

# Kinéscope

La lettre & L'Esprit du CNKS

Solidarité aux populations

et aux hospitaliers ukrainiens

n° 20

juin 2022



## KINESI THERAPIE THERAPEUTES

# & TERRITOIRE(S)

3<sup>ème</sup> partie

Kinésithérapeute salarié-e et...

Soins  
Critiques



Formation  
Continue



**cnks** Collège National de la  
Kinésithérapie Salariée

Association des Kinésithérapeutes et Cadres Kinésithérapeutes  
Vecteur d'idées & lien des kinésithérapeutes salariés

[www.cnks.org](http://www.cnks.org)

[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com)



## La vie de l'association **ASSOSCOPE**

Parce qu'une association pro ne peut vivre, fonctionner et agir sans des professionnels adhérents, sans membres abonnés ou correspondants, ni sans équipe de membres militants,

Parce que pour vous le métier de Kinésithérapeute Salarié a des spécificités à promouvoir, à défendre, et à porter.

Impliquez-vous,  
Soutenez le CNKS !

Devenez adhérent  
soit membre abonné, soit membre correspondant



 **Adhésion 2022 : lien + [clic + ctrl]**

<https://www.helloasso.com/associations/cnks/adhesions/cnks-2022-3>

## SOMMAIRE

- **PERISCOPE** *l'édito du Président*  
**L'Hôpital est un corps souffrant** *P-H Haller* p.4
- **RECHERCHE PARAMEDICALE** p.5 à 11  
*Ressenti des soignants lors de la crise Covid* *Anne Pilotti*  
*Enquêtes en cours* *la rédaction*  
*Annonce « retraite rédactionnelle »* *la SFP*
- **L'ESSENTIEL** *Les Maux des Mots* p.12 à 18  
*Territoire(s) d'activités & Identité professionnelle*  
*La rédaction & Matthieu Guemann, Président de la SFP*
- **RETOURS D'EXPERIENCES** *en « Soins Critiques »* p.19 à 33  
*MK salariée en soins critiques*  
*au CH d'Annecy* *Gwendoline Gand & équipe MK*  
*au CH de Toulon,* *Christian Forner et Véronique Hoarau*  
*au CH Nord Franche Comté* *Marine Brika*  
*& interview de JKH*
- **PRATICOSCOPE** p.34 à 46  
*MK salariée & Brulôlogie* *Emilie Rouvière, CH L. Berard*  
*MK salariée & Pelvi-périnéale* *Emilie Cerutti, CHU Besançon*  
*MK salariée & Parcours Gériatrique* *Julien Grouès, MK à domicile*
- **L'ESSENTIEL** *Lu pour nous* p.47 à 49  
*S.A.R.R.A, une intelligence artificielle* *P-H Haller*
- **ANNONCE D'EMPLOI** p.50
- **FORMATION CONTINUE, DPC, CERTIFICATION :** DOSSIER ANNEXE

### Directeur de publication :

Pierre-Henri Haller

### Rédacteurs en chef :

Olivier Saltarelli & Yves Cottret

### Comité de rédaction :

Valérie Corre, Christophe Dinet,  
Andrée Gibelin, Véronique Grattard,  
Julien Grouès, Valérie Martel

### Photos et images

libres de droit ou DR

### APOSTILLE

« Les vents  
ne sauraient être favorables  
à celui qui ne sait pas où il va »

Sénèque.

## P l'édito du président ERISCOPE

### L'hôpital est un corps... souffrant

Face aux crises du corps-Hôpital, les soignants ont montré de grandes facultés d'adaptation, mais ont montré aussi les limites d'un système encore cloisonné aux interfaces fragiles. Comment soigner « hôpital corps » ? Comment garantir la démocratie sanitaire tout en redonnant le sens de l'acte soignant ? De nombreuses réponses immédiates sont advenues.

Faut-il soigner l'hôpital corps par des soins critiques en réanimant grâce à des expertises et hypertechnicités ?

Faut-il soigner l'hôpital corps par du « damage control », face aux besoins supérieurs aux moyens et accepter des soins dégradés ?

Faut-il soigner l'hôpital corps par des soins de support en traitant les symptômes puisque que les causes racines seraient dépassées ?

Faut-il soigner l'hôpital corps dans une stratégie de réadaptation, en faisant le constat d'une situation de handicap qui doit se réinscrire dans un nouveau projet ?

