

Journal d'un kiné en campagne



Récit

Jean-Paul PATUREL

Introduction

Ceci est mon histoire, celle de ma vie professionnelle. Au-delà, bien d'autres ont vécu des années identiques, des histoires similaires. Mon but n'est pas de décrire des situations exceptionnelles. Je veux seulement rendre compte de la manière dont je me suis impliqué dans mon quotidien de Masseur-kinésithérapeute. Si bien sûr le titre de ce modeste ouvrage se veut un clin d'œil, il a deux significations.

Au premier degré, j'ai effectivement exercé la plus grande partie de ces années en zone rurale. Mais au-delà, il s'agit de la campagne que j'ai voulu mener au quotidien dans la vision personnelle que j'avais de l'exercice de ce métier, de l'approche de mes patients. Je voulais donner de moi-même, mais je tenais à me donner des limites. J'ai tenté le dialogue avec des confrères, en réunions professionnelles, en conversations à bâtons rompus, en échanges informels. J'ai souvent eu l'impression de faire figure d'extra terrestre, même si je sais que nous étions quelques uns à penser et travailler de cette façon. Vouloir changer les choses, avec en face de soi les impératifs des Caisses d'Assurance Maladie, les règlements, les nécessités financières, n'est pas chose facile. Ceci n'est pas propre à notre profession, mais les moulins à vent contre lesquels je tentais de me battre étaient solidement implantés et le vent trop fort pour que je puisse rêver orgueilleusement d'arrêter le mouvement de leurs ailes. Alors j'ai abandonné la lutte communautaire, les suggestions syndicales et j'ai décidé de n'en faire qu'à ma tête, travailler dans mon coin, seul, convaincu du bien fondé de ma manière de faire.

Il n'y a que lorsque je ferais de la formation que je ne pourrais m'empêcher de formuler à nouveau mes idées, techniques à l'appui. Mais le vent soufflait encore trop fort. Je sais cependant que d'autres, plus jeunes ont eu les mêmes convictions, qu'ils sont arrivés aux mêmes conclusions sans moi et c'est bien ainsi. Peu à peu les choses ont bougé. Qu'importe que je n'en sois pas l'auteur.

Avec les années, nous avons perdu nos qualités et notre titre. De Masseur-kinésithérapeute- rééducateur, nous sommes d'abord devenus des « kinési ». On aurait pu s'amuser à trouver cela flatteur, en jouant sur les mots, ça faisait « kinési...te jamais ! » Cependant nous avons perdu en route le terme de « Masseur ». La profession a suivi deux évolutions d'importance. Le premier temps fût celui à la fois de la progression démographique et celui des progrès techniques, et de plus en plus les appareils à rééduquer remplaçaient la main qui n'intervenait presque plus. Pas le temps de masser ! J'exagère ? Peut-être, mais toujours est-il qu'aujourd'hui, nous sommes des « kinés ». Alors je vais jusqu'au bout de ma réflexion « exagérée ». Cela ne correspondrait-il pas à « kiné...pas médecin ? » avec tant de nostalgie de la part de certains de ne pas avoir autant de pouvoir que nos prescripteurs. J'ai peur qu'un jour à force d'entendre filer les syllabes nous ne soyons plus que des « ki » pour « ki...sommes nous ? ». Seuls nos organismes professionnels conservent encore le titre officiel dont nous ne pouvons qu'être fiers.

La seconde évolution a été celle de l'apparition et surtout de la vulgarisation de nouvelles techniques redonnant à la main toute sa valeur. Ostéopathie, « Méthode Mézières », « Méthode des chaînes musculaires » et toutes les méthodes apparentées mais parallèles, et la liste n'est pas exhaustive, qui, longtemps considérées comme des parias ont enfin trouvé droit de cité.

Les kinésithérapeutes ont maintenant le droit de poser un diagnostic, limité à leur compétence bien sûr, mais ils en ont enfin le droit. C'est une grande reconnaissance indispensable à la fois pour une meilleure pratique et des économies. L'ostéopathie, grande initiatrice de ces changements techniques réutilisant la main est enfin reconnue et en passe d'être officialisée un jour par un diplôme reconnu lui aussi. En attendant, celui qui n'utilise que sa main n'est plus considéré (par les patients) comme venu d'une autre planète.

