



ÉLABORATION DE RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE RÉÉDUCATIVE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA PARALYSIE CÉRÉBRALE. OÙ EN EST-ON ?

RETRANSCRIPTION INTÉGRALE DE LA TABLE RONDE DU SAMEDI 14 MARS 2015

Modérateurs :

- Dr Éric Bérard (FFAIMC, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon)
- Pr Isabelle Desguerres (Présidente de la Société Française de Neuropédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris)

Participants :

- Dr Sylvain Brochard (SFERHE, MPR pédiatrique, CHU Morvan, Brest)
- Dr Javier de La Cruz (épidémiologie clinique, Hospital 12 de Octubre, Madrid)
- Yann Le Lay (masseur-kinésithérapeute, coordinateur COKILLAJE, Nantes)

INTERVENTION N°1. CONTEXTE DE LA RÉFLEXION

Dr Sylvain Brochard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

Médecine physique et de réadaptation pédiatrique, CHU Morvan, Brest.

Des réflexions autour de l'élaboration de bonnes pratiques ont lieu aujourd'hui à l'échelle internationale, je vais vous en présenter un état des lieux pour voir ce qu'on pourrait aussi proposer en France. En fait, je vais vous parler de ce que beaucoup connaissent déjà : la médecine basée sur des preuves.

La médecine basée sur les preuves date des années 1980, on parle aujourd'hui de « Evidence Based Practice » (EBP), toutes les pratiques de santé sont concernées. Elle est recommandée par l'American Physical Therapy Association, l'American Occupational Therapy Association et l'American Nurses Association depuis les années 90.

Pourquoi ? C'est une lutte contre des pratiques basées sur l'expérience, contre le « *on a toujours fait comme ça, et tu dois faire les mêmes choses* ». L'Evidence Based Practice a probablement servi initialement à lutter contre le charlatanisme ou le profit frauduleux, mais elle sert aussi à préserver l'intégrité des professions : à définir, par exemple, ce qui appartient aux actes d'ergothérapie, quels sont les actes recommandés et validés, et ceux qui ne le sont pas.

Il y a aussi un accroissement du nombre de publications au niveau international : on a besoin de synthèses qui nous informent régulièrement sur ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas. Le principe de base, c'est que toute décision pratique doit pouvoir être basée sur des études cliniques répondant à des normes, qui sont plutôt des normes quantitatives, et qui apportent des preuves. Les autres types de recherche, les autres types de pratiques, on pourrait les appeler des « Research Based Practice » ce n'est pas de l'« Evidence Based Practice » ; « Evidence » c'est quand on a la preuve.

Cochrane disait : « *Parce que les ressources en santé seront toujours limitées, il faut fournir en priorité des types de soins qui ont démontré une efficacité au cours d'études de méthodologie rigoureuse avec un bon 'design* ». Je pense qu'aujourd'hui nous sommes dans un contexte de contrainte budgétaire et qu'il faut nous entendre sur ce qui est prioritaire. C'est donc aux sociétés scientifiques, aux professionnels, de définir les soins prioritaires.

Comment fait-on de l'Evidence Based Practice ? C'est basé sur des essais contrôlés randomisés, sur des méta-analyses qui reprennent les essais contrôlés randomisés et qui ainsi cumulent les preuves provenant de ces essais, et sur des revues systématiques de la littérature.

Et qu'en est-il des autres études : la recherche, la compréhension, la science, etc. ? Elles amènent probablement à la Research Based Practice qui contribue à une meilleure compréhension, mais elles n'apportent pas de véritables preuves en tant que telles pour répondre à la question sur ce qui est efficace ou non.

On l'a vu avec la thérapie en miroir présentée ce matin, c'est « aussi efficace que », ce qui veut dire qu'il faut toujours des comparaisons de prises en charge, des critères validés, etc.

Pour les USA par exemple, le niveau de preuve le plus fort dans une revue systématique de la littérature, est le « Level 1 » : c'est-à-dire les preuves issues des essais contrôlés randomisés. Cela amène à des revues systématiques qui aboutissent à des recommandations basées uniquement sur ces essais contrôlés randomisés. Le reste ne compte pas.

On arrive donc à des publications comme celle d'un groupe australien (I. Novack 2013), qui font beaucoup bouger les sociétés. Il s'agit d'une revue systématique des revues systématiques de la littérature internationale (Systematic Review de Systematic Reviews) reprenant toutes les méta-analyses, sur 64 interventions chez les enfants avec Paralyse Cérébrale, mesurées sur 131 critères principaux. Ils ont classé le niveau de preuve en 4 points ou recommandations : « *do it, probably do it, probably do not do it, do not do it* ». C'est ce qu'on appelle le Traffic Light Evidence, qui donne ceci : tout ce qui est en vert (« *do it* ») a aujourd'hui un niveau de preuve suffisant et pourrait être recommandé. Tout ce qui est en rouge (« *do not do it* »), on a la preuve que ce n'est pas efficace. Est-ce que c'est efficace, ou est-ce que ce n'est pas efficace ? Quand on est au milieu, en jaune (« *probably do it, probably do not do it* »), c'est qu'on ne sait pas. Quand on est au-dessus, et très en vert, c'est qu'on a la preuve que c'est efficace. Et quand on a la preuve que ce n'est pas efficace, on est dans le rouge.

On peut mettre en perspective les pratiques actuelles françaises avec l'aide de ce classement. Contrainte induite, Bi-manual Training, toxine botulique avant ergothérapie, sur le fait d'améliorer l'activité motrice : oui, aujourd'hui, ce pourrait être recommandé. Thérapie non développementale, non, à ne pas recommander. Hyperbolic oxygen pressure, non, pas de niveau d'efficacité démontrée. Sensory Perturbation Therapy, non, ce n'est pas recommandé. Donc on en arrive à se poser des questions sur nos pratiques, parce qu'aujourd'hui le niveau de preuve est probablement discordant avec ces dernières.

Des réflexions des sociétés internationales sont actuellement en cours et cela va probablement arriver très rapidement chez nous. Dans une démarche d'EBP, aujourd'hui, un clinicien quel qu'il soit doit se poser la question et doit intégrer dans sa décision clinique 3 éléments : l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (« état de l'art »), et les préférences du patient.