Aucune de ces options ne s'excluent.

Ce qui semble impératif, c'est de retrouver le courage de parler vrai et d'agir ensemble au quotidien. Parler vrai c'est le courage de la vérité « parrasia » (1). Agir ensemble c'est trouver ensemble l'occasion opportune « Kairos » avec l'habileté conjuguée de chacun « Matis ». Puisque la qualité et le sens au travail font l'objet de dialogues (2) soignons « l'hôpital-corps » ensemble.

Souhaitons-nous d'avoir le courage de cette sagesse pratique d'un agir tous ensemble. Souhaitons nous d'avoir le courage d'un parler vrai, d'une altérité et d'une écoute bienveillante pour trouver la voie tous ensemble.

Souhaitons-nous enfin de respecter mais aussi de relier et d'allier les différents territoires de pratiques courantes, expertes, avancées, de spécificités et de disciplines et spécialités, tant en interprofessionnel qu'en « identité professionnelle » puisque « Hôpital-corps » est quotidiennement agit et soigné par ses acteurs.

Pierre-Henri Haller

(1) Foucault, 1984.

(2) Clot, 2014.

## RECHERCHE *paramédicale*

Recherche fondamentale, ou clinique, en sciences de la vie ou en sciences humaines et sociales : toute(s) forme(s), tou(t)(s) objet(s), toute(s) question(s) sont contributrices de l'évolution, de la valorisation des professions et métiers qui y sont associées.

C'est dans cet esprit que KINESCOPE a sollicité notre collègue Anne Pilotti, MK CDS, PhD pour nous rapporter « une recherche sur le ressenti des soignants pendant la première vague de la Covid 19 » menée en interprofessionnel avec Anne Leclercq Coordinatrice de la recherche PhD de Physiologie, pathologie et sciences apparentées & Virginie Masdoua, Cadre Supérieur Diététique, PhD Anthropologie

La première vague de la Covid 19 qui s'est produite en France d'Avril à mai 2020, a été soudaine et a suscité beaucoup d'interrogations avec très peu de réponses au début. Il existait un climat de grande d'angoisse dans la population et chez les soignants, d'autant plus qu'il y a eu un confinement très strict. Toutes les activités jugées non indispensables ont été interrompues. Les services de réanimations se sont remplis très rapidement de patients porteurs de la covid 19. Il a donc fallu ouvrir d'autres unités de réanimation et d'autres services mais également trouver du personnel compétent, en déplacer et en recruter, le tout en un temps record. Le personnel a été mis à rude épreuve.

À la suite de cette première vague nous avons mené une recherche sur le ressenti des soignants pendant cette période. Pour cela nous avons mené 5 focus group avec des soignants provenant de différents établissements appartenant à un groupe Hospitalier Universitaire de l'APHP. Deux focus group ont comporté seulement des cadres de santé et les 3 autres comprenaient des infirmières anesthésistes, infirmières, auxiliaire de puériculture, aides-soignantes travaillant notamment en chambre mortuaire, agent hospitalier, infirmière de coordination, éducatrice de jeunes enfants, diététiciennes, masseur-kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire, sage-femme, et technicien d'étude clinique.

Les principaux résultats montrent que tous les soignants y compris les cadres mettent le patient et son bien être au centre de leurs préoccupations. Les soignants évoquent la détresse et l'isolement des patients qui leur étaient insupportables. Ils décrivent des femmes qui accouchent sans leur mari, des patients mourants qui ne peuvent pas voir leur famille, des patients qui n'ont plus de contact. Un masseur-kinésithérapeute a expliqué que les patients se sentaient « un peu déshumanisés » car il n'y avait plus de contact physique avec les soignants. Ces derniers devaient porter des gants et « avec une veste, on n'établit pas le même contact ». La rééducation ça été terrible pour les soignants.(..) Pour le patient lui ce qu'on sentait c'était le côté **déshumanisation**. »

Cet isolement décrit comme inacceptable va à l'encontre des valeurs des soignants, de leurs implications idéologiques. Afin de continuer à soigner dans des conditions jugées inacceptables mais compréhensibles pour eux ,ils ont essayé de modifier les organisations , en quelque sorte ils ont triché avec les consignes.