Après avoir eu l'impression d'aller en campagne dans ce sens, sans succès me semblait-il, j'ai vu arriver ces changements sans que j'y sois pour grand-chose. Qu'importe, ils sont survenus. Je ne suis plus dans le métier. La maladie, m'en a écarté, et l'âge me donne maintenant le temps et le recul pour faire part de ce pour quoi et comment j'ai vécu ces trente ans de Masso-kinésithérapie. Avant tout, seul le patient compte.

La kinésithérapie a de multiples facettes et on peut l'exercer de différentes façons. Le travail à l'hôpital ou en centre de rééducation n'a rien à voir avec l'exercice en cabinet libéral. Dans les premiers, les soins s'adressent à des patients lourdement atteints, parfois définitivement. En pratique de ville les pathologies rencontrées sont plus légères et celles qui sont graves ne sont plus au même stade et surtout, le contexte est radicalement différent puisque le patient est rentré chez lui. S'il y revient avec des séquelles qui seront traitées en fonction des besoins inhérents à chaque situation, ces soins devront forcément tenir compte d'un nouveau contexte : le retour au domicile. Certains d'entre nous sont restés généralistes, d'autres ont choisi de se spécialiser. Pédiatrie, rééducation uro-génitale, kinésithérapie du sport, ostéopathie, tous restent avant tout des masseurs kinésithérapeutes dont le métier est de rééduquer et soigner par le mouvement...et de masser.

Pour clore cet avant-propos, je veux préciser que dans cet esprit, soigner et rééduquer ne dois pas être « assister ». Dès que le malade a retrouvé un état d'autonomie suffisant, notre rôle n'est plus de faire les choses à sa place, mais de lui donner les moyens de les faire seul.

Cela est aussi vrai pour la récupération après des accidents gravement invalidants – et là, nous ré éduquons vraiment - que pour des pathologies plus banales et plus quotidiennes. Nous ne devrions pas être présents pour soulager régulièrement des lombalgiques qui font trop souvent hélas le « fond de commerce » de certains cabinets. Nous devons leur avoir donné les moyens de ne plus avoir mal. A eux d'y participer en se prenant en charge. Pour l'avoir entendu, se laisser assister, c'est : « pourquoi ne ferais je pas n'importe quoi ? De toute façon, j'ai mon kiné ! » Il m'a fallu des années passées à observer, à palper, à apprendre, à adapter ce que j'avais appris avec les uns et les autres. J'ai associé diverses techniques, des réflexions multiples. J'ai puisé dans d'autres formes de médecine. Mais je pense avoir trouvé une clé que j'ai patiemment expliquée à mes patients lombalgiques. Les convaincre, parce qu'elle les impliquait, n'a pas été chose facile. Mais l'année où j'ai dû dire « j'arrête », je n'avais que des nouveaux patients. Ceux qui avaient accepté en quoi ils étaient responsables de leur mal de dos et avaient appris à se gérer sans « leur kiné » ne venaient plus depuis longtemps. C'était tout le bien que je leur souhaitais. Après tout, j'avais été formé pour ça.

Pour des raisons évidentes, les noms, les lieux ont été changés. Les situations, les réussites, les drames, le courage sont réels et tels que nous les avons vécus mes patients et moi. Et s'il advenait que l'un d'entre eux se reconnaisse, c'est parce que ces situations sont si fréquentes, que chacun peut s'y retrouver pour une part tout à fait fortuite.

Sous les pavés, la kinésithérapie.

La fièvre du printemps est retombée à l'automne 1968 lorsque je franchis pour la première fois les portes de l'Ecole de kinésithérapie. J'ai passé avec succès en juin les épreuves du concours d'entrée réservé aux non-bacheliers. En effet, une scolarité moyenne ne m'a pas permis de passer mon bac et malgré ma passion pour les sciences, mon rêve de « faire médecine » est inaccessible et les diplômes obtenus ne me donnent pas l'équivalence du bac. J'ai découvert au contact d'une bande de copains du corps médical, la possibilité d'une profession dont j'ignorais jusqu'à l'existence. Ils sont internes, infirmières, kinésithérapeutes. Les études durent deux ans après un concours d'entrée pour lequel quelques places sont réservées à celles et ceux qui n'ont pas le fameux sésame. Je vois là l'opportunité de soigner malgré tout puisque je ne serais jamais médecin. Je n'y ai pas vu la courte durée des études, mais l'accès à un métier de soignant avec un bagage tel que le mien. D'ailleurs, « mai 68 » est passé par là et une troisième année d'études faisait partie des revendications de la corporation.