Mais il est évident que dans un contexte de contraintes budgétaires, les niveaux de preuve vont être de plus en plus pris en compte par les systèmes de santé. Les sociétés académiques européenne, australienne et américaine se sont réunies à Vienne l'année dernière, et ont décidé élaborer un International Clinical Practice Guidelines for Cerebral Palsy. Tous les participants à ce groupe de travail ont dit : « Il faut développer les recommandations basées sur l'Evidence Based Medicine ». Trois axes prioritaires ont été définis : la participation, l'Active Motor Training et le diagnostic, pour lesquels des recommandations doivent être développées ou le niveau de preuve amélioré. Des discussions suivies de décisions vont avoir lieu au niveau international (International Alliance Oversight), qui vont impacter les discussions en cours au niveau des sociétés européenne, australienne et américaine, et qui vont essayer de réunir les preuves et élaborer des recommandations sur ces thématiques, avec les familles et avec les membres impliqués dans ces sociétés académiques.

Évidemment, on peut se poser aujourd'hui la question de savoir où la France se situe par rapport à ces évolutions. On en reparlera au cours de la table ronde.

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES ACTUELLES.

Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

Pour essayer d'illustrer la problématique des familles face aux bonnes pratiques, je vais vous raconter une petite histoire. C'est l'histoire du papa d'un garçon paralysé cérébral, qui après quelques années, devant l'état de délabrement musculo-squelettique de son fils, se pose des questions.

Voici ces questions:

- Pouvait-on prévenir la déformation de ses membres ?
- Sa spasticité a-t-elle été bien gérée ?
- A-t-elle gêné la conduite de la rééducation ?
- Pourquoi n'a-t-il pas eu d'injection de toxine botulique ?
- Pourquoi a-t-on interrompu la rééducation de l'habileté manuelle qui commençait à lui permettre une expression non verbale ?

Ces questions se complètent par d'autres questions. C'est :

- Est-ce qu'on nous prend en compte, nous, familles, pour établir un programme de rééducation ?
- Est-ce qu'on nous fait confiance quand nos enfants rentrent à la maison ?
- Est-ce qu'il y a une continuité entre ce qui se fait dans les établissements et dans les services et ce que nous pourrions faire nous-mêmes ?

Alors, ce papa en question, il est allé sur internet, comme le Dr Brochard, et il a trouvé 2 493 articles qui correspondent à « Cerebral Palsy » et « Rehabilitation ». Voilà, il a beau parler un petit peu anglais, il a trouvé que c'était hermétique, il y avait des articles en russe et en chinois, et donc finalement il s'est cantonné à 2 articles, l'un en portugais, qu'il s'est fait traduire, et l'autre en anglais, auquel a fait référence Sylvain Brochard tout à l'heure. Ce qui est intéressant, c'est ce que contient cet article. En effet, les buts que se donnaient les parents, que pouvaient donner les parents, servaient de base à l'établissement des questions qui étaient posées pour des recommandations.

Ça a fait « tilt », et ce papa s'est donc interrogé. Il faut dire que ce papa est médecin MPR, il a fait 12 ans à la Haute Autorité de Santé, il a été au Conseil scientifique de La Fondation Motrice et membre du Conseil d'administration de la Fédération française des Infirmités Motrices Cérébrales (FFAIMC). Et il s'est dit : « *avec tout ça, qu'est-ce qu'on peut faire ?* ». Des recommandations pour de meilleures pratiques, oui, mais quel rôle pourraient avoir les familles là-dedans ?

Les familles, on pourrait les sonder, et faire une enquête pour savoir quelles sont leurs priorités. Les bonnes pratiques, c'est la priorité des professionnels, mais c'est aussi la priorité des familles. Donc : quelles sont leurs priorités, quelles sont les pratiques de rééducation qui semblent poser problème d'après leur avis, et ça amène à l'idée de former un groupe de travail, qui préparerait la démarche de recommandation de bonnes pratiques à partir des avis des usagers et de leurs familles.

Ce groupe de travail, il faut qu'il soit d'abord multidisciplinaire sinon cela n'a pas de sens. Il doit y avoir les familles, un représentant de la Fédération, La Fondation Motrice est présente bien sûr, c'est incontournable, les sociétés scientifiques – on en parlera lors de la table ronde –, et bien entendu comme dans tout groupe de recherche bibliographique, des professionnels de terrain, et des méthodologistes, mais on parlera méthodologie tout à l'heure avec Javier de La Cruz.

Quels sont les objectifs de ce groupe de travail ? C'est de déterminer les champs prioritaires d'une part, et de faire émerger les bonnes questions qu'on doit poser. On a vu tout à l'heure avec Sylvain Brochard quelles étaient les priorités qui ressortaient, les questions les plus pertinentes pour lancer une démarche de recommandation et donc, là, on est déjà un peu dans le domaine de la méthodologie.

Ce groupe de travail devra gérer le sondage avec la Fédération, et bénéficierait d'un soutien au moins scientifique de La Fondation Motrice. Bien sûr, il participera à la préparation du questionnaire pour le sondage, et il devra également participer à l'analyse après les retours des questionnaires. La gestion

opérationnelle nécessiterait d'avoir un chef de projet -la question a commencé à être discutée dans les coulisses de cette tribune et on pense qu'on devrait normalement pouvoir arriver à avoir un chef de projet qui coordonne tout ça- mais cela à reste à définir. Et enfin, si tout le monde est d'accord parmi les partenaires qui sont ici et en dehors de la salle, le lancement pourrait se faire 2e trimestre de cette année.

SPÉCIFICITÉS DE LA RÉÉDUCATION EN FRANCE.

Yann Le Lay

Kinésithérapie, COKILLAJE Nantes.

Je voulais amener l'éclairage d'un kinésithérapeute pour éclairer où en est la France. C'était tout à l'heure la question de Sylvain Brochard : où en sont les kinésithérapeutes français face à ce mouvement international d'Evidence Base Practice si je devais être plus précis. Je vais l'éclairer depuis mes différentes pratiques de kinésithérapeute : clinicien auprès d'enfant PC, formateur en Institut de Formation initiale en kinésithérapie, comme dans le cadre de la formation continue dans le champ de la Paralyse Cérébrale. Je vais essayer de donner à voir qu'effectivement l'inscription des Français dans les pratiques internationales est encore très réduite.