Certains soignants ont utilisé leur propre téléphone portable pour faciliter la communication entre patient et famille, certains services ont rapidement utilisé des tablettes pour que les patients puissent voir les familles et certains ont même utilise les réseaux sociaux en demandant aux familles de laisser un message sur WhatsApp pour les patients intubés, sédatés ou qui étaient en phase de réveil.

Les soignants qu'ils soient dans les services ou dans les chambres mortuaires ont également parlé des rites mortuaires en évoquant les Soins aux défunts qui ne pouvaient plus se faire comme auparavant (Décret 1 avril 2020). Une infirmière mentionne « Pourquoi on nous demandait de mettre dans des housses en plastique, de mettre des carrés qu'on met d'habitude sous les fesses ? Pourquoi on nous demandait ça ? Pourquoi on nous demandait zéro toilette ? ». Les protocoles avaient pour objectif d'éviter la contamination des soignants et des personnels des chambres mortuaires.

Mais cette interpellation montre bien l'importance des rites funéraires y compris pour les soignants.



Un autre élément important soulevé par les soignants a été la solidarité et la collaboration interprofessionnelle dont différents paramètres, sont présents dans les discours des soignants. Les soignants nous disent « On a mis toutes nos compétences en lien et on a travaillé de manière interprofessionnelle ». L'interprofessionnalité évoquée a été réellement vécue, et la hiérarchie a été également bousculée, il y a eu un leadership partagé. Les actions étaient centrées sur le patient qui reste au centre des échanges mais également sur les collègues qui ont attrapé la maladie. La solidarité et la reconnaissance au travail sont des éléments présents dans les discours notamment lorsque les médecins venaient aider et notamment participer aux retournements.

Une soignante déclare d'ailleurs « vraiment on a eu un brassage de personnes c'est c'est juste génialissime. Des chirurgiens qui étaient là pour faire aides-soignants, passer la serpillère en salle de réveil (..) » mais encore « c'est vrai que ça a permis de se rendre compte que tous les maillons de la chaîne, enfin tout le monde est indispensable » .

Enfin les soignants se sont également confiés sur leur famille et leur sentiment d'être des vecteurs de contamination. « Tout ça c'étaient nos poids nos responsabilités vis-à-vis de nos proches. Et c'est hyper dur à porter. ». Certains soignants ont raconté avoir fait maison à part, d'autre chambre à part, d'autre lit à part et également tous les rituels mis en place pour se laver, éviter de croiser leur famille, repousser leurs enfants

en refusant tout contact physique y compris des câlins et encore l'éloignement des enfants dans leur famille.

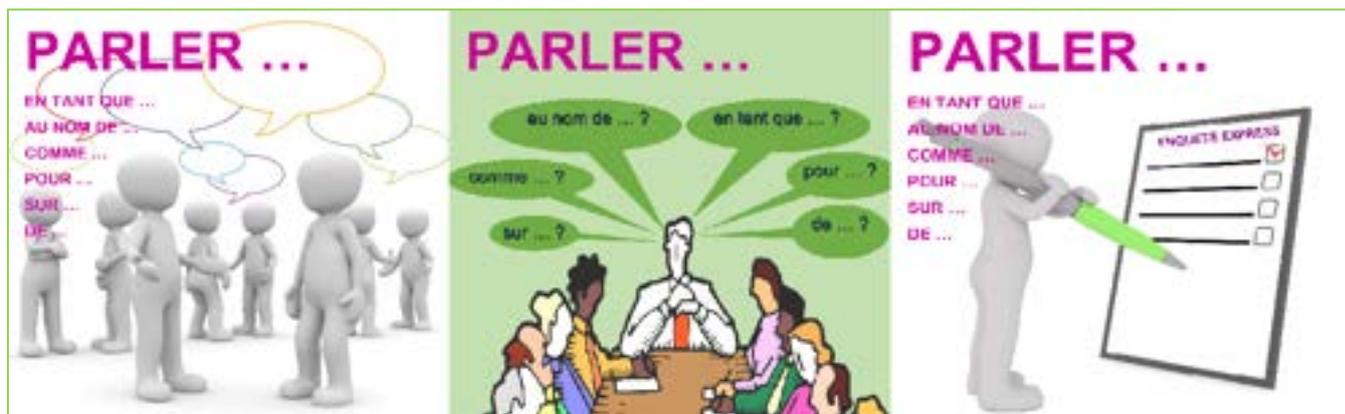
Le premier confinement a duré 2 mois et une des soignantes expliquait que son enfant lui en voulait énormément d'avoir été éloigné sans la voir pendant tout ce temps.

