



# La Lettre

*du Cadre de Santé Kinésithérapeute*

N° 15 - Janvier 2001

## ■ ÉDITORIAL

Mon Dieu,  
Des moeurs du temps mettons-nous moins en peine,  
Et faisons un peu grâce à la nature humaine ;  
Ne l'examinons point dans la grande rigueur,  
Et voyons ses défauts avec quelque douceur.  
Il faut, parmi le monde, une vertu traitable ;  
À force de sagesse on peut être blâmable ;  
La parfaite raison fuit toute extrémité  
Et veut que l'on soit sage avec sobriété.  
Cette grande raideur des vertus des vieux âges  
Heurte trop notre siècle et les communs usages ;  
Elle veut aux mortels trop de perfection :  
Il faut fléchir au temps sans obstination,  
Et c'est une folie à nulle autre seconde  
De vouloir se mêler de corriger le monde.

J'observe, comme vous, cent choses tous les jours,  
Qui pourraient mieux aller, prenant un autre cours ;  
Mais quoi qu'à chaque pas je puisse voir paraître,  
En courroux, comme vous, on ne me voit point être ;  
Je prends tout doucement les hommes comme ils sont,  
J'accoutume mon âme à souffrir ce qu'ils font,  
Et je crois qu'à la cour, de même qu'à la ville,  
Mon flegme est philosophe autant que votre bile.

*Molière*  
*Conseiller de publication*

## SOMMAIRE

- Éditorial de Molière
- Profession Santé
- Encadrement
- Mémoires Cadres
- Relecture du numéro 14  
*Lucienne LETELLIER*
- Parcours d'un cadre kiné :  
*Claude FORISSIER*
- CadreKine.net
- Formation
- l'A.F.R.E.K.

## COMITÉ DE PUBLICATION

- **Daniel MICHON**  
Enseignant-Formateur  
I.F.M.K. et I.F.C.S. de Grenoble
- **Marie-Odile PAILLET**  
Chef de Service Rééducation  
C.R.F. "Les Rosiers" de Dijon
- **Philippe RIGAUX**  
Responsable Formation Continue  
"Bois-Larris" Santé Formation
- **Patrick ROTGER**  
Coordonnateur Rééducation  
Hôpital National de Saint-Maurice
- **Michel THUMERELLE**  
Directeur  
C.R.F. de Fouquières-lez-Lens
- **François ZIMMERMANN**  
Enseignant-Formateur  
I.F.M.K. de Strasbourg

### Coordination :

- **Michel GEDDA**  
Kinésithérapeute-Chef  
C.R.F. Salins-les-Bains

ISSN 1267-7728

Recevez **La Lettre** en braille  
sur simple demande écrite.

**La Lettre** sur site Internet :  
[kine.kinemedias.fr](http://kine.kinemedias.fr)

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

## PROFESSIONS SANTÉ

### Les cadres kinésithérapeutes et la communication.

**L**e cadre doit communiquer. C'est impératif ! À qui ? Pour quoi ? Pour quoi en faire ?

Dans l'organisation de tout système de soins, le cadre est un élément pivot de l'information, pour le personnel travaillant directement avec lui, pour tous les autres acteurs de l'hôpital, pour les professionnels extérieurs à l'hôpital, pour les tutelles.

Les missions du cadre l'amènent à être un organisateur efficace, à savoir trouver la bonne personne, la bonne référence dans des délais les plus courts possibles, à mettre en place les changements imposés par tout nouveau texte et à prévoir et anticiper les évolutions professionnelles. Là commence une partie de nos difficultés quotidiennes. En outre, l'isolement de certains cadres masseurs-kinésithérapeutes favorise le maintien de liens de dépendance très forts avec la hiérarchie infirmière sans espace d'autonomie.

Nous recevons tous les jours, voire 2 à 3 fois par jour, des documents à lire très vite, à analyser, à diffuser et à classer.

Les informations contenues couvrent un champ très vaste, soit de portée locale et avec une application immédiate, soit de portée plus générale en lien avec d'autres professionnels ou affectant l'avenir de notre profession.

Les notes de service concernant la coupure de chauffage, l'annonce de la prise de fonction de nouveaux directeurs, les prochaines dates de formation... arrivent en même temps et sous la même forme que la copie du *Journal Officiel* annonçant une modification des normes de sécurité pour des procédures d'examen, les modifications du décret d'actes et d'exercice pour une profession, les postes vacants, les conditions d'inscription à un concours.

Les cadres vont à l'essentiel et répondent en priorité aux demandes institutionnelles locales. Ils lisent, analysent, affichent les notes de service, informent les personnels, répondent aux différentes demandes institutionnelles.

Cette communication est restreinte. Elle ne permet pas une réflexion dépassant le cadre local, n'amène pas à pas une réflexion plus large comparant différents systèmes, différents modes de fonctionnement.

Le cadre de santé masseur-kinésithérapeute, souvent unique représentant de sa profession au sein de l'établissement, est obligé à chercher des informations extérieures. La lecture attentive du *Journal Officiel* concernant le système de santé, de différents projets modifiant notre profession demande aux cadres de faire une recherche de ces textes. Il est indispensable de savoir où trouver les informations rapidement.

Actuellement, un certain nombre de cadres sont connectés à Internet et peuvent aller à la pêche. Mais faute de connaître le site précis à interroger, on peut passer beaucoup de temps sans résultat. L'information via un réseau professionnel (papier ou site Internet) est dans ce cas primordiale.

Il reste à faire une analyse des textes et à l'enrichir en la confrontant avec d'autres, à intégrer ces différentes informations dans le contexte local et en même temps à organiser et mettre en place une réflexion plus large incluant tous les professionnels masseurs-kinésithérapeutes.

À ce niveau de lecture et d'analyse, le réseau informatique interactif permet d'avoir les mêmes informations pour tous dans un délai très court et d'avoir à notre disposition les outils permettant une connaissance et une réflexion sur nos missions, nos modes de fonctionnements de services, sur l'accueil d'étudiants, sur le cursus des études en formation initiale et cadre.

La fédération de telles réflexions peut amener une synthèse et faciliter l'élaboration de propositions de changements consensuelles concernant nos fonctions d'encadrement, le cursus des études, l'évolution de notre profession.

Il n'y a plus qu'à utiliser des sites spécifiques à notre profession, tel que le site [anks.org](http://anks.org) qui renvoie aux sites professionnels existant.



**Françoise BIZOUARD,**  
Responsable de la Chronique.

*Voir aussi, à ce propos, la proposition de Bernard Jumentier dans l'éditorial de Rencontre, le journal des Ambassadeurs.*

## ENCADREMENT

### La balnéothérapie : Une histoire d'eau au sens propre.

On sait depuis toujours que l'immersion dans l'eau chaude fait bénéficier au patient d'effets mécaniques, thermiques, psychologiques et biochimiques. Dès le 17<sup>e</sup> siècle, les premiers hôpitaux thermaux comportaient de vastes piscines. Au 18<sup>e</sup> siècle, s'ébauche une conception scientifique de l'hydrothérapie. La rationalisation des thérapeutiques apparaît aux 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles avec l'essor de la rééducation par le mouvement (en particulier la rééducation des poliomyélites).

Chacun sait que la chaleur, l'humidité ambiante et le support de l'eau sont autant de facteurs aggravants ou propagateurs de germes hydriques. La constitution des CLIN fait apparaître une compétence spécifique avec la recherche de germes dits nosocomiaux. La prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes (B.M.R.) s'adresse à tout secteur possédant un bassin.

À l'aube de l'accréditation, des procédures sont élaborées. En plus de la difficulté de synthèse écrite, s'ajoute celle de connaître des protocoles validés. Il n'existe pas de texte légal concernant les bassins de rééducation, la législation est celle des piscines municipales.

Actuellement, seule l'expérience de nous tous, riche, nous fera avancer dans le processus de la qualité.

*À quel rythme faire la vidange, l'entretien des bassins, la surveillance bactériologique, chimique ? Combien de patients peuvent être immergés simultanément pour ne pas dépasser le seuil critique du pouvoir filtrant de nos bassins ? Doit-on, avant toute immersion, en plus des précautions habituelles (recherche de champignons), dépister les germes nosocomiaux (staphylocoque auréus méthi résistant) ? ...*

Toute démarche qualité en balnéothérapie débute par la connaissance technique des locaux, du bassin, des circuits d'eau et d'air... Savez-vous les décrire, accédez-vous à ces informations ? À ce titre, consultez :

- le CLIN, organe ressource pour les circuits, les textes officiels (ex : le ratio douches/patients...) ;

- les services techniques pour connaître le nombre fatidique d'immersions simultanées de patients/heure (le fameux "pouvoir filtrant"). Dépassé, la prolifération des germes engendre un déséquilibre physico-chimique qui, répété, entraîne un surdosage en chlore et provoque l'apparition de chloramines avec le symptôme connu du picotement des yeux.

- le cahier des charges de l'entretien de votre bassin journalier, hebdomadaire et mensuel, le cahier de maintenance des relevés physico-chimiques.

Instaurez un cahier de maintenance pour stipuler les pannes et réparations, le règlement intérieur, la traçabilité de vos actes et afficher les prélèvements bactériologiques à l'entrée de votre local de balnéothérapie.

Les circuits fermés fonctionnent avec un filtre et un produit désinfectant. L'eau est donc la même entre les vidanges. Il est recommandé de la programmer à une fréquence raisonnable, une fois tous les 3 mois. Le texte des piscines publiques annonce une fois par an.

Un savonnage adapté, rigoureux, un bonnet de bain (dur ! dur !) diminueront le taux de desquamation de la peau des patients. Un pédiluve mural sera adapté aux personnes transportées en chariot sur rail.

Pour mieux éduquer les patients et que ces mesures ne soient pas vécues comme des contraintes (elles y seront forcément), pourquoi ne pas inclure une fiche explicative au livret d'accueil de votre service ?

**BALNÉOTHÉRAPIE**  
Vous allez bénéficier de votre première séance de piscine, voici quelques conseils et informations à ce propos.

**Les dix commandements**

**I** Avoir un maillot de bain (slip de bain) avec un bonnet de bain ou charlotte plastifiée. Les serviettes et le peignoir sont fournis par le service.

**II** La séance en piscine remplace la séance de kiné du matin. La piscine ouvre à 8h10 et les premiers transferts se font à 8h15, la séance dure 1h. Les séances peuvent être quotidiennes ou 2 à 3 fois par semaine.