Pourquoi? Si on reprend la perspective de l'Evidence Based Practice, nous voyons que pour le clinicien de rééducation, il y a au cœur de son exercice professionnel une question : *« je m'appuie sur quoi pour prendre mes décisions thérapeutiques ? »* :

- l'aspiration du patient ? C'est ce qu'évoquait Mr Bérard dans les attentes des familles.
- mon expérience clinique ?
- et puis l'information scientifique.

Aujourd'hui, c'est de cette manière que nous essayons de sensibiliser les étudiants en formation initiale dans un contexte international où l'économie de la santé est devenue un enjeu fort comme ce concept d'Evidence Based Practice. En France, il faut aussi prendre en compte dans le contexte la puissance du monde médical et l'influence du modèle de la sécurité sociale

Pourquoi les kinésithérapeutes français ont autant de mal à s'inscrire dans une dynamique internationale ? Je vais essayer d'offrir une compréhension à partir du contexte de formation et de pratique des kinésithérapeutes (MK).

Sur le plan de la pratique, si nous regardons le texte original de la profession dans le code de santé publique, le kinésithérapeute est un assistant médical. C'est ce que je vous présente sur cette diapositive : le texte actuel qui régit la profession. Le MK exerce donc un art et, comme vous le voyez, fait habituellement du massage et de la gymnastique. C'est évidemment réducteur mais c'est comme cela que le métier est reconnu dans la loi.

Dans un modèle anglo-saxon, j'ai choisi le modèle canadien sur cette diapositive, vous voyez qu'ils ont une définition assez différente : *« Grâce à une pratique fondée sur l'expérience et les faits, les physiothérapeutes peuvent prévenir, évaluer et traiter les effets qu'une blessure, la douleur, une maladie ou un problème de santé peuvent avoir sur le mouvement, la fonction et l'état de santé des clients »*. « Clients », vous voyez au choix de ce terme que le champ de l'économie influence aussi la terminologie choisie, la manière de présenter sa profession.

En France, cela bouge, quand même. Je vous propose sur cette diapositive une proposition de l'ordre national des kinésithérapeutes faite au Ministère de la santé pour réviser la définition de la profession dans le Code de santé publique. Je ne vais pas tout vous lire évidemment, mais j'ai souhaité mettre en avant à la fin de cet article que *« le kinésithérapeute concourt à la mission de service public relative à l'enseignement et à la recherche »*.

En 2015, dans les textes que l'ordre des kinésithérapeutes peut proposer au Ministère de la santé, nous voyons émerger cette perspective que le kinésithérapeute peut être un acteur de santé dans la recherche. À condition qu'il y ait des transformations dans les pratiques et des changements dans la formation initiale malgré tout. Nous sommes obligés de passer par là pour évoluer. Il est donc intéressant de présenter la situation telle qu'elle existe aujourd'hui.

Aujourd'hui, la kinésithérapie c'est 80 % de travailleurs indépendants et libéraux, 20 % de salariés. Je ne parle pas ici de la Paralyse Cérébrale, c'est un tout petit bout de ça, ce n'est pas du tout l'activité qui domine. En gros, cela représente 81 000 professionnels kinésithérapeutes. Pour situer, il est intéressant de savoir que les médecins sont 220 000. Il y a donc des ressources, mais plutôt des cliniciens, pas du tout centrés sur le champ de la recherche. Pour ceux qui travaillent dans la Paralyse Cérébrale, il faut savoir qu'ils sont plutôt dans le monde médico-social. Il n'y a pas beaucoup de kinésithérapeutes dans les soins de suite de réadaptation et dans les hôpitaux. Car nous savons que ce sont plutôt dans ces 2 derniers univers et surtout les CHU que se fait la recherche. Voilà peut-être une première explication à la difficulté des kinésithérapeutes à s'inscrire dans la recherche en PC.

Un frein que j'ai pu identifier dans le mouvement, c'est le système de remboursement des soins par la sécurité sociale. Deux métiers de la rééducation sont remboursés : orthophonistes et kinésithérapeutes. C'est une chance pour de nombreux patients, mais aussi parfois un frein aux changements professionnels, dans la mesure où plus vous faites d'actes libéraux et mieux vous gagnez votre vie. Je le dis souvent aux étudiants : un système qui met en avant une rémunération uniquement à l'acte est parfois une prime à l'incompétence. Il y a donc des équilibres à trouver à l'avenir dans la valorisation et rémunération des professionnels.

Je vous propose de vous expliquer rapidement dans quel système de formation est aujourd'hui « construit » un kinésithérapeute en France. La diapositive vous propose le programme des études qui est en application actuellement. Vous voyez que nous sommes clairement dans le champ biomédical avec une suite de pathologies à traiter. Il n'y a absolument aucune notion de méthodologie, aucune notion de recherche, aucune perspective d'anglais. Le programme est uniquement sur l'anatomie, la physiologie, puis les techniques de rééducation en fonction des soins d'application.

Mais il y a à nouveau de l'espoir. Un nouveau programme de formation devrait sortir en septembre 2015 et le projet de formation changerait. Il s'inscrirait dans un modèle bio-psycho-social. Le kinésithérapeute devient concepteur d'un projet de rééducation en lien avec les autres professionnels de santé. Je pense que c'est quelque chose d'essentiel. Si le kinésithérapeute s'inscrit dans le système de sécurité sociale, il devient acteur de santé publique à laquelle il participe et pour laquelle il a donc des comptes à rendre. Je pense que c'est vraiment quelque chose qui va être essentiel à l'avenir dans la profession, c'est de devoir rendre des comptes. Ce que ne font pas toujours très bien par exemple les libéraux.

Les choses changent comme vous le voyez sur ce nouveau programme puisque tous les kinésithérapeutes vont par exemple « former et informer les professionnels de santé » (point 11), « rechercher, traiter et analyser les données professionnelles scientifiques et participer à un projet de recherche » (point 8).

Une transformation est en cours, mais elle va demander du temps. Nous nous appuyons en effet sur des systèmes de formation, initiale d'un côté, continue de l'autre, qui ne sont pas toujours très en lien.