Elle sera accordée et la promotion dont je fais partie cet automne là sera la dernière à obtenir son diplôme d'état au bout de deux ans. Le métier de masseur-kinésithérapeute est en pleine expansion démographique, cependant, le nombre de candidats à l'entrée n'a encore rien à voir avec ce que je connaîtrais plusieurs années après. En effet, devenu enseignant, j'aurais à surveiller les épreuves du concours pour plus de deux-cents candidats alors qu'il n'y a que trente places en première année, et certains ont déjà fait une année de médecine !

Nous ne sommes qu'une vingtaine à attaquer de front cette première année essentiellement théorique. La tradition exigeant que les « bleus » paient leur dû aux anciens de seconde année, nous serons soumis à un bizutage bon enfant, qui sera surtout l'occasion d'une soirée mémorable permettant à tout ce beau monde de se mélanger et de faire corps une fois au travail.

Il naîtra ainsi des entraides pour les « exams » et si je me souviens bien quelques liens plus intimes dont certains durent encore.

Toutes les matières de base sont à ingurgiter. Anatomie, physiologie, pathologie sont bien entendu limitées aux systèmes du corps que nous aurons à traiter, mais l'étude en est approfondie. Appareil locomoteur et système nerveux. Le système respiratoire n'est pas oublié, notre rôle sera important dans les maladies pulmonaires. Ce sont donc des heures et des heures de cours, de bachotage, de par-cœur, mais pas un seul malade à traiter. Nous sommes nos propres cobayes et ce sont les nombreuses séances de travaux pratiques entre nous qui nous permettront de maîtriser les techniques de massage, de mobilisation des articulations, de rééducation.

Il n'y aura qu'un seul stage pratique cette première année. D'une semaine seulement, il est destiné à nous apprendre à nous intégrer dans le milieu hospitalier, le fonctionnement d'un service et les soins de base. C'est dire qu'il faut écouter, observer, se faire discret dans le service où l'on a hélas peu de temps à nous consacrer. Confié à une infirmière pendant la durée du stage, notre première blouse blanche sur le dos, nous apprenons à faire des pansements avec les règles d'hygiène indispensables, à prendre la tension des malades, faire des injections intramusculaires.

Deux matinées par semaine, la visite du « Patron » est impressionnante de rites. D'abord, on n'entend jamais « Docteur » ou « Professeur », mais « Monsieur » énoncé avec dans la voix une trace de respect particulière que j'ai toujours gardée avec les médecins et ce titre en quelque sorte était réservé au Chef de service et aux Chefs de Clinique. Avec les internes, le rapport était différent. Bien que chargés souvent de lourdes responsabilités, ils étaient plus jeunes, nos rapports avec eux plus décontractés. A cette époque, la visite du patron se faisait avec un aréopage d'infirmières, d'internes, d'étudiants en médecine présents dans le service et chargés surtout des « observations », c'est à dire de tout le questionnaire concernant le malade et destiné à présenter une synthèse au chef de clinique. Synthèse qui avec les résultats des examens permettra de poser le diagnostic puis le traitement.

Ce stage sera celui d'une simple initiation nécessaire cependant mais qui, effectué dans un service de médecine, ne m'apportera que les notions de soins dits de nursing. Ceux-ci très importants relèvent maintenant des aides-soignantes et consistent à limiter au maximum les complications d'un alitement prolongé.

Ma première année se déroule au gré des cours, des révisions, des examens par matière qui ne s'appellent pas encore des « partiels ». D'ailleurs, tant l'examen de passage en seconde année que celui du diplôme d'état se déroulent ainsi : une épreuve par matière. Tout cela changera progressivement avec l'intégration de la troisième année.