**III** La piscine se trouve au sous-sol, la température de l'eau est à 33-34°. La vidange complète se fait 3 fois par an (décembre, mai, août) avec fermeture de quelques jours. Des analyses régulières journalières sont retranscrites sur un cahier consultable en piscine d'autres mensuelles, se trouvent affichées à l'entrée de la piscine.

**IV** Vous aurez pris une douche savonnée dans le service (trois douches sont à votre disposition) Vous aurez mis un maillot et peignoir, le peignoir est badgé à votre nom et déposé sur votre lit chaque matin, ainsi chaque jour vous aurez un peignoir propre.

**V** Un ascenseur ou des escaliers vous emmènent à la piscine.

**VI** Déposez vos chaussures à l'entrée extérieure, laissez vos cannes et déambulateurs à cette endroit, d'autres spécialement réservés à la piscine vous seront fournis.

**VII** Une fois dans l'escalier de la piscine, vous ôterez votre peignoir, passerez dans le pédiluve (1 min. minimum) pour des raisons d'hygiène (inhibition des champignons vivants à proximité des lieux humides).

**VIII** Vous reprenez une douche (cabine individuelle, ou collective) avant d'entrer dans l'eau par les escaliers (circuit valide) Si besoin (pas d'appui autorisé...) Un chariot plat de transfert sera à votre disposition (circuit invalide).

**IX** Vous refaites le chemin inverse, vous reprenez une douche (pour éliminer le chlore) vous repassez par le pédiluve, vous reprenez votre peignoir, vos cannes ou déambulateurs, vos chaussures. En remontant dans le service, après vous être habillé, déposez le peignoir dans un sac spécialement réservé à cet usage, déposez le badge sur la paillasse en lingerie.

**X** Si vous avez une petite infection (myose, autres petits bobos) signalez-le au médecin ou à une infirmière du service.

L'hygiène ne sera jamais une chose acquise, chaque jour l'équilibre peut être perturbé. Sur notre site (C.H. de Neufchateau), il y a 4 ans, le prélèvement sur le jet d'hydro-massage neuf révéla un taux élevé de germes pathogènes. Après analyse, il fut constaté que l'eau stagnait dans la pompe entre chaque utilisation. Le CLIN a du valider lui-même un système de pompe annexe automatique provoquant une circulation d'eau toutes les 15 min dans le jet lors de sa non-utilisation (le pyocyanique possède un cycle de 20 min). L'expérience *in situ* nous a fait progresser mais...

Chercher la qualité, c'est aussi prendre le risque de découvrir des problèmes en cherchant... Mais n'est-ce pas le prix à payer pour concilier les bienfaits de l'eau en maîtrisant les risques infectieux hydriques ?



**Véronique BILLAT,**  
Responsable de la Chronique.

• **Le C.R.R.F. Le Normandy (50)** : implanté au cœur de la ville de Granville en bordure de mer dispose de 120 lits H.T.C et 101 lits H.T.P.

L'équipe de rééducation de 80 personnes, compte 43 M.K. plein-temps et 10 médecins. Le plateau technique de 2 500 m<sup>2</sup>, dont 1 200 m<sup>2</sup> destinés à la kiné-balnéothérapie et balnéothérapie marine, comporte entre autre 3 bassins (rééducation, activités de groupe, initiation à l'eau).

Les bassins de rééducation sont alimentés en eau de mer (en circuit ouvert) non traitée, filtrée et décantée.

Cette eau de mer est chauffée à 37° (maxi) pour éviter de détruire les phytoplanctons ou zooplanctons (effet bactériolytique ou bactériostatique). Ces micro-organismes ont un pouvoir auto-épurateur sur la pollution microbienne habituelle apportée par les personnes (patients et personnels).

Les bassins fonctionnent donc en circuit ouvert, le renouvellement en eau de mer des piscines est de 1/5 de son volume par jour. Celui-ci se fait par débordement et l'alimentation en eau propre par le fond : c'est l'hydrolicité inversée d'après le Dr B.F. Badem. L'aspirateur de piscine est passé tous les jours.

En fin de semaine, les piscines sont vidées, nettoyées et remises en eau. Des analyses d'eau de mer sont effectuées régulièrement par le laboratoire départemental de Saint-Lô. Le nettoyage du service avec des produits tels que l'Actisept est effectué tous les jours.

Personnels et patients passent par un pédiluve traité avant de pénétrer sur les surfaces autour des piscines, ensuite la douche de propreté est obligatoire pour tout le monde avant d'entrer en piscine (9 cabines de douche avec savon liquide sont à la disposition des personnes).

Un peignoir personnel est attribué à chaque patient : un par semaine minimum, sinon autant de fois nécessaire. Des serviettes propres chaque jour.

Après les soins, chaque personne prend une douche et s'essuie convenablement (en insistant sur un bon séchage des orteils et des "parties cachées").

Chaque kinésithérapeute descend 1h40 chaque jour en piscine de rééducation. Il est à noter que pour les thérapeutes, les arrêts momentanés de balnéothérapie sont rarissimes.

En plus des contre-indications classiques, s'inscrivent diverses contre-indications (ORL, pulmonaires, intestinales, B.M.R., HIV-VHB-VHC, incontinences, hémorroïdes avec risque d'écoulement sanguin...).

La gestion de l'eau de mer des piscines est suivie par le CLIN et s'inscrit dans le système qualité de l'établissement.

*Henry HAFFRAY*

• **L'hôpital de Verdun (55)** : possède 22 lits de rééducation complète et 2 lits d'hospitalisation de jour ; 10 patients externes au quotidien.

Depuis 1992, l'ouverture de la balnéothérapie a diminué le temps de prise en charge des patient.

L'équilibre, en ce qui concerne l'hygiène, est acceptable. La vidange complète est faite tous les 3 mois, des nettoyages quotidiens de surface sont effectués. Un pouvoir filtrant correct et le passage au pédiluve maintiennent un bon niveau.

Des circuits obligatoires et le port de sur-chaussures contribuent à la rigueur souhaitée.

Les seuls incidents observés sont en fait liés au choix des patients (enfants incontinents).



*Jean-Louis PROT*

• **L'I.R.F. Pomponiana Olbia de Hyères (83)** : est un établissement de rééducation fonctionnelle et d'éducation motrice recevant des patients enfants et adultes, en interne et externe. D'une capacité d'hébergement de 220 lits, il possède 2 bassins de balnéothérapie et 2 piscines extérieures (pour l'été).

Chaque bassin est sous l'égide d'un kiné-chef de groupe chargé d'effectuer l'analyse de l'eau douce grâce à un photomètre. Les résultats sont consignés chaque jour avec adjonction manuelle de chlore solide en fonction des chiffres obtenus. Le prélèvement de l'eau et des surfaces sont effectués par un laboratoire extérieur une fois par mois.

L'entretien des surfaces est effectué par l'équipe de ménage selon un protocole spécifique. Un robot passe nettoyer le fond des bassins une fois par semaine.

Pour les déplacements des patients vers les bassins, il est prévu un fauteuil roulant spécifique au service, mais il est plus difficile de l'utiliser pour les personnes en fauteuil roulant électrique. Il serait intéressant de le faire avec les patients ayant des cannes mais la difficulté réside dans leur réglage.

Le pédiluve posait des problèmes de sécurité (glissade). Les sur-chaussures sont obligatoires pour les personnes venant dans le service. Nous demandons aux patients aux cheveux longs de mettre un bonnet, mais pour les adolescents et enfants c'est plutôt difficile de l'obtenir chaque jour.

La douche est obligatoire à l'entrée et sortie des bassins, et nous restons très vigilants quant aux lésions cutanées ou pansements qui n'ont pas l'étanchéité demandée.



*Michèle MAZZETTO*

## ■ MÉMOIRES CADRES

### Le Dossier Masso-Kinésithérapique.

Entre la démarche d'accréditation et les recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur le dossier du patient en masso-kinésithérapie (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - mars 2000), nous sommes tous amenés à revoir la place du dossier kinésithérapique dans le dossier patient (dossier administratif, dossier médical, dossier infirmier...) et à nous interroger sur le contenu de ce dossier, la traçabilité des informations et les besoins pratiques des équipes de rééducation.

Si cette démarche contribue à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources, il reste cependant un *hiatus* ou un décalage chronologique entre ce qui existe actuellement, ce qui pourrait être directement amélioré et l'utilisation au quotidien de références internationales.

L'autonomisation de notre profession, notamment vis-à-vis des prescriptions médicales, oblige les kinésithérapeutes à réagir, à notre sens, sur deux niveaux :

- d'une part *répondre* rapidement à ces recommandations avec nos outils habituels ;
- et d'autre part *intégrer* un nouveau concept d'analyse du patient et de son traitement à partir d'évaluations et d'échelles internationales validées.

Néanmoins, la place occupée actuellement par la sensation clinique, qui permet de mettre en jeu une batterie de tests spécifiques à chaque patient et non à chaque type de pathologie et qui équivaut à un *système expert*, trouve difficilement sa place dans le dossier kinésithérapique.

Parmi les différents mémoires qui ont abordé ces thèmes, nous en avons retenus quatre, résumés ci-dessous.

• **En 1993, Christine Bernard** (IFCS "Bois-Larris", Croix-Rouge Française) recense les obstacles rencontrés lors de la mise en place d'un projet d'élaboration d'un dossier de soins en masso-kinésithérapie. Trois réunions portant sur le thème "*Quels sont les obstacles à l'élaboration du dossier de kinésithérapie?*" sont organisées dans un centre de rééducation.

Au maximum, six à huit M.K. et M.C.M.K. interviennent. L'auteur utilise la stratégie du métaplan. Chaque membre du groupe exprime trois idées. Ces idées inscrites sur des fiches sont assemblées par thème. Les quelques fiches qui ne s'apparentent à

aucun groupe restent des "loups solitaires". Un titre est choisi pour exprimer la signification commune de l'ensemble des fiches assemblées. Une évaluation est réalisée par chaque membre du groupe par un vote pondéré. Ces réunions sont gérées par un animateur extérieur.

La synthèse de ces trois réunions met en exergue 4 principaux obstacles à l'élaboration d'un dossier M.K. :

- La *méconnaissance* de l'utilité du dossier en masso-kinésithérapie. Celui-ci est en revanche bien différencié du dossier patient qui nécessite la mise en place d'un langage commun à l'ensemble des professions de santé de manière à être accessible à toute l'équipe de soins.
- La *crainte* d'un dossier trop complexe. Un dossier par pathologie avec des items préétablis semble être souhaité.
- Le *manque de temps*.
- La *peur* que ce dossier devienne un moyen de contrôle des connaissances et du travail du kinésithérapeute.