Un des premiers obstacles qui peut se présenter est qu'il y a plus d'écoles privées que d'écoles publiques et que celles-ci sont très régionales voire locales puisque chacun applique le programme à sa manière. De plus, elles sont très pratiques.

Il est intéressant de noter des initiatives originales puisqu'avant même une réforme des études, il existe aujourd'hui deux instituts de formation qui valident des titres universitaires dans le même temps qu'ils donnent un diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute. À Amiens et Grenoble, les étudiants MK sortent avec un Master 1. Il y a plus de mobilité européenne dans ces instituts de formation qui sont reliés à l'université. Cela permet des ouvertures à l'international, alors que la tendance d'autres instituts pourrait être de rester très franco-français.

LES JOURNÉES DE LA FONDATION MOTRICE. 13 & 14 MARS 2015 INSTITUT PASTEUR PARIS

D'autres sources d'espoir émergent avec l'apparition de dynamiques professionnelles collectives. Il existe ainsi aujourd'hui une fédération nationale des étudiants de kinésithérapie (FNEK), avec des dynamiques professionnelles de coopération, qui n'existaient pas à l'époque où j'ai fait ma formation.

Pour situer nos pratiques françaises de formation par rapport à l'international, je suis allé chercher les recommandations de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) à propos de la formation initiale des physiothérapeutes. Sur cette diapositive est présente ce que cette association internationale nous encourage à faire. Nous voyons bien que la première recommandation est que la formation **« se construit dans le cadre de la pratique basée sur la preuve »**. Cette recommandation est encore à construire dans nos instituts de formation français, je pense, même si de nombreuses initiatives se multiplient.

Au quotidien, en France, la formation offre une grande expérience clinique, c'est notre richesse. Mais elle doit être mise en perspective avec la preuve pour passer à l'échelle internationale. C'est ce que l'Europe nous aide à faire avec la réforme des études. C'est un gros travail qui demande effectivement de fédérer les énergies, rassembler les gens et travailler ensemble. Je pense qu'il faut décloisonner, il faut travailler au-delà des instituts de formation, entre régions, il y a vraiment des dynamiques nationales et européennes à mettre en œuvre : des pratiques plus interdisciplinaires, plus internationales. En kinésithérapie auprès du sujet présentant une Paralyse Cérébrale, la France a des savoir-faire intéressants qui demandent à être formalisés par des recherches de niveau international.

TABLE RONDE ET ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Pr Isabelle Desguerre

Présidente de la Société Française de Neuropédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris

Merci aux trois intervenants, qui ont posé beaucoup de questions, et proposé quelques ébauches de solution.

Voici ma réaction un petit peu à chaud, ou en tout cas les 3 ou 4 points qui me paraissent ressortir de la discussion.

Je représente la Société Française de Neuropédiatrie, parce que j'en suis la Présidente en ce moment, mais aussi parce que c'est une société savante qui, à mon avis, a fait le choix depuis pas mal d'années de se rapprocher de la rééducation et d'essayer d'avoir une réflexion sur le handicap et sur le sujet qui nous concerne aujourd'hui, la Paralyse Cérébrale, ou Cerebral Palsy.

Il est clair, du débat qu'on vient d'avoir, qu'il faut une implication des sociétés savantes si on veut avancer et être audible à l'international, pour essayer d'évaluer les pratiques et en tout cas pour mettre un peu de méthodologie dans des choses qui se font peut-être bien au quotidien mais ne sont pas lisibles. La SFNP, qui est aussi impliquée au niveau de l'European Board, la SFERHE de son côté, et les personnes impliquées dans la rééducation ont fait le choix de se rapprocher en faisant des congrès communs, ou en donnant des formations où il y ait ce dialogue de deux cultures qui ne se sont pas toujours parlé, en particulier autour des 3 objectifs principaux que Sylvain Brochard a évoqués.

En particulier, ce qui a longtemps été à mon avis le point de séparation entre la rééducation et la neuropédiatrie, c'est la notion de diagnostic précis. Pour un neuropédiatre, le diagnostic précis, c'est, un peu comme les images que vous avez vues tout à l'heure : **« il y a une lésion, elle est localisée là, donc théoriquement elle devrait avoir tel type de conséquences, et voici ce que j'en déduis »**. Et, à l'autre pôle, le médecin de rééducation fonctionnelle dit **« moi, j'ai examiné le patient, je le regarde, je vois ses déficiences, et je vois comment les compenser ou comment les prendre en charge »**. La difficulté vient, je pense, du fait que pendant à peu près 30 ans, voire plus, ces deux points de vue ne se sont pas parlé. Mais aujourd'hui, je suis contente que l'interlocuteur qui a parlé d'imagerie soit un médecin de rééducation fonctionnelle, ce qui prouve que nous approchons d'une solution. Le 1er point, c'est donc de rapprocher les sociétés savantes, rapprocher les cultures, faire un lien commun, des congrès communs et probablement de participer au questionnaire qu'a proposé le Dr Bérard sur les priorités des familles.

LES JOURNÉES DE LA FONDATION MOTRICE. 13 & 14 MARS 2015 INSTITUT PASTEUR PARIS

Je crois qu'on a identifié les clés du problème, après c'est le « comment ». On commence par le questionnaire et après on va aller vers l'HAS qui est une grande maison, pour savoir si on fait de réelles recommandations ou si on se contente de ce qu'on appelle pudiquement un péri-Diagnostic Scientifique. Cela va dépendre de nos moyens et de nos envies, tout est ouvert pour l'instant. Si déjà on arrive à construire rapidement le questionnaire, et en construisant on va obligatoirement mettre en avant les priorités et ce qu'on doit faire entendre à nos tutelles, on aura déjà résolu une partie du problème puisqu'on revient à la clé initiale, le coût. En effet, les deux rééducations qui sont prises en charge, c'est l'orthophonie et la kinésithérapie, comme on l'a dit. L'ergothérapie qui, par exemple, est quelque chose d'extrêmement important avec des bilans sur lesquels on s'appuie régulièrement pour faire des demandes de prise en charge d'aide, n'est pas remboursée dès qu'on est en activité libérale. Cela ne veut pas dire que c'est mieux ou moins bien, mais on exige d'eux de faire de vrais bilans avec des évaluations, je dirais de légitimer la démarche qu'ils vont proposer et le type de prise en charge (de même pour les orthophonistes à l'heure actuelle, qui sont censés faire un bilan avant de proposer un type de rééducation et définir leurs objectifs), c'est vrai que pour la kinésithérapie jusqu'à maintenant il n'y a pas d'« obligation » de moyens et de projets. Il y a beaucoup de kinésithérapeutes et beaucoup de médecins qui d'une part ne demandent pas d'évaluation et d'autre part n'en donnent pas.

Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

En trois points :

- Le 1er point, ce sont les besoins et les attentes des familles, à prendre en compte absolument. Il faut exiger que cela soit fait de façon très rigoureuse : si on part avec de mauvaises questions et de mauvaises priorités, on n'aboutira pas.
- Le 2ème point, c'est qu'il faut une méthodologie avec une très grande rigueur scientifique au niveau du groupe de travail, et y compris du questionnaire, parce que la médecine basée sur des preuves, ça doit avoir la rigueur de la science.
- Le 3ème point, ce sont les moyens, dont on a parlé furtivement tout à l'heure en disant « le groupe sera formé de », « le questionnaire sera passé par ». Il va y avoir des moyens, beaucoup de bénévolat de la part des associations qui vont travailler sur le sondage, et un engagement de la Fédération. On en est certain, le principe en a été admis lors du précédent CA de la FFAIMC et sera à confirmer lors d'un prochain CA la semaine prochaine. Si on est ici, dans ces conditions, c'est que La Fondation Motrice est également d'accord, mais pour faire fonctionner tout cela, c'est sûr qu'il faudra des moyens. Je sais qu'il ne faut pas dire : « *on n'a pas les moyens on n'arrivera pas.* » La question que je poserai donc, et je n'ai pas de réponse tout de suite, c'est : « *comment peut-on gérer les moyens qu'on a ?* ».

Yann Le Lay

Kinésithérapie, COKILLAJE Nantes.

Pour répondre, l'obligation du kinésithérapeute est la même que celle de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute, mais le problème c'est l'écriture : la formation n'est pas une formation de l'écrit très importante, donc ça change, mais il faut du temps pour que ça change. Effectivement la Sécurité Sociale ne favorise pas l'écriture des bilans, je pense.

Si on reste sur 3 idées à retenir, on a beaucoup de professionnels qui travaillent en France qui ont des formations européennes, donc il faut aussi bouger les lignes. Les instituts de formation bougent, je pense qu'il y a plein de jeunes professionnels qui sont dans des dynamiques, prêts à travailler avec des sociétés savantes. Il y a aussi des groupes, je pense au CDI, ou à l'Institut Motricité Cérébrale, qui sont des acteurs autour de la Paralyse Cérébrale avec une volonté de fédérer ces rééducateurs, de les amener à travailler ensemble, et aussi de confronter un modèle international à une culture qu'on a pu développer et qui n'est

pas inintéressante. Il y a des richesses en France, comme les services de soins, qu'on ne sait pas mettre en avant. Là, il y a vraiment des axes à mettre en œuvre pour que des énergies se fédèrent.

Dr Sylvain Brochard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

Médecine physique et de réadaptation pédiatrique, CHU Morvan, Brest.

Je pense que les deux choses qui feront avancer sont : 1. la visibilité et 2. la crédibilité.

C'est une méthodologie, et des gens sont prêts à y investir. Ce que je retiens des différents congrès internationaux et des différentes lectures, c'est qu'aujourd'hui ne sont pris en compte que les essais contrôlés randomisés. Mais, Javier de La Cruz va sans doute réagir, tout ce qui est fait autour des essais contrôlés randomisés n'est pas écouté, et dans les instances dans le futur, ces essais contrôlés randomisés faits à l'international, et ce qui se fait dans d'autres cultures, vont s'imposer à nous. Et probablement qu'on a des bonnes pratiques, probablement qu'on a des choses à valoriser ici, mais ce n'est pas ça qui va être mis en avant.

Il faut savoir qu'un essai contrôlé randomisé c'est 300 000 euros minimum. Qui, aujourd'hui, va mettre 300 000 euros sur un essai contrôlé randomisé, est-ce que les médecins de MPR, les kinés, les ergothérapeutes, peuvent monter des projets de 300 000 euros ? Un financeur de projets paramédicaux met environ 70 000 euros sur la table, globalement. Au niveau national, on peut aller jusqu'à 1 million d'euros. Un projet de recherche clinique national, payé par le ministère, doit être sélectionné parmi de nombreux autres projets, et donc nécessite qu'il y ait des gens motivés et impliqués pour soutenir les problématiques de rééducation par rapport à d'autres problématiques médicales (thrombose, etc.) Un budget de recherche existe, mais pour que cet argent arrive sur les essais contrôlés randomisés dans notre domaine spécifique, il faut de la méthodologie et du lobbying, je pense que la clé est là.

Dr Javier de La Cruz, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

Épidémiologie clinique et bioinformatique, Hospistal Universitario 12 de Octubre, National Institute of Health Carlos III, Madrid (Espagne)

Je tiens à remercier La Fondation Motrice pour m'avoir invité à présenter le point de vue méthodologique dans l'élaboration de recommandations pour la prise en charge rééducative multidisciplinaire de la Paralyse Cérébrale.

Les intervenants à ces Journées de La Fondation Motrice ont essayé de donner de bonnes nouvelles, de montrer les progrès en imagerie, en rééducation. Je crois qu'il y a de très bonnes nouvelles du côté des méthodologies pour l'élaboration des recommandations.

Depuis une dizaine d'années, bien des choses ont changé dans les pratiques de santé et l'organisation des soins. On a beaucoup parlé de médecine basée sur les preuves, c'est très important et je suis tout à fait en ligne avec les intervenants précédents. J'ai l'impression cependant que, parfois, on prend des raccourcis quand on met en relation les preuves et les recommandations. Le plus important dans l'élaboration de recommandations basées sur les preuves, ce ne sont pas les preuves que l'on trouve, mais plutôt la transparence de tout le processus d'élaboration. Les méthodologies les plus récentes en matière de recommandations nous permettent de suivre l'évaluation systématique et explicite des éléments qui aboutissent à une recommandation. Ce qui est nouveau, c'est précisément ce côté systématique et explicite. Et c'est ainsi que les recommandations deviennent une aide dans la prise de décision informée.