D'autres thèmes encore ont été évoqués par les soignants qui illustrent une violence subie par ces derniers et par les patients. Cette violence institutionnelle n'est pas voulue, ni pensée mais plutôt subie du fait des contraintes réglementaires pour limiter la propagation du virus, des interrogations sans réponses, des directives qui vont à l'encontre des valeurs des soignants tout en essayant de les protéger alors même qu' il y a eu un manque flagrant de matériel.

Ce qu'on peut retenir de ces propos c'est que les soignants se sont regroupés, alors même qu'il y avait urgence , sur ce qui fait sens pour eux « protéger et sauver des vies dans des conditions qui respecte l'humain ».

Anne Pilotti  
Cadre Rééducateur MK





Parce que pour le CNKS « parler de, pour, en tant que, au nom de ... » il est nécessaire au préalable de dialoguer, écouter et entendre l'avis, les remarques & les attentes des professionnels et de disposer de photographies des réalités du terrain. A cet effet nous vous proposons de participer aux enquêtes flash ou express sur **KINESITHERAPIE SALARIEE & ...**

## LE POINT SUR LES ENQUETES EN COURS

### ➡ .. ACCOMPAGNEMENT ETUDIANTS STAGES

Enquête triptyque relations entre « étudiants, formateurs et tuteurs »

- <https://fr.surveymonkey.com/r/ACCES-Etudiants>
- <https://fr.surveymonkey.com/r/ACCES-Structures>
- <https://fr.surveymonkey.com/r/ACCES-IFMK>

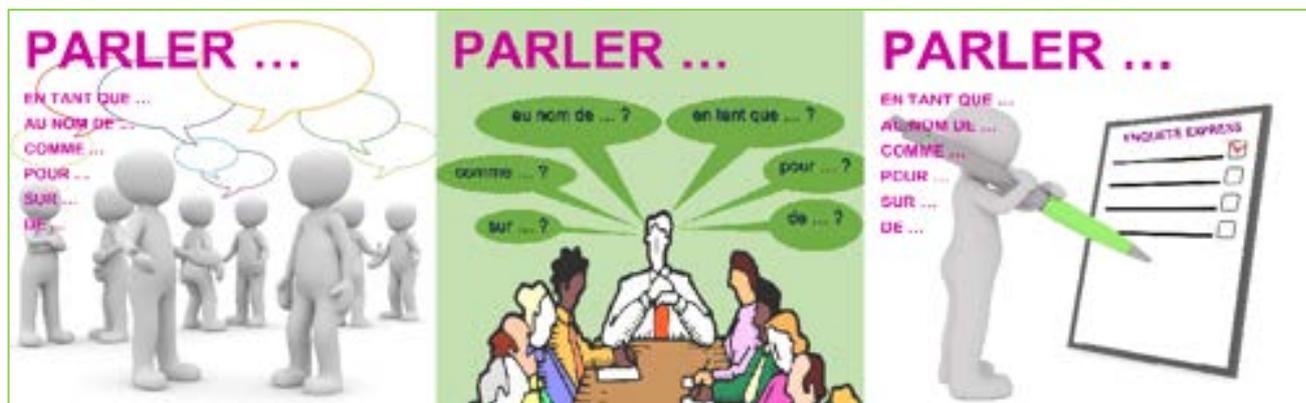
(du 30 mai au 21 août)

### ➡ .. CONTINUE DES SOINS

[https://fr.surveymonkey.com/r/Flash\\_Continuite-Soins](https://fr.surveymonkey.com/r/Flash_Continuite-Soins)

(du 13 juin au 21 août)

**CONTRIBUEZ & PASSEZ L'INFO  
A TOU-TE-S VOS COLLEGUES**



## ➡ ... ENQUÊTE CNKS – FNEK

### RESULTATS BRUTS

Dans le cadre d'un partenariat établi en 2021, entre CNKS et FNEK, une enquête conjointe par questionnaire dont l'objectif est d'évaluer l'**impact du parcours de stage sur l'exercice professionnel futur** a été menée du 13 mars au 15 avril 2022. Cette enquête prévue pérenne et itérative devrait être ré-administrée en 2023, 2024 et 2025.