• **En 1991, Jean-Louis Prot** (IFCS "Bois-Larris", Croix-Rouge Française) construit la phase de conception du projet d'informatisation du bilan kinésithérapique. Il est sous-entendu que le bilan kinésithérapique ne représente qu'une partie du dossier de rééducation.

L'auteur réalise dans un premier temps une liste exhaustive des logiciels sur le marché médical. Puis, à raison de réunions hebdomadaires avec une équipe de 12 M.K. dans un établissement de long séjour et de rééducation gériatrique, il veut préalablement définir la finalité et le contexte d'utilisation du bilan kinésithérapique, et notamment :

- pourquoi mesurer ?
- que mesurer ?
- sur qui ?
- par qui ?
- et comment ?

À ces différentes questions l'équipe répond :

- Le concept de mesure est l'*incapacité* ou la *capacité* de la personne. Ne sont pas retenues les notions de déficience ni de handicap.

- Trois items sont retenus ; la *préhension*, la *posture* et le *déplacement*. Des échelles nominales sont utilisées (exemple : déplacement et marche, intérieures ou extérieures) et complétées par des échelles ordinales et cardinales (exemple : seul = 4, difficilement ou lenteur = 3, aide technique = 2, aide d'un tiers = 1, impossible = 0).

- Des lignes vides ou des stocks de données devraient permettre de préciser l'étiologie de l'incapacité. Ce recueil se réalise par un bilan analytique.

- La fréquence des mesures est de 15 jours et elle tient compte de la source d'information : "R.O.M." c'est-à-dire si l'information est *Relatée* par le patient ou si elle est *Observée* ou *Mesurée* par le kinésithérapeute.

Dans un second temps, le cahier des charges d'informatisation du bilan masso-kinésithérapique met en exergue la nécessité de *bilans préétablis* en fonction des pathologies, les autres données du patient étant rapportées des dossiers administratifs et médicaux de façon automatique.

Le contenu de chaque page doit inclure les *données systématiques* (nom du patient par exemple) et des *données spécifiques* à la pathologie.

Les sorties prennent la forme soit d'un *texte standard* à compléter, soit la forme de *graphiques évolutifs* sur la durée du séjour et pourront être imprimés sur papier ou conservés dans une banque de données.

En résumé, Jean-Louis Prot insiste sur la double rigueur de l'élaboration d'un projet informatique qui inclut un système d'information et un système d'informatisation en réseau. La pluri-disciplinarité soulève la délicate question des différences de vocabulaire et de conception des soins.

• **En 2000, Annie Roubieu-Vendassi** (IFCS du C.H.U. de Montpellier) s'interroge sur le dossier masso-kinésithérapique informatisé comme outil de management.

L'objet de cette étude est d'étudier la place du dossier masso-kinésithérapique (version informatisée plus particulièrement) dans le management, en milieu hospitalier universitaire. L'auteur réalise 2 études transversales et descriptives à partir de questionnaires.

Un premier questionnaire est adressé à 15 masseurs-kinésithérapeutes surveillants et porte sur les points suivants :

- l'existence d'un dossier masso-kinésithérapique *papier* ou *informatisé* ;
- l'établissement d'une *prescription médicale* ;
- les *transmissions* entre kinésithérapeutes ;
- la gestion des *absences* ;
- l'entretien d'*évaluation* ;
- la *traçabilité* des actes masso-kinésithérapiques ;
- les *bilans annuels* de notation et autres écrits ;
- l'orientation des *formations continues*.

Le second questionnaire, plus succinct, s'adresse aux 117 kinésithérapeutes du C.H.U. et aborde :

- le *dossier* en masso-kinésithérapie ;
- la répartition de la *charge de travail* ;
- l'organisation des *congés* ;
- la *transmission* des données nécessaires au traitement en cas d'absence non prévue ;
- le *rapport d'activité* annuel ;
- le choix des *formations continues*.

Le taux de retour est de 56,4%. Les données recueillies sont codées puis classées selon leur fréquence.

Les résultats du 1° questionnaire adressé aux surveillants mettent en exergue :

- Dans 54% des cas, le dossier M.K. n'existe pas.
- Sur les 46% de dossiers existants, 25% sont informatisés, soit 11,5% au total.
- Dans 93% des cas, un kinésithérapeute est attaché à une unité de soins ; la quantité de travail est répartie de manière fixe.
- Dans 46% des cas, la prescription médicale n'est pas établie.
- Les besoins et demandes des unités de soins auprès des services de rééducation sont connues (28% le matin à l'ouverture du service, 39% chaque début de semaine, 33% des cas après le passage du M.K. dans l'unité).
- Le *mode d'information* des besoins en actes de rééducation sont :
  - pour 15% transmis par le cadre infirmier ;
  - pour 15% par un constat du M.K. ;
  - pour 43% par une prescription médicale ;
  - pour 27% par un système informel.
- Le *mode de transmission* des équipes M.K. est dans 41% une consigne écrite mais sur des supports temporaires (tableau, note, cahier), dans 14% des cas le dossier M.K. est utilisé et dans 41% la transmission orale est habituelle.
- Dans 92% les masseurs-kinésithérapeutes restent sur des postes fixes.
- En cas d'absence, la répartition de la charge de travail se fait sur l'ensemble de l'équipe, vers les moins occupés ou les volontaires. Il n'existe pas d'organisation prépondérante et donc significative.
- 69% des surveillants interrogés pensent avoir assez d'outils pour préparer l'entretien d'évaluation annuel.
- Les prestations réalisées par les M.K. sont rapportées pour 20% chez les infirmières, pour 10% à partir des dossiers M.K., pour 16% dans le PMSI...

- 54% des surveillants interrogés utilisent d'autres éléments que la comptabilisation des A.M.C. pour préparer le bilan annuel de service.

- 44% des cadres pensent que le *desiderata* de chacun est pris en compte pour la formation continue. 36% acceptent les formations en relation avec les besoins du service.

Les résultats obtenus auprès des M.K. mettent en évidence les points suivants :

- 51% des M.K. n'utilisent pas de dossier.

- 37% des M.K. ne sont pas satisfaits de la répartition de la charge de travail.

- 87% des M.K. s'autogèrent pour la planification des congés.

- 77% des M.K. pensent avoir suffisamment de renseignements pour remplacer un collègue absent. En revanche, 23% restent dans le doute au cours d'une prise en charge.

- Les renseignements sont colligés dans le dossier M.K. pour 8%, dans le dossier médical pour 26% et auprès du service infirmier pour 31%.

- 58% des M.K. estiment ne pas avoir connaissance des éléments du rapport annuel d'activité concernant leur discipline.

- Les formations continues permettent dans 35% des cas une amélioration des connaissances personnelles, répondent dans 30% des cas à un désir d'améliorer le service rendu et, dans 15% des cas, sont en adéquation avec les besoins du service.

En résumé, Annie Roubieu-Vandassi insiste sur l'absence, dans la moitié des cas, du dossier en masso-kinésithérapie, sur le manque de traçabilité, facteur de qualité reconnu, sur la pauvreté des critères qualitatifs et quantitatifs portant sur l'état du patient.

Le dossier masso-kinésithérapique est un des outils de management du cadre de santé au sein de l'équipe et en tant que moyen de coordination interne et externe à la structure hospitalière.

Même si d'autres items sont prépondérants, certaines rubriques (nom du M.K. responsable du traitement, pathologie, résultats de traitement, évaluations, fiches bilans, diagnostic kinésithérapique, objectifs M.K., traitement et compte-rendu de sortie) peuvent orienter le cadre pour répartir la charge de travail, choisir des formations continues, gérer les absences, étudier le traitement M.K. et mener l'évaluation annuelle.

D'autre part, un dossier, d'autant plus informatisé, favorise les relations avec les autres acteurs de soins et avec les services administratifs. Il permet

également d'optimiser la transmission à d'autres établissements de santé des résultats des traitements, des évaluations de sortie et la correspondance professionnelle.

• **En 2000, Pierre Pitet** (IFCS du C.H.U. de Montpellier) s'attache dans le cadre de l'informatisation du dossier du patient en masso-kinésithérapie à concevoir et élaborer un progiciel d'utilisation.

Le dossier kinésithérapique prend sa place dans la constitution du *dossier patient* (lui-même composé du dossier médical, du dossier infirmier, du dossier comptable et du dossier administratif) tout en gardant son individualisation.

Quelques règles légales concernant l'informatisation du dossier sont à respecter :

- *vis-à-vis du patient* : La loi du 6 janvier 1978, modifiée en juillet 1994, doit être intégrée aux articles existants du Code de déontologie médicale et du Code pénal. L'article premier de la loi affirme que l'informatique "au service du citoyen" ne doit porter atteinte "ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques". Cette loi précise que chaque individu doit être informé (IFL 1978, art 27) de la constitution d'un dossier informatisé contenant des informations personnelles et que ce dossier ne peut se faire sans son consentement explicite. De plus, toute personne dispose d'un droit d'accès (art. 35) aux informations le concernant et a le droit de s'opposer (art. 26) à un tel enregistrement ou d'obtenir les corrections qu'il juge nécessaires.

- *vis-à-vis de l'administration* : Tout fichier contenant des informations nominatives doit être déclarée à la CNIL. Le manquement à l'une de ces déclarations est considéré comme un délit pouvant conduire à des amendes élevées et/ou des peines d'emprisonnement (IFL 1978, art. 41-44). Le propriétaire des dossiers est l'Hôpital représenté par son directeur (Code de la Santé Publique art R710-2). Le secret médical n'est pas opposable au malade qui a le droit de connaître les données le concernant. L'accès au dossier ne peut être obtenu que par l'intermédiaire du médecin responsable du dossier (IFL 1978, art. 40).

- *vis-à-vis des mesures de sécurité* : Dans le cadre des mesures matérielles, logicielles et organisationnelles de sécurité, la CNIL recommande le recours à des dispositifs de sécurité performants et directement en prise sur le système informatique de façon à respecter la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité du système.

Les difficultés et les résistances rencontrées face à l'élaboration du dossier kinésithérapique informatisé sont d'une part la  *Crainte des patients* (confidentialité des informations et gêne vis-à-vis de la saisie en temps réel des informations qui nuit à l'interrogatoire ou à l'examen clinique) et d'autre part les *résistances des thérapeutes* (abordés également par C. Bernard).