En quoi consistent ces nouvelles méthodologies ? Ce qui n'a pas changé, c'est que comme souvent, il faut commencer par bien poser la question et chercher des preuves. Chercher est important mais pas nécessairement trouver. Une recommandation basée sur peu de preuves, de qualité faible, peut être présentée comme une forte recommandation. L'important est de chercher et d'évaluer de façon systématique. Mais que cherche-t-on ? On cherche principalement, comme nous l'a présenté Sylvain

LES JOURNÉES DE LA FONDATION MOTRICE. 13 & 14 MARS 2015 INSTITUT PASTEUR PARIS

Brochard, les preuves avec P majuscule, les preuves de l'effectivité des interventions. Il y en a en rééducation, peu, mais on en trouve. Il y a déjà moins de preuves sur les effets délétères des interventions, et pourtant cela devrait être une question présente au moment d'élaborer des recommandations. On insiste de plus en plus dans l'élaboration de recommandations sur la recherche de preuves qui portent sur les effets bénéfiques mais aussi sur les effets délétères des interventions. Le but étant de les évaluer ensemble.

On a souvent opposé la médecine basée sur les preuves et les décisions prises en fonction de l'expérience des soignants. C'est un malentendu, les deux sont complémentaires. Cette expérience peut être recueillie de façon systématique et devenir matière à preuve. Des preuves scientifiques, obtenues avec des méthodes établies qui nous renseignent sur le point de vue des soignants mais aussi, comme nous avons entendu hier, sur les valeurs et préférences des patients, des familles. Le point de vue, les valeurs, les préférences quant aux effets bénéfiques et délétères des interventions devraient aujourd'hui être un élément de poids au moment d'élaborer des recommandations.

Il y a enfin un 3ème élément qui a aussi été mentionné par les intervenants précédents et qui aujourd'hui tient de plus en plus de place dans l'élaboration des recommandations. C'est la notion des ressources : l'organisation des soins, les coûts absolus, les coûts relatifs entre deux interventions, l'impact sur les inégalités. La décision que prend le clinicien est une décision individuelle. Mais les recommandations ont toujours une dimension de santé publique.

Les recommandations représentent un outil, une aide pour prendre des décisions informées. À côté des essais randomisés contrôlés qui nous renseignent sur les effets bénéfiques des interventions, aujourd'hui les recommandations devraient nécessairement intégrer les études qui renseignent sur les effets délétères des interventions, mais aussi sur les valeurs et préférences des patients, des familles et des soignants, et sur l'organisation des soins, et ce de façon systématique et explicite. De nouveaux outils et méthodologies sont disponibles pour élaborer des recommandations. Elles ont sûrement un rôle aujourd'hui pour améliorer la prise en charge rééducative multidisciplinaire de la Paralyse Cérébrale en France.

Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

Merci beaucoup, je pense que c'était très important que tu nous dises ça maintenant, parce que cela donne un cadre à la discussion qu'on voudrait avoir avec la salle.

Question de la salle

Une question à M. Brochard : Quand vous présentez cette fameuse revue sur ce qu'il faut faire et pas faire, ce qui est dangereux et pas dangereux, le problème de cet article, que je connais, c'est que malheureusement, même si c'est une très belle revue très compliquée et qui a l'air d'être très complète, en fait malheureusement les Américains, les Australiens, ne font pas des examens très rigoureux. Alors on ne fait pas des examens rigoureux, on nous dit que telle pratique n'est pas bien alors qu'il n'y a pas un examen rigoureux effectué. Donc ce qu'ils ont dit est peut-être intéressant, mais il faudrait que ce soit repris par des examens beaucoup plus précis. Je pense que, ce matin, tout le monde a vu qu'il fallait aller vers une précision.

Deuxièmement, je pose une question à M. Le Lay. Tout ce que vous dites, c'est formidable sur l'évolution de la kinésithérapie. Je pose une première question : est-ce que les kinés vont être habilités, comme chez les Anglo-Saxons, à faire de la toxine botulique ? Vous ne l'avez pas dit, mais en Angleterre, c'est faisable comme ça. Et l'autre question, elle est financière : récemment, j'ai lu un fameux article où on nous demandait si c'était pour arriver à la conclusion « est-ce que c'est bien d'avoir 20 min de rééducation toutes les deux semaines pour des choses comme ça ? ». Alors, le financement c'est très important, je connais suffisamment l'Angleterre et son système financier pour dire l'importance d'avoir les moyens pour vous

payer des choses qui sont en dehors des remboursements habituels. Donc, en France, est-ce qu'on va vers une réduction de la rééducation pour des raisons financières qu'on peut très bien envisager actuellement, ou est-ce qu'au contraire on aura cette facilité qui, quand même, est particulière à la France où on peut faire faire de la rééducation 3 fois par semaine sans que jusqu'à présent, si c'est argumenté, on ait un retour de bâton. Donc à mon avis, tout ce que propose ce magnifique plan pour les kinés, ça sera faisable, les médecins pourront écrire des choses comme « rééducation tant de fois par semaine » ? On peut l'écrire, ce n'est pas pour ça que c'est faisable ou remboursable. On dit souvent qu'il va y avoir des restrictions vis-à-vis de ces remboursements qui sont quand même à l'aise en France.

Réponse. Dr Sylvain Brochard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

Médecine physique et de réadaptation pédiatrique, CHU Morvan, Brest.

Je suis d'accord, on examine très bien en France ! Mais je pense que nos administrations, un jour, s'en fichent. Donc la question que je pose -c'est une vraie question, je n'affirme rien- c'est qu'aujourd'hui, les preuves sont apportées par d'autres pays que la France dans la rééducation pour la Paralyse Cérébrale ; il y a eu 172 essais contrôlés randomisés entre 2008 et 2012, 1 en France. Donc, du coup, toutes ces preuves apportées par les pays étrangers vont constituer des « international guidelines » et probablement que nos administrations à un moment ou à un autre vont s'en saisir. Et donc je ne dis pas qu'on examine mal, je dis justement : contribuons, et montrons ce que nous savons faire.