**ENQUÊTE CNKS**  
(Collège National de la Kinésithérapie Salariée)

La FNEK se joint au CNKS pour diffuser une enquête pour dresser un **constat des différentes mesures ou caractéristiques (personnelles ou étudiantes) qui pourraient influencer le choix des étudiant-e-s sur leur mode d'exercice futur (libéral ou salarié).**

Retrouvez le lien en description  
Enquête disponible jusqu'au 15 avril 2022

FNEK cnks

KINESCOPE 20 vous livre ici quelques résultats bruts de cette première fournée ...

**294** étudiants répondants (totalement ou partiellement) dont

- 71,09 % de femmes
- 78,57 % de moins de 24 ans
- 60,54 % en cycle 2 (M1 et M2 / 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année de MK)
- 41,16 % ont un parent ou un proche dans la santé
- 21,41 % pensent que cela à influé leur projet professionnel / orientation
- 62,94 % étudient dans un IFMK des régions Centre / Grand Est / IDF/ Occitanie
- 63,27 % étudient dans un IFMK public
- 67,34 % ayant des frais de scolarité de moins de 3000 €
- 75,51 % ont accédé à la formation via PACES/PASS

Nos répondants ont déclarés à

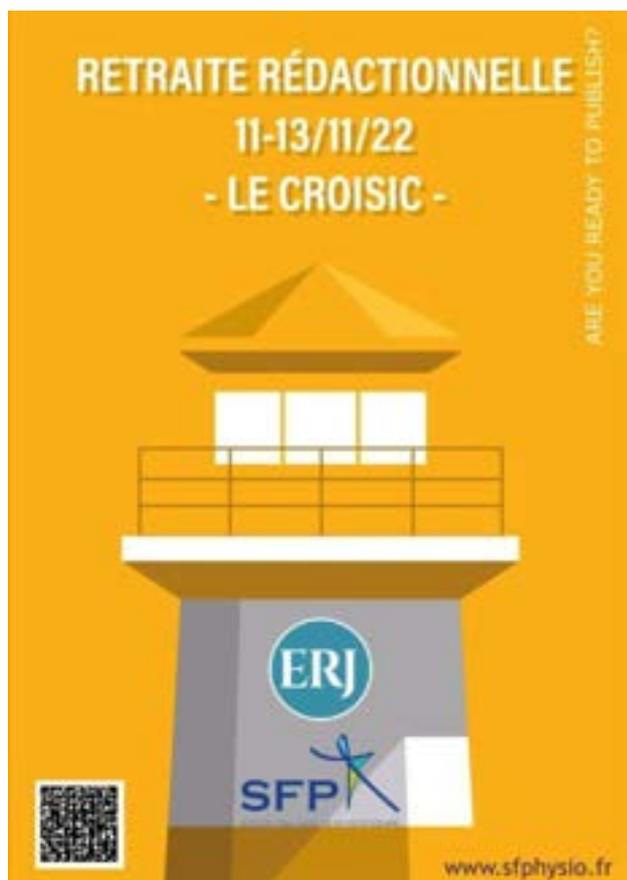
- 67,69 % que les cadres formateurs et référents pédagogiques étaient permanents
- 65,23 % que les intervenants parlent « souvent ou toujours » de leur mode d'exercice
- 63,52 % que les expériences cliniques des intervenants influencent leur projet d'activité
- 65,24 % que les intervenants qui parlent de leur activité exercent ... en libéral
- 80,69 % qu'aucun représentant d'établissement de santé n'est venu son établissement
- 46,08 % que la connaissance d'établissements influence sur le projet professionnel
- 37,77 % ne connaitre aucun dispositif d'aide au financement des études
- 78,60 % penser que ces dispositifs paraissent intéressants
- 20,17 % bénéficier d'un de ces dispositifs
- 32,62 % avoir pu choisir pour tous les stages le mode d'exercice souhaité
- .....

## EN SAVOIR PLUS ?

**KINESCOPE 21** à paraître début juillet

reviendra plus amplement et plus précisément sur les résultats.

