl cdcs-cmdc vzw

Cet article est sous droits réservés selon la licence Creative Commons Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification - 2.0 Belgique (CC BY-NC-ND 2.0) selon laquelle :

Vous êtes libres :

* de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public

Selon les conditions suivantes :

* **Paternité** — Vous devez citer le nom de l'auteur original de la manière indiquée par l'auteur de l'oeuvre ou le titulaire des droits qui vous confère cette autorisation (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous soutiennent ou approuvent votre utilisation de l'oeuvre).

* **Pas d'Utilisation Commerciale** — Vous n'avez pas le droit d'utiliser cette création à des fins commerciales.

* **Pas de Modification** — Vous n'avez pas le droit de modifier, de transformer ou d'adapter cette création.

Pour toute demande de diffusion hors de ces clauses, veuillez envoyer un mail à evanbesien@hospichild.be

Kinopedia.be est le site de l'association belge pour la kinésithérapie pédiatrique (A.B.K.P.-B.V.P.K.), destiné aux professionnels de la santé mais aussi au grand public, dont les parents d'enfants concernés par divers évaluations et traitements en kinésithérapie.

Au-delà de l'aspect pratique de son site d'informations www.kinopedia.be, l'ABKP c'est d'abord une association de kinésithérapeutes qui ont considéré leur pratique sous un angle réflexif et proactif : traiter des enfants, ce n'est pas la même chose que travailler avec des adultes, à bien des égards et aucun professionnel de la pédiatrie ne les contredira. Soigner un enfant, c'est aussi le soigner dans un contexte familial, scolaire, social, etc. C'est communiquer d'une manière différente. C'est apprendre aux parents, à ses proches, les bons gestes, les bons réflexes, étudier son milieu de vie pour apporter les meilleures réponses... Ce travail particulier demande de prendre beaucoup de temps avec l'enfant en premier lieu, mais aussi avec les acteurs qui encadrent l'enfant. Pour aller plus loin,

Hospichild a rencontré Sébastien Vanderlinden et Evelyn Carpentier, deux des membres fondateurs de l'Association Belge de Kinésithérapie Pédiatrique.

Quel sont les buts de l'Association Belge de Kinésithérapie Pédiatrique ?

Sébastien Vanderlinden :

- Mettre en évidence que la pratique avec les enfants est très particulière à bien des égards et d'autre part, que le foisonnement de nouvelles techniques et les formations exigent un encadrement rationnel, un cautionnement académique pour protéger les patients, en contrôlant l'efficacité de chacune de ces techniques et éventuellement des dangers liés à ces pratiques.

Le kinésithérapeute doit de plus en plus produire des rapports et tests scientifiques pour défendre certaines conditions particulières de remboursement. Aux USA où j'ai eu l'occasion de pratiquer un certain temps, on doit prouver qu'on est efficace, que le patient atteint un résultat espéré dans un temps imparti. Tous ces aspects doivent être considérés avec beaucoup de recul car si les enfants sont des êtres par "défaut" en évolution, il arrive que celle-ci ne s'inscrive pas toujours dans le sens d'une évolution positive en fonction de la pathologie qu'ils présentent et quelque soient tous les soins médicaux compris qui leurs sont délivrés. Ceci est doublement particulier dans la mesure où dans pas mal de situations, les médecins ont besoins de plusieurs années pour poser un diagnostic complet.

- L'association propose un agenda de formations continuées, regroupe les praticiens pour leur offrir un ensemble de services, et souhaite relayer le travail réflexif de l'ABKP au sein d'institutions officielles comme AXXON (Association représentative de tous les kinésithérapeutes en Belgique). Au sein du Conseil d'Administration de notre association, nous comptons des docteurs en kinésithérapie, des chargés de cours à l'université et dans les Hautes Ecoles, des coordinateurs de formation continue et des praticiens de tout horizon de la pédiatrie. Nous nous alignons ainsi sur la politique des organisations nationales et mondiales qui possèdent une division de kinésithérapie pédiatrique.

- Par notre site internet, nous sommes également une plateforme d'information pour les parents et les jeunes patients; le site propose un moteur de recherche performant pour trouver un kinésithérapeute dans sa région et selon plusieurs critères. Le site est bilingue français - néerlandais.

Comment avez-vous eu l'idée de vous rassembler ?