Le progiciel DOSPIK (DOSsier Patient Informatisé en Kinésithérapie) a été développé sous Windows 98 dans un environnement PC, avec ACCESS en base de données sous-jacente.

Le formulaire du menu général contient 8 entrées : <PATIENTS>, <PRESCRIPTIONS>, <BILANS>, <DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE>, <TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE>, <ÉVALUATIONS>, <ANNEXES>, <QUITTER>.

Les différents formulaires de saisies sont au nombre de 8.

Les bilans sont regroupés en fonction du type de pathologie (orthopédie, traumatologie, neurologie, troubles cognitifs), de la topographie de la pathologie, des tests spécifiques validés (Constant, Merle, Lysholm...), de tests fonctionnels et de tests auto-évaluation du patient (Québec, Dallas, EVA, Eiffel...). Le choix des bilans est laissé libre. Un guide permet de coupler les évaluations (exemple : bilan de l'hémiplégie, IPG, Orgongozo). Des bilans intermédiaires sont réalisés à date fixe en fonction du type de pathologie.

Le bilan final est effectué 48 heures avant la sortie du patient.

La fiche de décision kinésithérapique est établie à partir :

- du *diagnostic M.K.* utilisant comme support l'emploi de la CIH à partir de l'évaluation des déficiences, des incapacités et des désavantages ;

- des *objectifs du patient* sur le plan lésionnel, fonctionnel, situationnel et autres ;

- des *objectifs du traitement* à court terme (au nombre de 4), et à moyen terme. Une liste préétablie et un glossaire permettent aux thérapeutes de compléter cette rubrique ;

- et d'une *synthèse* qui inclut la cotation de Hansen, la durée de l'incapacité, un pronostic et s'il existe un décalage par rapport aux attentes du patient.

La fiche traitement de kinésithérapie reprend 4 volets tirés du R.O.M.P. (Relaté, Observé, Mesuré et Planifié). Quatre problèmes peuvent ainsi être évoqués simultanément à chaque date.

D'autres fiches de saisies permettent des connexions directes avec le PMSI et des aides aux protocoles.

Une fiche de synthèse, surtout destinée à l'édition reprend les différents items pertinents de la prise en charge du patient.

En résumé, Pierre Pitet présente de façon claire les différents éléments constitutifs du dossier kinésithérapique et le progiciel DOSPIK réalisé. Il insiste sur le caractère perfectible de celui-ci même si son travail respecte à la fois la démarche thérapeutique et les règles nécessaires à la confidentialité et l'utilisation spécifique des fichiers informatiques.

• **En Conclusion**, l'extension du champ de nos droits et de nos devoirs professionnels met en exergue la nécessité de mesurer nos résultats de manière à démontrer l'efficacité réelle de nos soins et à évaluer la qualité de nos pratiques professionnelles. Ces différents éléments passent de manière incontournable par cette rigueur dans l'évaluation de nos pratiques.

Si l'informatisation du dossier en masso-kinésithérapie n'est qu'un *outil* supplémentaire pour favoriser la circulation de l'information entre les différents intervenants autour du patient et facilite l'exploitation des données, la structure attendue du dossier kinésithérapique évolue.

Il est recommandé que ce dossier, même s'il reste spécifique à chaque structure de soins, comporte (ANAES : dossier du patient en kinésithérapie - mars 2000) :

- des renseignements socio-administratifs ;
- des renseignements médicaux ;
- les objectifs du patients ;
- les bilans kinésithérapiques ;
- le diagnostic kinésithérapique ;
- les objectifs kinésithérapiques ;
- le traitement kinésithérapique ;
- les résultats et l'évaluation du traitement ;
- et le compte-rendu de fin de traitement.

Au-delà du manque de standards des bilans en kinésithérapie (à l'inverse des thérapeutes anglo-saxons), des divergences actuelles sur l'emploi de la CIH comme support du diagnostic M.K. et d'autres mouvances, ce nouvel élan contribue à réveiller et dynamiser notre profession face à ses droits et ses devoirs.



**Aude QUESNOT,**  
Responsable de la Chronique.

# RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

**Juin 2000 : Numéro 14**

par :

**Lucienne LETELLIER**

Monsieur Michel Gedda me fait l'honneur inestimable de me confier cette rubrique. Relire, oui, mais comment critiquer les écrits de collègues connus, reconnus, archi-connus et qui plus est, moi qui ne suis connue que par quelques irréductibles aînés à qui je rends ici hommage. Hommage aussi à l'esprit pionnier des concepteurs de *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute*, seul véritable lien écrit de qualité unissant tous les cadres Kinésithérapeutes.

Une note de synthèse rapide décèle 2 thèmes principaux dans *La Lettre* n°14 :

- *le patient* : recommandations thérapeutiques, puis prise en charge des personnes âgées dans un cadre associatif ;
- *l'avenir* de la fonction cadre.

Voilà le programme qu'il faut détailler maintenant ; le plan est tracé, avec pour fil rouge le mot "*avenir*".

Un seul regret : pas d'analyse de mémoires cadres.

Et avant tout, que le lecteur me pardonne, car lorsque ma main écrit, "*c'est mon coeur qui parle, qui soupire et qui fonde*".

*Puiser dans la réflexion est de mode.*

*Prenons-y le sujet d'une ode ;*

*Une ode à la vie.*

## • **Éditorial (page 1) :**

L'été est la saison du repos. Malgré cela, Monsieur Dufey nous fait effectuer les douze travaux d'Hercule. "*Les M.K. posent leur diagnostic*", mais les cadres M.K. posent-ils le pronostic vital pour leur catégorie ? À la jacinthe bleue, je préfère, s'il me le permet, l'*anémone*, reflet de la persévérance, et le *nymphéa*, pureté délicatement posée sur un parterre boueux.

Que vive notre é...*terni*...té !

## • **Formation (pages 2 et 3) :**

**Formation en masso-kinésithérapie, déficience visuelle et pédagogie ou comment inventer une vidéo intérieure.**

Je ne comprends pas pourquoi, possédant déjà des "qualités de rééducateur", le stagiaire déficient visuel se pose encore des questions existentielles.

Je note que dans "vidéo intérieure", il y a *vie*.

Comme l'a dit le poète : "*Crains dans le mur aveugle un regard qui t'épie. Souvent, dans l'être obscur, habite un Dieu caché*". Il aurait aimé *Image-in-action*, car pour lui, l'action, "c'est l'ouragan, c'est la tempête, c'est la houle".

Quel dynamisme !

## • **Cadrekinet.net (page 5) :**

**Internet pour les cadres M.K. : explications et découvertes... Enfin.**

Monsieur Trudelle, dans son parcours époustouflant de jeunesse, nous emmène nous promener, surfer sur sa toile.

Question : serait-il possible un jour de communiquer ainsi le toucher, le palper, la sensibilité, l'émotion à fleur de peau, bref, *les sentiments humains* ? Le poète l'a écrit : "*Si vous rejetez le témoignage des sens, vous n'avez plus de règle où vous puissiez ramener vos jugements*".

## • **Débat d'opinions - François Dufey (page 6) : Avenir avenant ?**

Je réponds avec l'aide d'Épicure : "*L'avenir n'est ni à nous, ni pourtant tout à fait hors de nos prises, de telle sorte que nous ne devons ni compter sur lui, comme s'il devait sûrement arriver, ni nous interdire toute espérance*".

## • **Cadres en Europe (page 7) :**

**Les études de Kinésithérapie en Suède.**

À l'heure où nous débattons en France pour des études en 4 ans, nos confrères suédois, à l'Université en sont à Bac+7, voire Bac+12 en se spécialisant. Je note qu'il y a 100 enseignants pour 12 000 praticiens. Édifiant !

Que de marches à grimper encore ! Je constate que "nos premiers pas, sont ceux d'un enfant, les seconds d'un adolescent, les derniers à peine d'un homme".

## • **L'A.F.R.E.K. (page 8) :**

**Les activités de l'A.F.R.E.K. au cours de l'année 1999.**

Forte de toutes ses réalisations concrètes et utiles aux patients, l'A.F.R.E.K. avance. Peu importe les déclarations d'un tel ou d'un tel ou ce qu'on lui "rétorque" : comme le poète, c'est elle, qui "*malgré les épines, l'envie et la dérision, marche*".

• **Documentation Santé (page 9) :**

**Quelques conseils  
pour rédiger une bibliographie.**

À remettre d'urgence entre les mains de nos étudiants, pour préparation du mémoire. Cela rehaussera au moins la forme du travail écrit.

• **Découverte (page 10) :**

**Bouger c'est vivre.**

J'attends avec impatience les résultats des actions entreprises depuis 20 ans. Monsieur Garros est sûrement un adepte d'Épicure qui pensait que "*jamais, il n'est trop tôt ou trop tard pour travailler à la santé de l'âme*", et que "*la vie a du bon même pour le vieillard, parce que le soin de bien vivre et celui de bien mourir ne font qu'un*".

• **Parcours d'un cadre kiné (pages 11 à 15) :**

**Jean-Claude Garros.**

Monsieur Garros a réalisé un parcours époustouflant d'expérience, qui occupe le quart de La Lettre. C'est un touche-à-tout.

Comptons : 32 ans de pratique, 20 ans d'encadrement ! Comme nous, ce n'est pas le hasard qui l'a posé dans la sphère suprême. On parlera de sa gloire sous le chaume bien longtemps. J'ai dévoré ses écrits lorsque j'étais étudiante. Maintenant que j'essaie de ciseler les mots comme des coupes, lui se cramponne à ses projets comme un noble guépard.

• **Débat d'opinions - Patrick Castel (page 16) :**

**Le compagnonnage : un modèle pour  
la formation des masseurs-kinésithérapeutes ?**

Ce projet me plaît, il me motive. Apprenons à nos compagnons, lorsqu'ils ont porté la main sur l'arbre du savoir, à raisonner, car le succès vient toujours lorsqu'ils ont agi en vertu de jugements sains. Apprenons-leur que, même lorsque "*coule impétueux dans leurs veines le sang conquérant*", même "*si leur pensée a des bonds comme ceux des gazelles*", ils ne sauraient marcher sans guide et sans appui.

• **Encadrement (pages 17 et 18) :**

**Les gardes et astreintes hospitalières  
de masso-kinésithérapie.**

La question revient sans cesse : y a-t-il *urgence* en kinésithérapie ? Dans les 4 hôpitaux de province, les contraintes sont justifiées par la kinésithérapie respiratoire (pour les 3/4 des cas). Le débat reste ouvert.