Cet examen obtenu, dès la rentrée 1969, le ton est donné. Nous sommes entrés de plein pied dans le métier, avec des connaissances sommes toutes encore limitées. Mais le programme implique notre présence en stage dans un service tous les matins et les cours l'après-midi. Le problème, est qu'il n'y a pas de kinésithérapeutes dans les services. Ou très peu. Ici, seuls deux ou trois kinésithérapeutes installés en ville ont un travail à temps partiel à l'hôpital dans les services où leur présence est indispensable. Les services de pneumologie et de pédiatrie sont de ceux là. La démographie progressant de la profession n'a pas encore atteint les hôpitaux et les postes sont rares. Les anciens de l'an dernier sont partis s'installer diplôme en poche, et maintenant les anciens, c'est nous ! Nous nous en apercevrons rapidement, la présence des stagiaires fait bien l'affaire de l'hôpital et ceci partout en France. Nous n'avons pas le cœur à la contestation. Nous sommes là pour apprendre et même si on nous utilise, et bien nous apprendrons en servant à quelque chose. Quelques années plus tard, nos successeurs seront encadrés par les « kinés » du service. Bien sûr nous avons appris les techniques, les gestes de base, mais nous n'avons pas encore « touché à un malade ». Masser, faire une mobilisation active ou passive, nous l'avons fait entre nous, sur des corps jeunes et sains. Pas de membres cassés, pas de pansements, pas d'escarres, pas de gens souffrants dans cet univers si particulier qu'est l'hôpital avec sa cohorte de plaintes, de larmes, d'impatiences.

Pour mon premier stage, je suis affecté au service de traumatologie. « Je vais en traumato » comme on dit.

Ce service là est situé dans les vieux bâtiments de l'un des trois hôpitaux de la ville. En fait, tout le CHU est encore constitué de vieux bâtiments. Les services ultra modernes ne viendront que plus tard et sont encore sur les tables des architectes. J'ai de la chance, ce service là a été refait en partie, les chambres et les couloirs sont propres, les lits quasiment neufs.

Premier jour de stage. Présentation à la surveillante et à l'équipe soignante. On me donne la liste des malades dont j'ai à m'occuper. Pas le temps de lire les dossiers en détail. C'est une infirmière qui fait les présentations et le malade qui se raconte, pour la centième fois. Les semaines passant et avec un peu d'organisation, je trouverais le temps en fin de matinée d'approfondir certains dossiers, juste avant de retourner en cours.

L'un de mes patients est un homme jeune, polytraumatisé à la suite d'un accident de voiture. Fractures multiples des deux jambes. Il est cloué au lit le temps de la consolidation. Tout en travaillant, la conversation s'installe. Il habite à quelques kilomètres de chez moi, ça ouvre des sujets. Il a du mal à prendre son parti de son immobilisation prolongée. Propriétaire d'un magasin, cet arrêt de travail lui complique sérieusement les choses. Chaque jour, je débute par ses soins, les plus longs, avant de m'occuper des autres patients. Quelque personne âgée à faire marcher dans le couloir, des soins de nursing à un autre afin d'éviter des escarres. La matinée passe vite et je devrais patienter quelques jours avant d'avoir le temps de consulter les radios de mon polytraumatisé. En fait, je passe devant le négatoscope au moment où l'interne examine les nouvelles radios. Explications, bilan. Le « patron » a fait un sacré boulot en l'opérant.

Si les progrès de la reconstruction des os sont nets, on voit encore nettement les morceaux fixés par un matériel impressionnant dont je connais le nom, mais que je n'avais pas encore eu l'occasion de voir in situ et en si grande quantité sur les membres d'un même patient. La période de consolidation de ses fractures étant longue, je quitterai le service avant de lui avoir fait faire ses premiers pas.

Comme nous sommes des « bleus », certaines infirmières de mèche avec des patients n'hésitent pas à nous mettre dans l'embarras. J'ai le souvenir d'une stagiaire dans ce service en même temps que moi à qui l'infirmière a confié un malade d'un certain âge avec des consignes très succinctes. Il s'agissait de masser la jambe gauche de ce monsieur charmant (mais blagueur) qui devait être opéré le surlendemain. Ma consœur se rend sans hésiter auprès du lit du malade. Rien d'anormal. Elle lui parle un instant avant d'entreprendre ses soins. Le patient en profite pour lui dire que l'infirmière s'est trompée et que c'est de la jambe droit qu'il s'agit. Sans plus s'interroger, elle fait le tour du lit soulève le drap et découvre avec stupeur un moignon de cuisse. Rien n'était visible sous le drap. Le malade avait roulé en « boudin » une alaise fournie par l'infirmière afin de donner l'apparence de deux jambes présentes sous le drap. La stagiaire ne s'est pas démontée, a pris la plaisanterie avec un air un peu coincé quand même, tandis que le vieux monsieur et ses voisins de chambre passaient un bon moment de rire.