## RECHERCHE ... MEMOIRE & ARTICLE



Rédiger plus, mieux et ensemble grâce à la retraite rédactionnelle Réussir à transformer un mémoire en un article, ou tout simplement prendre du temps pour structurer sa rédaction, n'est pas une chose aisée.

La SFP propose une retraite rédactionnelle du 11 au 13 Novembre 2022 au Croisic.

Matthieu Guemann, Noémie Duclos, Thomas Rulleau, et Alexandre Rambaud PT, PhD encadreront ce premier événement.

Inspiré du concept Thésétez-vous développé au Québec, c'est retraite consiste à regrouper les personnes qui ont envies de travailler sur la publication de leur projet dans une ambiance propice à la concentration et entouré de personnes formées. Lors de cette retraite il y aura des moments de travail en groupe et individuelle afin d'avancer un maximum le projet de rédaction.

## EN SAVOIR PLUS : [https://lnkd.in/e8mQrR\\_m](https://lnkd.in/e8mQrR_m)

L'AVIS DU CNKS publié sur les réseaux sociaux :

Très belle initiative Utile, nécessaire et indispensable ! Un concept (\*) intéressant dont KINÉSCOPE n°20 se fera l'écho ... lui souhaitant pleine réussite, d'éclairer la voie, et de devenir un moment phare pérenne. « Se taire » et alternativement « échanger », collaborer - en intrapro et/ou interpro - pour mieux écrire, formuler, formaliser, faire et laisser trace : une nécessité... surtout si, on y associe une phase (\*\*) d'attention à l'utilisation surabondante d'une synonymie... non maîtrisée tellement souvent employée ... inductrice de faux sens voire délétère. « Les maux des mots » ... Et au-delà des maux des mots il y a la nécessité du doute constructif réflexif et distancié sur les pratiques. C'est le sens des retraites.

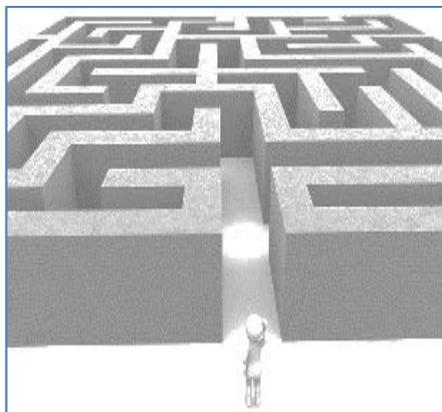
(\*) certains concepts, théories et modèles... venus d'ailleurs sont transférables voire même simplement transposables.

(\*\*) Une phase que l'on imagine présente à l'esprit, et dans la pratique d'accompagnement, des initiateurs animateurs d'exception de ces moments de mise à distance ...

## Les, Maux des Mots L'ESSENTIEL

Les discours et écrits, des politiques, de la presse, des professionnels ... foisonnent de mots et de locutions dont l'emploi est pour le moins interrogant et parfois aléatoire, voire hasardeux ; au rang de ces mots et locutions « accès direct - première intention - premier recours - pratique(s) avancée(s), autonomie-indépendance, fonction-mission, décret de compétences-décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession, métier-profession, garde-astreinte, emploi-grade, territoire. Le CNKS, via KINESCOPE, fidèle à son plaidoyer pour un juste langage s'efforce avec un souci didactique d'alerter sur l'utilisation aléatoire, raccourcie, elliptique, de mots, d'expressions, de concepts qui colportés à tort, en font des « vérités fausses » qui deviennent légendes, contre-sens, non-sens, faux-sens ?

A quoi ou à qui ces termes se rapportent-ils ? Quelles origines lexicologiques, sémantiques ? Quelles références juridiques, légales, réglementaires ? Quelles représentations leurs emplois en confusion l'un pour l'autre induisent-ils ?



Sans prétendre traiter systématiquement et exhaustivement de toutes ces dimensions la rubrique « L'ESSENTIEL, *les maux des mots* » se propose de générer et inciter la réflexion de tout un chacun sur le sens des mots et de leurs contextualisations par le regard posé et exprimé de plusieurs auteurs issus de la profession, d'une autre profession de santé ou des diverses sciences dont les sciences humaines et sociales.

## TERRITOIRE(S) D'ACTIVITE & IDENTITE PROFESSIONNELLE : Enjeu(x) ... d'échecs ou de go ? Enjeu(x) ... gagnant - gagnant ?