• **Professions santé (page 19) :**

**Quel avenir pour les masseurs-kinésithérapeutes  
et quel avenir pour leurs cadres ?**

"*Les masseurs-kinésithérapeutes sont des oiseaux.*"  
De bonne augure ?

Si je retiens cette comparaison, j'ajouterais que ce sont des créatures nobles, majestueuses, sensibles et posées.

J'ai vu des oiseaux virevolter très haut au-dessus de moi et picorer dans toutes les mangeoires pour finalement ne plus retrouver le chemin de leurs nids. Que pensez-vous de cet exemple pour nos "compagnons" ? Je dis qu'avant tout, soyons simples, sincères et sages : ces mots qui vont si bien ensemble, si bien ensemble...

Les lectures et la relecture critique de *La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute* me font penser à ces écrits du poète, ce "rêveur sacré" ; je vous les offre :

"*Nous dont la lampe, le matin au clairon du coq se rallume, nous tous qu'un salaire incertain ramène avant l'aube à l'enclume, nous qui des bras, des pieds, des mains, de tout le corps luttons sans cesse...*"

Alors Épicurien,  
le Cadre de Santé Kinésithérapeute ?



**Lucienne LETELLIER**  
Surveillante,  
Fondation A. de Rothschild. (75)

## ■ LA QUESTION NAÏVE

*Pourquoi demander à Malinère d'écrire  
l'éditorial de la revue des cadres MK  
au tout début de ce siècle moderne ?*

## PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Claude FORISSIER  
42 ans  
Directrice de  
l'I.F.M.K. de St-Étienne  
M.K.D.E. en 1979  
M.C.M.K. en 1993

### Quel est votre parcours professionnel ?

Mon parcours professionnel s'est construit autour d'opportunités. J'ai d'abord été salariée, car à ma sortie du Diplôme d'État le libéral m'impressionnait.

J'ai travaillé pendant trois ans au centre de rééducation fonctionnelle "L'eau vive" à Turriers dans les Alpes de Haute-Provence, où j'ai vraiment pu intégrer et mettre en application tout le savoir acquis pendant mes études. J'ai en particulier beaucoup appris sur les bilans puisque nous écrivions tous les bilans d'entrée et de sortie, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser. Nous avions aussi un travail très important en lien avec nos confrères libéraux et les médecins à qui étaient systématiquement envoyés le bilan, la prise en charge et l'évolution. Par conséquent, pour mettre en place le diagnostic kinésithérapique, il m'a fallu uniquement intégrer la CIH.

Les pathologies étaient très variées avec de la traumatologie et de la neurologie surtout centrale. J'ai, de ce fait, pris en charge de nombreuses hémiplésies, et me suis rendue compte de la dif-

férence entre l'enseignement de base et la réalité du quotidien. Par exemple, au départ je voulais appliquer à *la lettre* les principes de Bobath, et peu à peu j'ai compris la nécessité d'adaptation. Les séjours étaient beaucoup plus longs qu'actuellement et nous avions un travail technique et relationnel très intéressant.

Lorsque je suis revenue dans la région stéphanoise, comme beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes, j'ai fait une expérience en libéral pendant trois ans, avec un mi-temps en centre pour infirmes moteurs cérébraux.

Je me suis vite aperçue que le libéral ne correspondait pas à ma personnalité et qu'il était difficilement compatible avec ma vie personnelle.

J'ai donc pris un poste à temps plein dans la Fonction Publique à partir de décembre 1985. J'ai vu alors une autre facette de la kinésithérapie dans différents services : neurologie, rhumatologie, oncologie, vasculaire, soins intensifs, rééducation fonctionnelle. Cette diversité professionnelle me semble indispensable pour mener à bien ma mission de directrice.

C'est à partir de 1989 que la Sophrologie m'a permis de faire évoluer ma vision du patient et mon abord de celui-ci, ainsi que ma philosophie de la vie. Suite à cette formation, j'ai continué à suivre d'autres stages orientés sur une vision globale et sur une approche psychologique, entraînant parallèlement une réflexion personnelle sur le soin mais aussi sur moi-même.

J'ai ainsi mis en application la sophrologie en individuel auprès de douloureux chroniques, de paraplégiques pour améliorer leur nouveau schéma corporel, accepter leur handicap... J'ai aussi animé des groupes de polyarthrites. Cette technique apporte beaucoup de confort aux patients. On peut regretter qu'aussi peu de confrères l'utilise ; il est vrai qu'elle requiert un important investissement personnel ainsi qu'une remise en cause qui n'est pas toujours confortable mais permet d'accéder à une vision différente de la vie. Le travail que j'ai pu réaliser auprès de ces patients a permis de faire progresser la vision de l'apport de cette technique auprès des médecins.

Une autre étape importante fut, quand suite à une formation de manutention, j'ai commencé à faire de l'enseignement : d'abord auprès des infirmières et aides soignantes des services et secondairement auprès des étudiants infirmiers et kinésithérapeutes.

Mon projet professionnel s'est alors clarifié vers l'école des Cadres ; ce qui fut possible, car le projet du Professeur Minaire se concrétisait avec le transfert à Saint-Étienne d'un Institut de Formation. Le C.H.R.U. étant partie prenante envoya plusieurs kinésithérapeutes en formation cadre à Montpellier.

J'ai commencé à mi-temps dans l'Institut en tant qu'enseignant et responsable des étudiants.

En 1994, quand on m'a proposé le poste de directrice technique de l'Institut, j'ai accepté tout naturellement car c'était un défi pour moi et il me semble important que des femmes accèdent à ces postes.

Depuis, ce poste a évolué vers un poste de directrice, avec beaucoup plus de responsabilités, en particulier au niveau administratif. Je continue toutefois à me former au niveau technique mais aussi sur l'abord relationnel, émotionnel...

L'I.F.M.K. de Saint-Étienne s'est ouvert en 1991 par le transfert d'une école parisienne. Il a comme particularité de se trouver dans un établissement scolaire d'origine Jésuite qui reçoit des enfants depuis la maternelle, collègue, lycée, également des classes préparatoires et des B.T.S. *ESF* et *Diététique*. Cette diversité nous permet de travailler en collaboration, ce qui est très enrichissant. Par exemple, les étudiants de 3<sup>e</sup> année élaborent un projet en ergonomie en collaboration avec les institutrices du primaire ; l'application s'effectue en prenant en charge des enfants du primaire par l'éducation et la prévention.

### **Comment s'est passée votre rencontre avec le Professeur Minaire ?**

J'ai rencontré le Professeur Minaire en 1985 quand j'ai commencé au C.H.R.U. de Saint-Étienne, mais j'ai eu davantage l'occasion de le côtoyer à partir de 1988 en travaillant dans son service. Ensemble, nous avons commencé à élaborer le projet du nouveau service de rééducation fonctionnelle.

J'ai beaucoup d'admiration pour cet homme très humain qui, malgré sa renommée, était toujours très attentif à l'autre et disponible auprès des patients. Il a beaucoup fait pour la kinésithé-

rapie, a favorisé sa reconnaissance au sein du C.H.R.U. et la formation cadre d'un certain nombre de confrères lors de l'ouverture de l'Institut.

Il a été très présent lors de ma prise de poste en tant que directeur médical, alors qu'il était déjà gravement malade.

### **Qu'est-ce que ce poste de directrice d'I.F.M.K. vous a personnellement apporté ?**

Ce poste m'a fait rencontrer de nombreux professionnels avec des échanges humains très riches. Il m'a aussi permis de beaucoup réfléchir sur la place de directrice, sur la notion de management et sur le rôle de cette fonction.

Dans ce poste, il est important d'avoir un accompagnement personnel permettant de réfléchir sur soi, sur son travail et c'est donc un enrichissement au quotidien.

Il m'a permis de travailler sur la relation à l'autre, sur l'affirmation de soi dans des moments stratégiques, lors de réunions alors que le masseur-kinésithérapeute intervient beaucoup plus en relation duelle avec les patients.

### **Quels sont les problèmes que rencontre une directrice d'I.F.M.K. ?**

Les problèmes d'un poste de directrice sont ceux de tout poste à responsabilité. Je ne pense pas réellement qu'il s'agisse de problèmes mais de la réalité de la vie et de l'interaction d'êtres humains travaillant et vivant ensemble, qui échangent...

Toutefois, il est parfois difficile de faire accepter à certains que l'on prenne une décision qui ne va pas dans les sens de leur avis ; ils n'arrivent pas à voir qu'un poste de directrice nécessite une prise de décision. Un institut est une

petite entreprise dont l'objectif est d'amener les étudiants au Diplôme d'État. On doit permettre aux étudiants d'évoluer dans l'avenir.

Un problème très important est aussi l'attitude à avoir face aux jeunes en difficulté : nous rencontrons des étudiants avec des difficultés liées à leur vie personnelle mais qui retentissent dans leurs études. Comment se situer pour les aider et qu'ils ne se retrouvent pas en échec scolaire ?

Pour accepter ces difficultés, il est nécessaire d'être conscient que la projection faite n'est pas sur la personne mais sur la fonction.

### **Qu'est-il important que les futurs M.K. d'aujourd'hui acquièrent ?**

Notre profession est en pleine évolution, aussi beaucoup d'éléments peuvent être proposés. J'insisterai plus sur deux orientations très différentes mais qui me semblent primordiales pour l'évolution de notre profession.

Premièrement : *l'approche corporelle*. Notre métier nous demande d'être au quotidien en contact avec le patient ; ce contact étant très physique, les étudiants ont souvent beaucoup de difficultés à toucher l'autre. Dès le premier cours, c'est une démarche très difficile à réaliser. Ils se retranchent immédiatement derrière la technique, même s'ils n'en ont encore aucune connaissance : ils essaient de mobiliser les tissus, de faire des pétrissages... Quand nous évoquons le rôle de la communication non verbale et la place du toucher - puisque nous rentrons dans l'espace intime de l'autre -, nous avons l'impression que les étudiants ont beaucoup de mal à entendre ce message. Ils ont tendance à mettre une barrière complète entre le patient et eux-mêmes.

Je pense qu'il est important de travailler *avec eux* sur la représentation du corps, sur la conscience de leur vécu corporel, du retentissement de leurs prises sur le patient. *Est-ce qu'une prise efficace est obligatoirement douloureuse ? Comment aborder le patient au niveau physique ?*

Même si ces éléments sont déjà abordés dans les instituts, il paraît intéressant de plus les développer. On peut même s'interroger : *et si nous abordions certaines techniques de manière différente, c'est-à-dire en rentrant en relation avec l'autre par le toucher, nos résultats ne seraient-ils pas différents ?* Interrogeons-nous sur les raisons de la perte du monopole du massage. Peut-être que d'autres professionnels de santé acceptent d'avoir une vision toute autre du soin ?