Le programme très chargé de cette seconde année nous laisse à peine quelques occasions de détente. Pour quelques uns, le rituel de se retrouver au café tôt le matin avant d'aller en stage. Nous avons notre « chez Lorette » à nous et devenons vite des habitués. Quelques rares soirées à « l'internat » avec des copains étudiants en médecine rencontrés au gré des services et suivis ou retrouvés ici ou là, puisque eux aussi changent, mais tous les six mois.

Mon second stage est certainement celui qui m'aura le plus marqué. Dans le service de néonatalogie, la plupart de nos petits malades sont des prématurés. Tous ou presque sont dans des « couveuses », un tube dans une narine pour les alimenter. Vêtus seulement d'une couche, parfois équipés d'électrodes reliées à un électrocardiographe. Souffrent-ils ces petits à peine venus au monde et qu'un désordre physiologique ou leur seule prématurité a amenés ici ? A l'époque, la question de la douleur des nouveau-nés ne fait pas encore débat ! Il y a des situations dramatiques, d'autres moins graves où l'on patiente avec le maximum de soins que leur vitalité soit suffisante pour leur permettre d'être enfin accueillis dans leur famille.

Très vite il faut apprendre la douceur des gestes, les précautions pour les tourner. Beaucoup de soins de kinésithérapie respiratoire sont nécessaires. Le drainage bronchique se fait d'une main, le pouce sur leur thorax chétif et les autres doigts dans le dos. Qu'ils semblent fragiles entre mes grosses mains d'adulte ! Il y a beaucoup de nouveaux nés présentant des pieds-bots. Cette malformation congénitale dont on discute l'origine dévie un ou les pieds vers le bas et l'intérieur. Si rien n'est fait, les os dont la consistance est encore cartilagineuse se développeront dans cette position et la malformation sera fixée définitivement. Seule une chirurgie très lourde et répétée pourra dans ce cas leur redonner un semblant de fonction pour marcher. Notre rôle est de mobiliser chaque jour doucement mais fermement ces petits pieds vers la bonne position. Connaissance anatomique indispensable afin de respecter les axes articulaires. Puis on pose des attelles en position la plus corrigée possible, attelles fixées par de l'adhésif et reliées entre elles afin que les mouvements naturels de l'enfant poursuivent la correction.

C'est grâce à l'aide précieuse du kinésithérapeute du service que j'apprends tous ces gestes. Il exerce à mi-temps à l'hôpital et s'est spécialisé dans le traitement des enfants qu'il reçoit à son cabinet en ville. Admirable compétence et sang-froid du personnel. Gentillesse de tous les instants avec les petits et les familles. C'est un service de réussites, mais parfois de drames. C'est un service de larmes de joie ou de détresse. C'est un service d'Amour.

L'année se poursuit, les connaissances théoriques et pratiques s'accumulent, d'autant plus enrichissantes que l'exigence des stages nous fait mettre en pratique immédiatement ce que nous apprenons, je devrais dire, nous ingurgitons, tant il y a matière. Heureux seront nos successeurs qui auront droit à une année supplémentaire !

Troisième stage, encore un service lourd, je vais « en réa ». Et le service de réanimation de l'époque quoiqu'ayant toute l'efficacité demandée n'a rien à voir avec la haute technicité de celui d'aujourd'hui. Vieux locaux, chambres exigües, il faut vraiment toute la passion du personnel soignant et le quotidien des urgences vitales pour « vivre » réellement ce service. Ce ne sont pas des nouveaux nés qui luttent pour survivre que l'on soigne ici. Ce sont les urgences très graves nécessitant une réanimation immédiate qui parfois se solde par un échec. Massage cardiaque, trachéotomie, respiration artificielle jusqu'à ce que les « constantes vitales » deviennent suffisamment stables pour que le malade puisse être transféré dans service spécialisé qui, l'urgence passée, traitera les traumatismes des membres ou du crâne. Ils sont donc orientés vers la traumatologie, la neurologie ou le service de cardiologie. Ici notre travail, c'est surtout le nursing. Masser les parties en appui du malade immobile afin que la peau reste saine. Mobiliser les articulations pour éviter l'enraidissement.