Evelyn Carpentier : Nous avons eu l'occasion de nous rencontrer à maintes reprises au cours de colloques, conférences et séminaires consacrés à la kinésithérapie pédiatrique. Ces rencontres nous ont permis de confronter nos pratiques et se rendre compte que nous partagions certains constats et ainsi, de fil en aiguille, nous avons mis sur pied une première réunion. Aujourd'hui, nous comptons 150 membres répartis sur toute la Belgique.

La kinésithérapie pédiatrique aujourd'hui, est-ce aussi une pratique multidisciplinaire comme on en parle en médecine ?

E.C.: Oui, tout à fait, nombre d'entre nous partageons d'ailleurs un cabinet avec d'autres praticiens (logopèdes, psychologue, neuropsychologue,...) qui possèdent des compétences particulières. Nous sommes ainsi à même de proposer une prise en charge globale et cohérente pour les enfants. Cette pratique tend à se répandre de plus en plus et en Flandre, cela fait un certain temps que nous travaillons de manière regroupée et multidisciplinaire.

S.V. : Cette tendance s'inscrit dans un contexte global médical où différents spécialistes doivent se partager les informations, suggestions, remarques à propos d'un patient, favorisant ainsi une prise en charge de grande qualité avec une tendance à l'évolution vers la transdisciplinarité. Une des difficultés qui est en progression consiste à ramener en permanence le choix optimal de la répartition du programme de rééducation pour les enfants qui ont besoin d'un suivi multidisciplinaire.

Vous évoquez une prise en charge tout à fait spécifique lorsque le praticien s'oriente vers la pédiatrie ?

S.V.: Dans la pratique de tous les jours, nous voyons des enfants qui ont des pathologies, parfois lourdes, des handicaps, qui nécessitent une prise en charge importante, avec non seulement un travail en cabinet ou à domicile, comme pour l'adulte, mais aussi dans ses différents contextes de vie. Ceci est particulièrement vrai notamment pour l'évaluation. C'est donc important que nous puissions relayer ce constat auprès d'instances comme AXXON, afin de défendre notre point de vue.

Par exemple, le kinésithérapeute pédiatrique ne peut pas soigner plusieurs personnes "en même temps", comme un kinésithérapeute pour certains "adultes" peut parfois se le permettre dans une certaine mesure. Lorsque l'on s'occupe d'un enfant, on doit s'occuper de lui tout seul. De plus, nous soignons un enfant qui évolue dans des contextes de vie multiples, avec l'explosion des familles recomposées, des séparations, des différents cadres de vie comme la (les) maison(s), l'école, l'institution. Cela implique que nous expliquions à l'enfant la poursuite de son traitement à la maison, mais aussi aux parents, grands-parents qui prennent souvent le relais aujourd'hui. Ces situations, malgré leur caractère indispensable, compliquent par exemple la programmation des séances car ces jeunes patients sont souvent dépendants de plusieurs personnes pour les conduire en séance. Et ceci peut être très consommateur de temps et d'énergie.

E.C.: Nous devrions par exemple régulièrement nous rendre dans son milieu scolaire ou de crèche, ou d'encadrement de jour dans le cas d'un enfant handicapé pour former, informer l'enseignant, le responsable de l'enfant. Mais les frais qui dédommagent nos déplacements (coût temps nécessaire + frais du véhicule) sont complètement dérisoires.

Les nomenclatures ne sont pas toujours adaptées aux réalités de terrain ?

S.V.: De fait, dans le cadre par exemple de l'infirmité motrice cérébrale, les conditions restrictives (en fait, le diagnostic étiologique et neuropathophysiologique n'explique pas toujours le tableau clinique moteur) pour octroyer des séances d'1 heure ne correspondent pas toujours à la réalité et aux besoins cliniques de thérapie des patients.

Prenons l'exemple d'un enfant atteint d'un autisme sévère ou une déficience cognitive sévère: il ne peut pas être reconnu dans une pathologie lourde et remboursée de manière chronique dans un code en kinésithérapie. Il n'aura pas droit aux 5 à 7 séances hebdomadaires accordées pour les pathologies lourdes, alors qu'il peut être extrêmement difficile de le canaliser pour le structurer dans l'espace et le temps. Il peut donc être simplement risqué et délicat le faire déambuler en limitant les dangers, par exemple dans les escaliers.

Nous devons également des bilans et rapports qui peuvent être très longs, dans l'intérêt du patient. Il y a des efforts qui ont déjà été faits par l'INAMI pour considérer cela, mais notre nécessité clinique de régulièrement entrer en contact avec tous les intervenants qui suivent un enfant, prend également beaucoup de temps et d'énergie "non facturable".