Je pense que cette réflexion est importante à mener car le soin n'est pas aussi cartésien que beaucoup de kinésithérapeutes le souhaiteraient, il y a peut-être urgen-

ce à réfléchir là la-dessus (je sais bien qu'en disant ceci je ne vais pas me faire que des amis).

Cela remet en cause la sélection d'entrée : peut-être qu'en recrutant sur un concours de physique, chimie, biologie nous ne nous adressons pas au bon public qui connaît plein de choses ; mais *est-ce suffisant ?*

Tout un travail est aussi à faire - même si c'est réalisé dans divers instituts en plus du programme officiel depuis de nombreuses années - pour amener les étudiants (et encore plus maintenant depuis la nouvelle nomenclature) à réaliser un diagnostic kinésithérapique, à utiliser la C.I.H.-1 en attendant la C.I.H.-2, de travailler sur le dossier du patient.

Les bilans retrouvent de ce fait toute leur importance, ce qui était parfois difficile à faire comprendre aux étudiants qui ressentait un décalage entre la théorie et l'application dans les services.

Les futurs professionnels auront ainsi un rôle de *relais* auprès de leurs collègues plus anciens pour qui il sera probablement plus difficile de mettre en application tous ces "nouveaux éléments".

Il est important aussi d'amener tous les étudiants dans une démarche de *réflexion* et de *recherche* pour faire évoluer notre profession, arriver à obtenir des résultats objectifs, ce qui nous permettrait d'être beaucoup plus crédibles.

Ces deux éléments, qui paraissent au départ contradictoires, peuvent être au contraire très complémentaires, car être *scientifique* ne signifie pas obligatoirement *nier l'autre*.

Je pense surtout qu'il faut éviter de trop se prendre au sérieux.

*Entretien : Michel GEDDA*



C O N C E P T E U R

DEPUIS 1955

**N°1**

TABLE ELECTRIQUE

**CATALOGUE SUR DEMANDE**

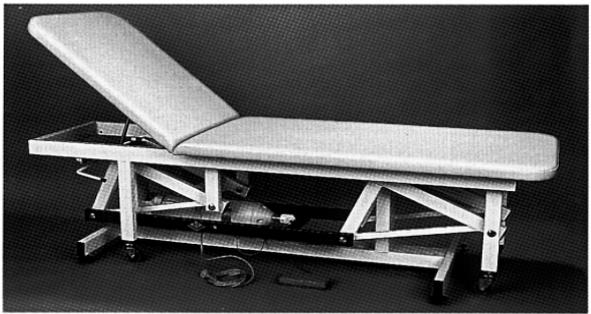
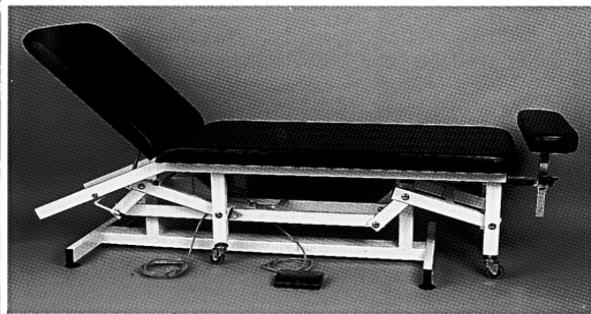
**LONGEVITE :**  
Articulations montées sur paliers anti-usure.

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

**30 MODÈLES**

**SÉCURITÉ D'UTILISATION :**  
Double isolation, commande par pression d'air (pas de fil électrique dans le châssis).

**STABILITÉ :**  
Section et conception des parallélogrammes.

Z I. RN7 58320 POGUES-LES-EAUX Tél. 86 68 83 22 Fax 86 68 55 95

**F A B R I C A T I O N**

**D'APPAREILS MÉDICAUX ET PARA-MÉDICAUX**

## ■ Cadrekine.net

### Les bases de données en kinésithérapie.

Une recherche documentaire bien menée nécessite de localiser les sources d'information. Grâce à Internet, il est possible d'interroger à distance une bibliothèque universitaire. La recherche ne sera pas aussi complète qu'avec un professionnel, mais vous pourrez déjà savoir si le sujet que vous explorez est peu ou très documenté. Nous vous proposons de faire le tour des bases spécialisées dans notre domaine.

Chaque base a sa spécificité, l'indexation des articles dépend de critères différents : articles professionnels, essais thérapeutiques, articles de périodiques, rapports de congrès...

Nous avons réalisé une recherche simple dans les différentes bases du web, afin de comparer et discuter le type de documents obtenus par l'interrogation. Pour chaque base, nous avons écrit dans le champ du titre : "entorse cheville" et pour une seconde recherche "ankle sprain". Les résultats au 12/11/2000 sont figurés dans l'encadré.

La lecture du tableau ne doit pas amener le lecteur à sélectionner la base qui possède le plus d'articles. Le choix doit s'effectuer selon les objectifs de la recherche.

S'il s'agit de chercher des études comparatives des essais thérapeutiques, le choix s'orientera vers : PEDro, Cochrane, MEDLINE, NICE, Embase, Amed et REHABDATA.

S'il s'agit d'articles généralistes en français, le choix s'orientera vers : REDATEL, REEDOC, la bibliothèque de Paris V, INIST, HERACLES (base orientée sport).

Des bases de données spécifiques de certains sujets existent, par exemple pour les *personnes*

âgées : <http://www.cpa.org.uk/ageinfo/ageinfo.html>. De toute manière, il est nécessaire de contacter des professionnels spécialisés pour ne pas passer à côté d'articles importants.

Si vous souhaitez connaître les bibliothèques les plus proches de chez vous, voici quelques adresses :

- pour savoir où se trouve en France la revue qui vous intéresse contactez le *Catalogue Collectif National Français* : <http://www.abes.fr/brev1.htm>.

- pour savoir où se trouve en France la bibliothèque qui vous intéresse : <http://www.culture.gouv.fr/culture/autserv/biblio.htm> ;

- pour savoir où se trouve sur Internet la bibliothèque qui vous intéresse : <http://www.abf.asso.fr/> et <http://www.adbs.fr>.

Pour toute information complémentaire :

Ptrudelle@aol.com.



**Pierre TRUDELLE,**  
Responsable de la Chronique.

Nom de la base de données et adresse url	Origine	Nombre de résultats entorse cheville	Nombre de résultats ankle sprain
<b>REDATEL :</b> <a href="http://www.md.ucl.ac.be/entites/iepr/bois-larris/ibl.htm">http://www.md.ucl.ac.be/entites/iepr/bois-larris/ibl.htm</a>	France	256	250
<b>REEDOC :</b> <a href="http://www.reedoc.irr.u-nancy.fr/">http://www.reedoc.irr.u-nancy.fr/</a>	France	0	9
<b>Thèses indexées à Paris V :</b> <a href="http://www.bium.univ-paris5.fr/">http://www.bium.univ-paris5.fr/</a>	France	48	0
<b>Congrès indexés à la bibliothèque de Paris V :</b> <a href="http://www.bium.univ-paris5.fr/">http://www.bium.univ-paris5.fr/</a>	France	1	0
<b>INIST :</b> <a href="http://services.inist.fr/public/fre/conslt.htm">http://services.inist.fr/public/fre/conslt.htm</a>	France	0	17
<b>HERACLES :</b> <a href="http://www.sportdoc.unicaen.fr/heracles/">http://www.sportdoc.unicaen.fr/heracles/</a>	France	150<x<410	8
<b>Cochrane (abstracts) :</b> <a href="http://www.update-software.com/cochrane/cochrane-frame.html">http://www.update-software.com/cochrane/cochrane-frame.html</a>	USA	0	2
<b>MEDLINE plus :</b> <a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/</a>	USA	0	5
<b>MEDLINE pubmed :</b> <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/</a>	USA	197	215
<b>MEDLINE Infotrieve :</b> <a href="http://www3.infotrieve.com/medline/infotrieve/">http://www3.infotrieve.com/medline/infotrieve/</a>	USA	0	5036
<b>MEDLINE Medportal :</b> <a href="http://www.medportal.com/">http://www.medportal.com/</a>	USA	0	70
<b>National Guideline Clearinghouse :</b> <a href="http://www.guideline.gov/asp/splash2.asp?cp=t&amp;ck=t">http://www.guideline.gov/asp/splash2.asp?cp=t&amp;ck=t</a>	USA		4
<b>PEDro :</b> <a href="http://ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/">http://ptwww.cchs.usyd.edu.au/pedro/</a>	Australie	0	37
<b>NICE :</b> <a href="http://www.nice.org.uk/nice-web/dbf-srch.asp">http://www.nice.org.uk/nice-web/dbf-srch.asp</a>	GB	0	0
<b>Embase :</b> <a href="http://www.healthgate.com/help/price/embase.shtml">http://www.healthgate.com/help/price/embase.shtml</a>	Pays-bas	payant	payant
<b>REHABDATA :</b> <a href="http://www.naric.com/naric/search/rhab/index.html">http://www.naric.com/naric/search/rhab/index.html</a>	GB	inaccessible	inaccessible
<b>Amed :</b> <a href="http://www.bl.uk/services/stb/amed.html">http://www.bl.uk/services/stb/amed.html</a>	GB	payant	payant
<b>CINAHL :</b> <a href="http://www.cinahl.com">http://www.cinahl.com</a>	GB	payant	payant

## ■ RENTRÉE SCOLAIRE DANS LES 9 INSTITUTS DE FORMATION CADRE MK

### 48 Masseurs-Kinésithérapeutes entrés cette année en formation Cadre de Santé :

Bois-Larris : 11 - Bordeaux (Pessac) : 2 - Grenoble : 1 - Lyon : 3  
Montpellier : 8 - Nantes : 3 - Paris (AP/HP) : 5 - Paris (C.R.F.) : 12 - Strasbourg : 3

## ■ FORMATION

### Le projet professionnel : Processus chaotique.

*Projet professionnel et formation sont des notions intimement liées : formation servant un projet professionnel, projet professionnel entraînant un besoin de formation...*

*Annaïg Le Meur, kinésithérapeute licenciée des Sciences de l'Éducation, propose un éclairage sur ce qu'est le projet professionnel, ce qu'il met en jeu, ses relations à l'individu et à l'environnement, les différentes étapes qui le sous-entendent.*

*Puisqu'à tout moment de notre parcours professionnel, nous sommes confrontés à la notion de "notre projet", ce texte est peut-être l'occasion de s'interroger sur ce qu'il en est de notre propre projet professionnel aujourd'hui.*

*Quoi qu'il en soit, il intéressera les cadres, dans la mesure où il peut les aider à mieux comprendre, mieux rencontrer, voire mieux réguler les projets des professionnels de leur équipe.*

par :

**Annaïg LE MEUR,**

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

**A** tout moment de notre parcours professionnel, nous sommes confrontés à la notion de *projet*. Souvent, il nous est demandé de produire un outil formalisé. Cette demande génère alors diverses difficultés et interrogations. Ci-après, nous tenterons d'éclaircir la notion de *projet* avant de mieux cerner le pourquoi de ces difficultés et de ces interrogations.