Pratiquer des aspirations bronchiques par la canule de trachéotomie. Tous ces gestes quotidiens deviennent des automatismes. Ici, le mot d'ordre est « réagir vite et bien ». Une seule personne intervenant au bon moment et pratiquant le bon geste est efficace. On est très loin des séries télé qui fleuriront dans trente ans ! Cependant l'automatisme ne fait pas pour autant du malade un numéro. Tous parlent au patient même quand on ignore s'il nous comprend, et avec respect. Il y a des services où l'humanisation est déjà présente.

Dans ce service, le Patron a une exigence. Tous les étudiants, qu'ils soient infirmières, kinésithérapeutes ou médecins doivent être présents en cas de situation difficile. Il ne s'agit pas de voyeurisme, ni de s'agglutiner autour d'un mourant. Il faut apprendre. Et pour apprendre, il faut être là et observer. Même si c'est dur...très dur, et que l'on ne s'habitue pas. Jamais. Ce matin, les pompiers arrivent très vite. Une électrocution sur un chantier juste à côté.

Le SAMU n'existe pas encore. Pas de médecin dépêché sur place. Notre électrocuté arrive en arrêt cardiaque. Le chef de clinique est déjà prêt ainsi que deux infirmières. Un lit de libre, intubation, respirateur, massage cardiaque. La surveillante m'avait appelé et je suis resté à la porte. Je les ai vu faire, vite, correctement, efficacement. Un long, long moment se passe avant de constater que rien ne repart et qu'il va falloir s'arrêter là. La tension, la fatigue, la déception se lisent sur les visages. Que lit-on sur le mien ? La surveillante en sortant pose sa main sur mon épaule. Elle sait. Je viens d'assister à mon premier décès. Ce n'était pas un de mes proches, mais c'était un être humain et les circonstances étaient brutales. Il me faudra quelques jours pour évacuer ces circonstances de mon esprit.

Dernier jour de stage dans le service. Dans une situation aussi dramatique, j'assiste à une technique qui cette fois réussit pour le malade et tourne à l'anecdote pour moi. Un patient en détresse respiratoire. Son larynx est très encombré de mucosités et il ne peut plus respirer. L'interne est sur place, prêt à pratiquer une trachéotomie afin de libérer les bronches. Ce geste chirurgical d'urgence simple consiste à pratiquer une ouverture dans la trachée (donc sous le larynx) de manière à ce que les bronches aient un accès direct à l'air.

Dans cette ouverture on place une canule sur laquelle sera branché le respirateur. Là encore, les gestes sont précis. Le matériel stérile est à portée de main. Je suis debout au pied du lit du patient avec un étudiant en médecine. Un rapide repérage avec le doigt et l'interne place le scalpel sur la peau.

Le thorax du malade est en complète inspiration, comme « sous pression ». Au moment où la lame pénètre la trachée, je me sens brutalement tiré de côté. La pression retenue dans les poumons s'est libérée d'un coup et les mucosités projetées avec force tapissent le mur juste à la place que j'occupais. L'intervention se poursuit sans un regard pour moi. Aspiration des bronches, canule, respirateur. Le malade respire, même aidé, tout va mieux. Ce n'est que lorsque tout est fini qu'en sortant de la chambre, l'interne me fait un clin d'œil « c'est arrivé à d'autres ! » L'infirmière qui m'a tiré par le bras avait sauvé ma blouse...et ma fierté.

Vacances de Pâques. Un ami kinésithérapeute qui possède un cabinet en ville me propose de venir travailler une semaine pour affiner mes techniques. Ce sera surtout l'occasion de voir fonctionner un cabinet, des techniques à la paperasserie. Gros cabinet, ils sont trois confrères. Un matériel impressionnant, une piscine de rééducation. Et un carnet de rendez-vous ultra rempli. Situé juste à la sortie de l'hôpital, la plupart des malades du service de chirurgie osseuse arrivent ici.