Les référentiels sont donc à retravailler et ne correspondent pas à la réalité de terrain.

E.C.: Un autre exemple: les kinés ne peuvent plus se rendre à l'école pour effectuer leur traitement, alors qu'il est crucial de s'y rendre pour aider l'enfant à se développer dans son cadre scolaire, nous devons alors appliquer un code "domicile". Il est aussi extrêmement important pour certains enfants handicapés de trouver une bonne posture de nuit, de pouvoir être bien transféré dans son bain, dans l'auto, etc...Ceci nous demande des concertations étroites avec le médecin prescripteur et l'orthésiste.

Le temps consacré à l'information de l'entourage de l'enfant est donc crucial ?

S.V.: Tout à fait, nous devons nous adapter à la société qui a connu ces dernières années des changements importants, en modifiant totalement le schéma des noyaux familiaux notamment. Il faut soigner l'enfant dans la continuité, assurer une cohérence entre ses différents lieux de vie, ses différents besoins, pour reproduire les bons gestes dans le quotidien, sinon les meilleurs soins du monde ne seront pas les plus efficaces!

Ce temps de "formation de l'entourage de l'enfant" n'est ni reconnu, ni valorisé ?

E.C.: Non, pas du tout. Et pourtant, chaque jour, nous devons donner du temps d'apprentissage, du temps d'écoute, avec différents acteurs, tels les parents, grands-parents, enseignants, aide soignantes, puéricultrices etc. Dans certains cas, les parents sont perdus, nous les aidons à prendre contact avec des centres de références, dans le cas de pathologies lourdes. Il existe une convention IMC qui autorise le kiné à être dédommagé pour sa présence en réunion de synthèse du bilan réalisé dans ces centres de références; il y a donc également un peu de chemin qui se fait dans le bon sens.

La solution serait de pouvoir adapter la nomenclature à la spécificité de l'enfant ?

S.V.: C'est effectivement un constat que nous partageons et que nous souhaitons relayer aux instances officielles et pouvoirs publics. C'est non seulement pour pouvoir obtenir une valorisation de notre travail mais surtout pour pouvoir assurer des formations spécifiques, encadrées de manière académique notamment et donc pour garantir des soins de qualité, efficaces et continus.

Par exemple, si un enfant n'est pas reconnu et traité dans une pathologie IMC avant l'âge de 7 ans, il n'aura plus droit à ce code.

Nous devons aussi aider l'enfant handicapé ou gravement malade à évoluer dans un enseignement normal, là, nous pouvons jouer un rôle très important pour l'y aider. Par exemple, il peut arriver que nous soyons les mieux placés pour expliquer et instruire un enseignant à gérer la mise en place d'attelles ou à superviser l'utilisation d'aides à la mobilité au sein de l'école fréquentée par l'enfant. Aucun code ne nous permet de jouer ce rôle pourtant tellement évident quand on connaît le terrain.

E.C.: Un autre exemple est l'évaluation du patient pédiatrique dans son comportement, ses mouvements, déplacements pour pallier la faiblesse des tests qui ne sont pas représentatifs de la globalité de l'enfant. Nous demandons aux parents de filmer leur enfant dans son contexte de vie, il faut ensuite prendre le temps de visionner les films et noter méthodiquement tout ce qu'il y a lieu de corriger, traiter, etc.

En un mot comme en cent, le travail pédiatrique requiert énormément de temps pour pouvoir être complet et donc efficace.

Echanges de bonnes pratiques, recommandations, formations, codes spécifiques, la tâche est vaste ?

E.C. - S.V.: "Rires" ... Oui ! Et combien nécessaire pour pouvoir s'adapter aux évolutions sociétales ! Et sachez que comme indépendants conventionnés, nous percevons 21,08€ bruts pour minimum 30 minutes de séance (par patient et sans compter tout ce qui doit être fait en dehors du temps de traitement). No comment. Et n'oublions pas que le maximum de 20 patients par jour (règle INAMI) est tout simplement rude à atteindre considérant la patience et l'énergie à mettre pour tirer toutes ces familles et enfants souvent en souffrance.

Merci de cet entretien et bonne continuation à l'ABKP.

Propos recueillis par Emmanuelle Vanbesien, coordinatrice Hospichild.

Infos

www.kinopedia.be