Il semble tout d'abord nécessaire de clarifier cet objet : "le projet professionnel", et plus précisément, de consulter quelques auteurs sur la notion de *projet* avant de tenter de le définir et de décliner toutes ses dimensions.

#### EXPLORATION DE LA NOTION DE PROJET

Étymologiquement *projet* vient de *projicere* : jeter en avant, d'où le participe passé : *projectum*.

Le projet est aussi "une image, une situation d'un état que l'on pense atteindre, dessin d'un édifice à construire ; synonymes : dessein, intention, plan." Robert Méthodique, 1985.

"Un projet, c'est la représentation mentale d'une action que l'on se propose d'entreprendre. Dans un sens plus moderne, c'est un document qui explicite l'action envisagée. Le projet apparaît à la fois comme une nécessité vitale, une opportunité culturelle et un enjeu existentiel."

Il paraît donc évident que le projet comprend deux dimensions : l'une relève de l'essence de l'individu et l'autre est beaucoup plus pragmatique.

"Le projet est un avenir imaginé et souhaité qui n'a de force que s'il puise son inspiration au plus profond de l'individu. C'est une image mentale d'une situation dont on attend qu'elle se réalise : c'est moins précis qu'un but, le projet n'est ni la prédiction, ni un passage à l'acte. Concevoir un projet nécessite de regarder la réalité en face. Chacun de nous est un sujet dont la vie est un projet."

"Avoir un projet c'est être capable de décrire le but que l'on veut atteindre dans la suite de sa vie. C'est un acte présent qui n'émerge plus uniquement de l'intérieur de la personne mais qui se construit au contact de l'environnement et ne trouve pas processus même de l'action acceptée dans toute sa complexité et ses incohérences occasionnelles."

Ces auteurs apportent deux notions essentielles : l'impact de l'individu et de son ipsité sur le projet et l'importance de l'environnement, c'est-à-dire le principe de *réalité*. Pour compléter cette approche sémantique, il nous faut aborder les différents niveaux que peut recouvrir le projet. Jean-Pierre Boutinet en a relevé cinq en fonction du nombre d'acteurs impliqués. La typologie proposée va du *projet individuel* au *projet de société*.

Un *projet professionnel* est alors considéré comme un projet de niveau individuel concernant les adultes, à différencier du *projet d'orientation et d'insertion* des jeunes gens et du *projet de retraite* des personnes plus âgées.

#### UN PROJET SPÉCIFIQUE : LE PROJET PROFESSIONNEL

Le projet professionnel peut être considéré comme une intention décrivant une orientation vers un avenir professionnel souhaité, comme l'image "d'une situation ou d'un état professionnel que l'on pense et désire atteindre". Le projet professionnel apparaît là comme une visée articulée autour d'une situation professionnelle, un but à atteindre, un objectif.

Le projet professionnel est aussi considéré comme le *document formel* indiquant la programmation des actions envisagées pour atteindre l'état professionnel désiré. La "représentation mentale de l'avenir professionnel souhaité" se doit en effet, d'être clarifiée, puis formalisée afin d'être présentée, voire argumentée.

Le projet professionnel est décrit comme une *visée professionnelle* qui, plus précisément, peut être représentée mentalement et même matériellement, tout en

prenant conscience du niveau d'implication lié au vécu. La *dimension pragmatique* semble être plus complète que la *dimension mentale* puisqu'elle sous-tend une conscientisation et un passage à l'écrit. Cependant, outre cette formalisation, le projet professionnel peut signifier une *ligne de conduite professionnelle* et donc un certain nombre de comportements articulés autour de ce but envisagé.

La notion recouvre donc plusieurs dimensions que nous traiterons à présent.

#### LES DIMENSIONS DU PROJET PROFESSIONNEL

Construire un projet pose des problèmes existentiels. Il faut s'interroger sur ses propres représentations. Projeter, c'est aussi, *se projeter*, lancer un regard sur soi-même dans l'avenir, s'imaginer soi-même dans un avenir qui n'est pas donné. Cette dimension révèle la nature humaine caractérisée par ce besoin de maîtrise de son existence. Cela renvoie à des valeurs individuelles qu'il est nécessaire de clarifier, de choisir. C'est la phase de recherche de sens.

Le projet professionnel est inscrit dans un projet plus global, appelé *projet de vie*. Il est important d'en tenir compte, car le projet professionnel induit aussi des choix liés à la mobilité, aux changements, aux répercussions de tout ordre. Cela implique, paradoxalement, une attitude active vis-à-vis du rejet. Il faut apprendre à renoncer et à réajuster en fonction des priorités fixées. Il faut savoir si l'on recherche une réussite socio-professionnelle ou plutôt une réalisation de soi. Cette notion amène Pierre Goguelin à dire que le "*projet peut être orienté vers l'avoir et le pouvoir, ou bien vers l'être et l'aimer*". Cependant, connaître ses tendances, ses désirs, ses valeurs amène une première difficulté, d'ordre psychologique générant parfois des questionnements, des remises en question douloureux.

Conscientiser son projet professionnel requiert d'être capable d'imaginer son avenir, de percevoir des liens entre le présent et la situation envisagée, future. Il est important, en effet, d'effectuer le travail mental consistant à poser des hypothèses et déduire par anticipation des conséquences, des procédures, des moyens nécessaires. Cette exigence cognitive est fondamentale et génératrice de capacités à raisonner, d'aptitudes au jugement, qu'il est nécessaire de maîtriser. Ces critères manquants, le projet devient chimère ou banalité. Mais nous reviendrons sur cette dimension, car elle est retrouvée au niveau de la formalisation du projet.

Par contre, imaginer l'avenir et prendre en compte le présent, est déterminé par ce qui est appelé le *principe de réalité*. L'individu doit être conscient,

en effet, des données réelles, incontournables, considérables, qu'il doit gérer pour valider son projet professionnel. Ces éléments sont d'ordre conjoncturel, économique, familial, mais aussi individuel.

Ce dernier point impose au sujet de cerner ses points forts et ses points faibles, ses atouts, ses potentiels, mais aussi ses limites en fonction du but poursuivi. Cette auto-évaluation personnelle n'est pas sans soulever, elle aussi, des problèmes et des difficultés d'ordre psychologique. Tenir compte de la réalité, de l'environnement présent et futur, c'est aussi, bien évidemment, avoir une attitude curieuse et dynamique vis-à-vis de l'évolution du monde extérieur et d'être capable de s'adapter aux changements éventuels, de réajuster son projet professionnel.

La conscientisation du projet apparaît donc comme une *activité cognitive complexe*, étalée dans le temps et qui engage l'individu. Elle est suivie, ou du moins accompagnée, d'une construction plus précise où certains éléments concrets sont retrouvés. Un projet fait, en effet, apparaît des objectifs, des référentiels (à des valeurs par exemple) et surtout la planification des actions à mettre en œuvre pour mener ce projet, appelé parfois le *schéma prévisionnel*. C'est ce que nous avons appelé la *formalisation* du projet professionnel.

Cette étape nécessite des capacités méthodologiques certaines, une certaine maîtrise de l'écrit (formulation d'objectifs...), mais aussi, nous l'avons déjà envisagé, un raisonnement hypothético-déductif permettant de donner une logique accessible à tous au projet professionnel construit. Cette phase de réflexion, en interaction constante avec les étapes précédentes et suivantes, est soumise, elle aussi, au principe de réalité et donc, aux réajustements éventuels.

#### LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA FORMALISATION DU PROJET PROFESSIONNEL

À première vue, la problématique du projet semble liée à sa formalisation, c'est-à-dire à la production d'un document contenant des constats, des objectifs, des moyens, des méthodes, une planification, c'est-à-dire à "*la réduction d'un système de connaissances à des structures formelles en utilisant des symboles*", pour reprendre la définition du *Robert Méthodique*. Le projet professionnel ne devait pas rester au niveau de l'intention mentale et il prenait tout son sens s'il était écrit.

Cette étape du *passage à l'écrit* est peut-être nécessaire pour aider à la clarification et l'ordonnance des idées, dans ce cas, elle n'est que l'achèvement du travail de conscientisation. La difficulté alors engendrée à construire son projet profession-

nel n'est donc pas spécifique à cette formalisation, mais elle relève également de toutes les étapes plus en amont. Nous pouvons penser que même si toutes les phases de la conscientisation ont été envisagées, la formalisation ne requiert que des capacités d'ordre technique.

Par contre, si la signification donnée par le passage à l'écrit est liée au regard d'autrui (et donc au jugement) posé sur le produit intime d'un travail de clarification et d'engagement, comme nous l'avons vu précédemment, la problématique est double. Elle est en relation, tout d'abord, avec le questionnement suivant : "Peut-on donner forme écrite *fidèle* aux représentations mentales constituant le projet professionnel ?". Cette question se pose non spécifiquement à tout objet mental et relève d'un champ très vaste de la psychologie du rapport à l'écrit.

D'autre part, si la difficulté du projet professionnel générée par une formalisation est en rapport avec le jugement d'autrui sur des compétences ou des incompétences, sur des erreurs méthodologiques, sur des erreurs de jugement, sur l'analyse induite par ce projet... la problématique relève de tout ce qui concerne la *docimologie*, l'évaluation d'un objet et ses conséquences sur l'individu.

Il apparaît donc que la problématique du projet professionnel va *au-delà* des difficultés liées à sa formalisation.

#### LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA CONSTRUCTION DU PROJET PROFESSIONNEL

Les difficultés engendrées par la construction du projet sont liées aux différentes phases que rencontre l'auteur de celui-ci. Elles sont associées à la clarification des valeurs propres à l'individu, à ce que Pierre Goguelin appelle le "principe de congruence" et qui fait que l'auteur se reconnaît dans son projet, déterminé par les capacités à raisonner, à résoudre, à s'auto-évaluer, à s'adapter, à réajuster, à faire preuve d'ordre et méthode, à argumenter...

Ces difficultés recensées, il semble que la problématique liée au projet professionnel, se situe à

un autre niveau. En effet, les obstacles suscités, nous paraissent surmontables, soit à l'aide d'un facilitateur rencontré au cours d'un bilan de compétences ou d'un professionnel de l'orientation, soit par un travail d'amélioration des capacités requises.

Cette considération met alors une nouvelle piste de réflexion, liée non pas cette fois, à la construction du projet professionnel, mais au projet professionnel lui-même en tant qu'objet déterminé peut-être par des facteurs, entité muable voire paradoxalement imprévisible et génératrice d'autres difficultés que celle envisagées jusqu'alors et peut-être moins surmontables. Nous allons donc nous centrer sur les différents facteurs intervenants dans le projet professionnel.

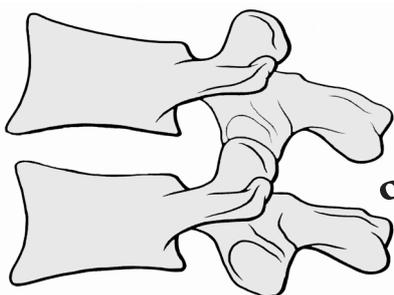
#### LES DIFFICULTÉS LIÉES AU PROJET PROFESSIONNEL LUI-MÊME.

Nous pouvons aisément constater que les facteurs intervenants dans le projet professionnel sont *multi-référentiels* et qu'une énumération rapide ne pourrait être exhaustive. En effet, qu'il s'agisse de facteurs sociologiques, économiques, écologiques... tous influencent le projet professionnel.

#### *Multiplicité des facteurs influençant le projet professionnel*

Dans un premier temps, les facteurs *économiques*. Sans doute sommes-nous conscients des fluctuations dans ce secteur en perpétuel mouvement. Nul n'est à l'abri du chômage, de la faillite. D'autre part, le projet professionnel pouvant induire un besoin de formation, le coût de celle-ci n'est pas à négliger, surtout lorsque c'est à l'individu de faire des sacrifices financiers, comme c'est parfois le cas, et certainement de plus en plus... Tout au contraire, une augmentation, une promotion à un poste supérieur peuvent donner aussi une autre allure au projet professionnel et être une motivation économique.

Les facteurs *sociologiques* sont, eux-aussi, de plusieurs ordres. Effectivement, ils peuvent être liés soit au milieu d'origine, soit au réseau de relation de l'individu...



ostéologie  
anatomie

ETABLISSEMENTS DU DOCTEUR

**AUZOUX**

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 280 000 F

9, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
75006 PARIS

TÉL : 01 43 26 45 81

FAX : 01 43 26 83 31

catalogue sur simple demande

Pour Claude Thélot, le *milieu d'origine* influence l'avenir de l'individu et donc, d'une certaine façon, son projet professionnel. Le choix même d'une profession ou d'une orientation est lié au milieu d'origine. Il peut s'agir, en fait, d'une certaine reproduction du niveau social ou du moins d'un milieu social proche de celui des parents, comme une volonté de préserver la lignée. C'est un phénomène que Claude Thélot qualifie d'*anthropo-distribution*.

Par ailleurs, le *réseau de relations* de l'individu, sa possibilité de côtoyer d'autres personnes pouvant venir le conseiller, l'orienter, le soutenir, l'aider... voire même pouvant influencer son projet professionnel est un facteur à considérer.

D'autres facteurs existent comme la localisation du *lieu de résidence*, le secteur rural offrant moins de possibilités d'évolution et de formation que le secteur urbain.

De plus, il est pertinent de considérer le facteur *temporel*, puisque le projet professionnel subit, lui-aussi, le poids des années. En effet, le projet varie en fonction de l'âge de l'individu. La *maturation* de l'individu et de son projet est donc à prendre en compte car cette maturation peut être liée à une motivation plus raisonnée, plus consciente des responsabilités, des enjeux, des limites... De plus, la notion de temps touche aussi l'environnement, le projet doit donc se réajuster, se mettre à jour, pour rester réaliste. Il doit suivre le mouvement imprévisible et continu de l'évolution liée au temps.

### **La complexité du projet professionnel**

Ces facteurs en relation, donnent au projet professionnel une dimension complexe. En effet, leurs interactions viennent modifier, contrarier ou motiver ce projet. Nombreux de ces éléments sont aléatoires, muables, inopinés. Or, s'ils peuvent influencer le projet professionnel, nous pouvons avancer l'hypothèse que le projet professionnel possède un caractère *imprévisible*.

Du reste, Edgar Morin décrit la complexité comme "*un tissu d'événements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas, qui se présente avec les traits inquiétants du fouillis, de l'inextricable, du désordre, de l'ambiguïté, de l'incertitude...*". C'est ce qui est aussi désigné comme la *théorie du chaos*.

Cependant ces facteurs, malgré leur inconstance, restent des *données identifiables* relativement rapidement. D'ailleurs, ces causes sont des faits reconnus par la société, ils sont souvent analysés, parfois explicités par différents champs d'investigation.

Donc si l'individu tient compte de ces données, et donc du *principe de réalité*, leur influence sur le projet professionnel est maîtrisable. Ce qui induit, par déduction logique que c'est l'individu qui donne au projet professionnel son caractère imprévisible.

### **La complexité de l'individu**

L'*unicité* de l'individu est un fait incontournable. Ce phénomène induit non pas l'imprévisibilité du projet professionnel, mais plutôt sa *spécificité*.

Par contre, l'individu-unique se construit en permanence, se transforme. Ses trajectoires de vie et professionnelles suivent ces variations liées aux *mouvements permanents*. Elles ne sont pas linéaires, mais évoluent en spirale, car sans cesse interagissent, se reprennent, se régulent.

Ainsi, nous ne pouvons isoler des unités de cette construction car seule la combinaison, l'interpénétration permet de comprendre globalement ce processus individuel, lui-même en interaction avec le microcosme social.

Cette spirale de vie, ainsi que cet environnement fluctuant ne peuvent du fait de leur inconstance, de leur désordre, être prévisibles ni réduits à une structure type.

Ceci dit, dans un premier temps, les facteurs suscités (sociologiques, économiques...) nous sont aisément apparus comme pouvant aider à cerner la problématique du projet professionnel. Ce n'est qu'après les avoir identifiés que le facteur individuel s'est révélé être d'une importance notable et nous avons choisi d'approfondir ce déterminant.

Aussi, même si l'interaction entre tous les référentiels et les réalités, l'individu nous a semblé rester au cœur de la problématique. C'est lui qui rend le projet professionnel imprévisible et donc qui lui confère son caractère complexe, car il est doté d'une potentialité mobilisée par une certaine motivation et que ces facteurs sont toujours en mouvement, en permanente construction, restructuration.

Nous pourrions alors nous interroger sur les facteurs *propres* à l'individu qui influencent le projet professionnel.

- SUITE DANS LE PROCHAIN NUMÉRO -



**Béatrice CHAPIN,  
Pascale JAILLARD,**



Responsables de la Chronique.

## ■ L'A.F.R.E.K.

### La fiche de synthèse.

Les modifications apportées à la nomenclature des actes de rééducation et réadaptation fonctionnelles soulignent la nécessité d'envoyer une "fiche de synthèse" à la fois au médecin prescripteur et au médecin conseil de la C.P.A.M.. Cette fiche-type (ce n'est qu'un modèle, libre à chacun de la modifier selon ses besoins) a été rédigée par un groupe restreint recruté par l'A.F.R.E.K. et confiée au méthodologiste Pierre Trudelle [1].

Pour s'assurer que les rubriques seraient utiles au prescripteur (à qui est destinée la fiche), lues et utilisées, il a envoyé la première version de la fiche en demandant l'avis des "lecteurs émérites" de la revue *Prescrire*, tous généralistes.

Chacun des médecins a été apparié avec un kinésithérapeute de la même localité. Les sociétés savantes médicales et kinésithérapiques ont également été sollicitées.

Au total, 150 personnes ont répondu au questionnaire, les résultats étant retenus comme correspondant aux besoins d'expressions des rédacteurs de fiches (kinésithérapeutes) et aux besoins de documentation des lecteurs (médecins prescripteurs). Puisque la rédaction des fiches de synthèse est un investissement de temps, on doit en faire un véritable outil de liaison et un document utile dans le dossier du patient.

La fiche de synthèse est un outil de transmission, un résumé d'observations, comme son nom l'indique. La fiche est parue à l'origine dans les colonnes de *Kiné-Actualité*, elle est téléchargeable à partir de la base de données [www.afrek.com](http://www.afrek.com).

#### UNE FICHE DE SYNTHÈSE AU CONTENU TECHNIQUE

Quelle que soit la formule retenue, la fiche de synthèse doit permettre d'identifier les informations essentielles, même en lecture diagonale. Les rubriques doivent faire appréhender les cheminements logiques de la démarche, de manière rapide et crédible. Il est conseillé de donner à la fiche une dimension "technique" en privilégiant les items descriptifs du patient. Ceci placera d'éventuelles discussions avec les C.P.A.M. sur un plan technique.

Le groupe de travail préconise une présentation par cadres (tableau 1).

Le rédacteur de la fiche (kinésithérapeute) ne doit pas oublier de se mettre à la place du lecteur et de

répondre aux priorités de ce

dernier. Le professionnel "peut de cette manière mettre en valeur la structure et l'organisation de son traitement, puis souligner les effets bénéfiques obtenus" [2].

1. Trudelle P. La fiche de liaison kinésithérapique : que doit-on écrire ? *Kinesither Actual* 2000;776:4-6.

2. ANAES. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie; mars 2000. ([www.anaes.fr](http://www.anaes.fr))

Date de prescription : __/__/__ Date de début de prise en charge M.K. : __/__/__ Nombre de séances effectuées : __ Diagnostic médical : _____ _____			
Problèmes identifiés par le M.K.	Évaluation initiale Date :	Principes thérapeutiques	Évaluation finale Date :
Objectifs et priorités de la kinésithérapie :			
Commentaires pour expliquer l'arrêt ou l'éventuelle prolongation des séances :			
Signature et date			

Tableau 1 : Modèle de fiche de synthèse



**Éric VIEL,**  
Responsable de la Chronique.