Réponse. Yann Le Lay

Kinésithérapie, COKILLAJE Nantes.

Pour compléter et répondre, pourquoi il y a une parution seulement en français, et beaucoup plus dans les pays anglo-saxons, c'est parce qu'il y a des passages. Aujourd'hui, j'ai presque envie de dire qu'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute vous enferme. Dans le modèle anglo-saxon, il y a des passerelles qui font qu'effectivement à un moment vous pouvez avoir une pratique clinique, et faire évoluer votre pratique clinique, et c'est beaucoup plus facile que dans le système français de développer sa compétence, de la valoriser par une méthodologie scientifique, de dire « *maintenant, je vais m'inscrire dans des laboratoires de recherche, ou je vais m'inscrire dans des spécificités pour aller dans un laboratoire d'analyse quantifiée du mouvement, ou je vais aller faire de la toxine* ».

Aujourd'hui, dans notre système de formation, il n'y a pas de cohérence même entre les écoles, c'est aussi simple que ça. La formation sur la Paralyse Cérébrale est complètement dépendante des acteurs que vous allez avoir en régional.

L'Institut Motricité Cérébrale essaie de fédérer les kinésithérapeutes, c'est un exercice quasiment impossible, ce sont des travailleurs très indépendants. Mais les jeunes travailleurs qui arrivent ont une culture différente. J'ai eu la chance de me tourner vers la formation initiale et j'ai découvert des jeunes qui sont dans des postures différentes de ma génération. C'est une forme d'encouragement, effectivement les passerelles arrivent, et puis je pense aussi qu'aujourd'hui les kinésithérapeutes qui arrivent dans les instituts de formation ont des cultures très communes avec les MPR et les neuropédiatres avec qui ils ont travaillé. La plupart du temps ils ont fait la première année en commun.

Question de la salle

Je me suis tout à fait retrouvé dans votre présentation du papa, avec quelques années de moins mais c'était tout à fait ça : on va sur internet, on se pose plein de questions, en plus moi c'est un peu mon rôle de faire des bibliographies, donc j'ai été peut-être un peu plus vif là-dessus.

Mais après, il y a quand même un obstacle, c'est quand on arrive au CAMSP, c'est une prise en charge globale qui est très bien faite et dont je suis très satisfait, par contre quand vous leur sortez des articles sur, par exemple, la contrainte induite, en leur disant « *il y a des preuves* », on regarde et : « *vous êtes un barbare, la contrainte induite c'est attacher les mains derrière le dos* ». Il y a une méconnaissance de ces

techniques, qui sont pourtant prouvées, qui est flagrante, et il n'y a pas d'intérêt. Si vous vous dites « *je vais quand même essayer d'en discuter* », il n'y a pas d'intérêt là-dessus. Ce n'est peut-être pas généralisé, c'est mon vécu, mais c'est aussi le vécu de pas mal de parents avec qui j'ai discuté et donc je ne sais pas comment y remédier.

Ce n'est pas seulement arriver avec une guideline, c'est aussi arriver à reconnecter une discussion entre les avancées de la recherche et des scientifiques, et de l'autre côté le traitement au quotidien, où les gens n'ont pas le temps parce qu'effectivement c'est à flux tendu, il n'y a pas de moyens derrière, etc.

Réponse. Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

On ne peut être que d'accord avec vous. Je pense que c'est complémentaire de ce qu'on essaie de dire depuis ce matin.

Michel Charpy

Président de la FFAIMC

Bonjour, Michel Charpy, nouvellement président de la Fédération Française des Associations d'Infirmes Moteurs Cérébraux et Paralysés Cérébraux.

Je voudrai apporter essentiellement une contribution et une position de la FFAIMC.

D'abord remercier vivement La Fondation Motrice pour l'organisation de ces deux superbes journées, la haute qualité des interventions, excellentes. Au-delà, souligner notre satisfaction au niveau des familles et des associations de cette décennie de progrès.

On a bien conscience que c'est essentiel pour la qualité de vie des personnes paralysées cérébrales, et je voudrais conclure cette petite intervention en disant que j'engageais pleinement la Fédération dans ce travail d'appui, de renforcement des liens que nous avons avec La Fondation Motrice pour accroître les moyens si utiles à la recherche dont nous sommes convaincus de l'importance.

Et je reprends un petit peu les propos du Dr Brochard, je suis convaincu que quand il y a 120 000 personnes concernées par la Paralyse Cérébrale, cela été dit hier, qu'on peut obtenir davantage, c'est possible.

Et puis, un dernier mot pour souligner l'importance de l'axe santé pour notre Fédération, et toute la considération que nous avons pour les médecins et les rééducateurs, et leur importance dans l'accompagnement de nos enfants.

Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

Merci beaucoup, cela méritait d'être dit.

Michel Le Métayer

Président fondateur du CDI

Je suis heureux, comme beaucoup ici, d'apprendre la constitution et le projet d'un groupe de travail comme vous l'avez montré, et je suis d'accord, ô combien et depuis déjà bien longtemps, avec les propositions en particulier de Sylvain Brochard.

Mais il me semble aussi que ce devrait être préparé par des rencontres préalables entre des professionnels, et je ne parle pas seulement au nom des kinésithérapeutes.

Je prends cet exemple d'hier où il a été question, et le film l'a tellement bien démontré, que nous n'avons pas des approches similaires dans la compréhension et l'évolution des troubles en physiopathologie. Cela pour dire, que si d'une part des équipes se trouvent dans le souci de rechercher des moyens pour faire baisser la douleur des sujets IMC petits ou grands par des étirements plus ou moins prolongés, je dois dire,

LES JOURNÉES DE LA FONDATION MOTRICE. 13 & 14 MARS 2015 INSTITUT PASTEUR PARIS

par ce que j'ai vu hier, que nous avons eu au moins 25 ans d'expérience, nous avons fait des erreurs, moi-même aussi à certains moments que j'ai assez vite corrigées, mais au moins que nous n'avons pas nous, de notre côté, avec les dizaines et les dizaines d'enfants que nous avons suivis sur ces 25 ans, d'enfants qui ont souffert. Donc c'était presque une surprise, désagréable, de constater les résultats de ces enquêtes, au niveau des publications internationales. Mais je vois aussi que c'est bien connu en France.