Les suites de fractures, et aussi les premières prothèses de hanche. Les méthodes utilisées ici sont l'exacte réplique de tout ce que nous avons appris. Mais j'aurais aussi une vision étonnante de l'exercice du métier. Les patients se succèdent sans arrêt. Venus seuls ou en ambulance, les « habitués » connaissent les lieux et ce qu'ils ont à faire ! Déshabiller, piscine, mouvements. Un des kinés passe, salue, jette un œil distrait. Dans une pièce à côté, des tables de rééducation sont alignées le long de panneaux grillagés. Ce sont les « cages de pouliothérapie ». Elles permettent d'installer le patient de telle façon qu'avec un système de cordages et de contrepoids, ils mobilisent leurs membres ou se musclent. Et à l'époque, la kinésithérapie en est fière de ses « cages ». Le service hospitalier qui peut s'offrir une salle de rééducation avec ce matériel n'en est pas peu fier. En 1970, c'est le « must ». Le côté pratique est indéniable. La fatigue évitée au praticien est évidente et cela permet de faire travailler plusieurs malades à la fois. Donc la rentabilité est là. Et ici à ma grande surprise, on va plus loin encore. A côté de chaque table, un minuteur. Le confrère qui travaille dans cette pièce installe son premier patient sur une table, mets le minuteur en route, installe le second patient, second minuteur...et recommence toutes les dix minutes. Seul l'exercice change.

Je suis soufflé. Bien sûr, ces gestes là nous les avons appris. La « pouliothérapie » a l'avantage de respecter les axes articulaires et c'est également vrai à ménager les efforts du praticien au long d'une journée. Mais ce rythme minuté et impersonnel me surprend d'abord, me choque ensuite. Je m'interroge sur cette manière de faire et nous aurons l'occasion d'en discuter entre étudiants à la reprise des cours. Bien sûr les avis divergent. Il y a ceux pour qui tout est bon à prendre, les relations comme les techniques, et ceux qui déjà se voient travailler plus modestement et avec plus d'attention aux patients. Comme toujours, les idées sont belles, mais quelle sera notre pratique une fois que nous serons bien installés dans nos futurs cabinets ?

L'année scolaire reprend son cours. Il y aura d'autres stages, en neurochirurgie où le chef de clinique m'autorisera à assister à ma première intervention au bloc. C'est l'occasion d'apprendre les gestes d'asepsie. Un passage en rhumatologie, et le dernier avant les examens est le centre de rééducation fonctionnelle de l'hôpital. Je retrouve un peu ce que j'ai connu à Pâques.

Cependant, ce service de création relativement récente, se trouve par obligation, recevoir une grande partie des malades de l'établissement qui ont besoin de nos soins pendant leur séjour. Le chef de service est, médecin de rééducation fonctionnelle, spécialité elle aussi récente. Ici, il y a plusieurs kinésithérapeutes salariés par l'hôpital, auxquels viennent s'ajouter deux étudiants de seconde année. Pathologies différentes et variées, méthodes diverses et complémentaires de ce que j'ai déjà vu. J'apprendrai beaucoup pendant ce dernier stage. Il n'empêche que le programme et la courte durée des études ne nous aura pas permis de passer dans tous les services. Nous avons donc des lacunes en pratique.

Hormis les derniers cours, nous sommes en plein d'un bachotage. Le petit groupe de cinq qui s'est formé au cours de cette année travaille à plein régime fort tard le soir chez l'un ou chez l'autre. Réviser ensemble, s'interroger, se poser des « colles » sur des détails anatomiques fait partie de notre quotidien, et a lieu en nocturne puisque les cours durent jusqu'à la dernière semaine. J'aurais même la chance à une épreuve pratique d'avoir comme sujet un patient soigné au centre de rééducation. Par honnêteté, j'en préviens le confrère examinateur qui n'en tient pas compte, attaché qu'il est à la seule exactitude des gestes que je vais exécuter.

Le précieux sésame en poche, il faut maintenant s'atteler à travailler, et puisque ce sont les vacances, le plus simple est le remplacement d'un confrère. Comme les autres, j'avais posé quelques jalons auparavant, sous la réserve bien entendu de l'obtention de mon diplôme. Ce remplacement de 15 jours, seul par définition, est une entrée rapide dans la réalité de l'exercice libéral.

Il a fallu très vite se mettre au rythme des rendez-vous, du téléphone, des feuilles de maladie. Bref, le rythme est soutenu, les hésitations encore nombreuses, et fort heureusement, les patients très compréhensifs. Je terminerai cette période d'exercice en tant que nouveau diplômé avec une lourde constatation : j'ai encore tout à apprendre.