Cela étant, je crois qu'il y avait lieu, en toute cordialité et en toute modestie, qu'il y ait des rencontres préalables et peut-être pas même seulement par des paroles et des propos comme on le fait dans une telle assistance, mais aussi dans des situations concrètes, que l'on puisse comparer très simplement, et c'est là où le rapprochement se fait.

Quant aux relations, aux soutiens, et l'échange et la collaboration avec les parents, avec les familles, dans le cadre de l'association APETREIMC, qui est devenue maintenant ENVOLUDIA, nous avons eu en tout cas dès le départ cette étroite collaboration qui, elle, mérite d'être analysée pour pouvoir l'enseigner car elle a montré ses effets et ses bienfaits. Et je pense, dans une certaine mesure, et encore là très modestement, que si La Fondation Motrice existe aujourd'hui, au départ il y a eu quelque chose de favorable dans ce sens.

Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

Merci Monsieur Le Métayer, merci.

Je voudrais vous rassurer, dans le groupe de travail que nous allons mettre en place, il y aura bien entendu médecins et kinésithérapeutes qui parleront d'une même chose, c'est-à-dire de leur passion.

Question de la salle

C'est juste pour compléter sur une analyse des pratiques.

À l'heure actuelle, quand les kinésithérapeutes et les médecins de rééducation travaillent dans des centres, que ce soit SSR sanitaire, que ce soit médico-social, quand ils passent une certification (pour en avoir vécu en sanitaire et en médico-social), pour reprendre les mots de M. Le Lay, c'est un peu une « prime à l'incompétence ». On ne demande jamais les liens qui ont été faits pour utiliser les techniques reconnues, chacun utilise ce qu'il veut comme il veut.

Pour avoir vécu des certifications, on ne m'a jamais demandé ce que je faisais comme technique, sur quel motif, et si effectivement on a une équipe qui n'a pas trop envie de changer ses habitudes, et ce papa en parlait bien au CAMSP, et bien il n'y a rien qui oblige. Donc je pense que ça c'est quelque chose, on a parlé de l'HAS, peut-être que les choses devraient être un petit peu plus incisives en secteur médico-social qui concerne beaucoup de personnes handicapées, enfants et adultes, quand on regarde les questions qu'on pose, c'est très philosophique, généraliste mais certainement pas sur les techniques reconnues.

Intervention du Dr Éric Bérard

J'ai été expert visiteur 12 ans, alors je m'inscris en faux.

Mireille Tavarès

Présidente de l'association AVEFETH

Moi, j'aimerais non pas vous poser de question, mais faire comme hier et vous donner un témoignage.

Je suis une maman, mon fils a 40 ans, il est IMC, je suis également présidente d'une association dans le Var (nous avons différents établissements), et je voudrais rejoindre tout à fait les dernières personnes qui ont parlé, madame, le Pr Métayer et également le jeune papa, puisque moi je suis, je ne vais pas dire une vieille maman, mais enfin une maman ancienne. Je ne vais pas sur internet parce que je suis encore à la préhistoire, mais je suis très heureuse d'entendre qu'il y a des jeunes kinésithérapeutes, qu'il y a des personnes jeunes qui se mobilisent pour les patients qui sont en situation de handicap, parce que je crois qu'on en a besoin.

LES JOURNÉES DE LA FONDATION MOTRICE. 13 & 14 MARS 2015 INSTITUT PASTEUR PARIS

Mais je crois qu'il ne faut pas oublier tout le travail qui a été fait pendant toutes ces années, tous ces gens qui ont travaillé, et tous ces bénévoles qui ont donné de leur temps.

On évolue dans la vie, il va se passer plein de choses j'en suis certaine parce que je suis positive, et je pense qu'en tant qu'association on peut aider, au niveau des parents par rapport à ce que vous disiez Mr Bérard, pour faire ce questionnaire.

Dr Éric Bérard, membre du Conseil scientifique de La Fondation Motrice

FFAIMC Commission Ethique, ARIMC Rhône-Alpes, Lyon.

Merci Mireille.

Nous allons conclure cette session et cette table ronde, de manière à laisser la place à la conclusion finale.

Pr Isabelle Desguerre

Présidente de la Société Française de Neuropédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris

Le mot de conclusion, j'en aurai 3.

Je pense que tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut une collaboration de tous les partenaires pour monter rapidement ce questionnaire. Et se donner les moyens méthodologiques pour qu'il ait un sens et qu'il soit audible au niveau des tutelles, et probablement à l'international, peut-être que ce sera aussi un objectif, commencer par publier ce que l'on sait faire.

La 2ème chose, c'est renforcer le dialogue - c'est vrai pas uniquement pour l'IMC, mais pour toutes les maladies rares ou autres - entre ce que l'on appelle le savant et le sachant, c'est-à-dire les gens qui ont la connaissance théorique et la pratique du fait de leur métier, et puis le sachant c'est la personne qui est sensée bénéficier de la pratique et qui vit au quotidien sa maladie ou son handicap. Il est clair qu'il faut que ce dialogue se renforce, mais en même temps qu'il soit fait avec de la méthode. Le pire, c'est de dévoyer des questionnaires qualité de vie en leur faisant dire n'importe quoi, ou en essayant de manipuler l'opinion des gens à mauvais escient. Donc, si on veut faire des bonnes pratiques, il faut mettre de la méthodologie et de la rigueur dans ce qu'on dit.

Enfin, je suis convaincue qu'il y a vraiment un travail à faire sur l'enseignement. Je suis souvent en colère pas contre les kinés du tout mais contre les enseignants des kinés ou des infirmières par exemple, par le mauvais niveau ou le peu d'exigence qu'on a, ou même la façon parfois déplorable qu'on a de limiter leurs compétences et leur imagination en leur faisant penser qu'ils ne sont pas capables de penser tous seuls et d'être créatifs. Il y a là un vrai problème sur la qualité de l'enseignement, où il faut qu'il y ait une « universitarisation », et qu'on soit un peu libéré de ces contraintes qui sont très franco-françaises pour le coup.