La profession - qui dans quatre ans c'est demain !) fête ses 80 ans d'existence légale (30 avril 1946) ne cesse de se développer, de se « baser » sur des preuves scientifiques, de modifier sa définition, d'étendre ou tenter d'étendre ses champs d'activités, ses responsabilités ... La preuve du dynamisme, de la curiosité, d'une certaine maturité ... qui sont rassurants quant à la vivacité de ses membres mais qui sont parfois bousculant, brownien, et qui donnent parfois à penser qu'en l'absence de partage des concepts, théories, et du sens des mots les objectifs sous-jacents pourraient être d'intérêts diamétralement opposés.

Ainsi en va-t-il des différentes dénominations de mode et de type exercice qualifiés par les unes et les autres de « spécialisé », « spécificités », « expert », « orienté », ...

La formidable palette, telle un Kaleidoscope, du champ des possibles explorés durant la formation initiale, se trouve fortement confrontée au choix assumé ou subi - par les contraintes et avantages écologiques au bassin de vie – dudit mode ou type d'exercice.

Une région, un département, une mégapole, une ville, un village ... à forte concentration

- de personnes âgées ou de jeunes actifs,
- de contrées montagnardes ou de plaines,
- d'activités rurales ou de service,
- dotés ou pas d'EHPAD, SMR, CH ou CHU influent - pour ne pas dire dictent - ce qui s'offre au professionnel, déterminé à vivre là, en termes d'exercice « généraliste » ou d'exercice « orienté ».

Au-delà de ces « opportunités » et de leurs conséquences la notion de « territoire(s) » au sens large, au sens interpro comme au sens (intra)pro se pose depuis toujours quels que soient les domaines d'activités l'éternelle question de la différenciation des espèces, de la spécification. Qui de l'architecte dont celui dit architecte d'intérieur, qui du cuisinier de restaurant et de celui d'une cantine de collectivité, ... qui s'ils ont bien la même profession n'exercent pas le même métier.

Il en est de même dans notre profession ; au-delà des grands discours de type « la profession pense ou dit ... » toute démarcation, toute expression d'un particularisme, exprimé par un des ses métiers est très, trop souvent, suspectée de sécession.

Mais les faits sont là, réels et têtus une part importante - peut être très majoritaire - de l'ensemble des confrères salariés (c'est sûr et évident) et libéraux (leurs organisations professionnelles pourraient le préciser) exercent en tout ou partie de « façon orientée ».

Le débat n'est pas nouveau ! Des assises organisées par la FFMKR interrogeaient à la fin des années 80 « les spécialisations ? » en tentant de distinguer « spécialité » et « exercice spécifique ». Débat au sein de cette même organisation en ce début de moins de juin sur les « spécificités » ; « spécificités » dont le CNOMK a établi en 2017 et produit par son AVIS – CNO n° 2021-02 une liste actualisée ci-après et dont il indique

*« La spécificité correspond à un exercice préférentiel du masseur-kinésithérapeute. Cette préférence d'exercice concerne une fonction, un organe, une région particulière du corps humain ou une catégorie spécifique de personnes. Ne peuvent être mentionnées que les spécificités reconnues par le Conseil national de l'ordre figurant dans le présent avis. Leur communication respecte les recommandations émises par le Conseil national de l'ordre ».*

Pour autant une foison d'expressions écrites ou orales de la part de nos collègues font état de leur « spécialisation », « d'être spécialisé », « d'expertise ou d'être expert » ... ce qui montre à notre avis tout à la fois que pour certains le débat n'est pas clos, que pour certains la « règle » n'est pas connue ou ignorée, que pour d'autres le distinguo sémantique relève d'un pointillisme qui ne les concernent pas. Comment ne pas rapporter dans la discussion l'éventuel MK en Pratique Avancée espéré par certains, refusé par d'autres.

- Rééducation du système musculo-squelettique\*\* ;
- Rééducation en neurologie\*\*\* ;
- Rééducation en pédiatrie ;
- Rééducation cardiaque / respiratoire\*\*\*\* ;
- Rééducation vasculaire / lymphatique\*\*\*\* ;
- Rééducation en oncologie ;
- Soins palliatifs et accompagnement
- Rééducation des troubles liés à l'âge / en gériatrie\*\*\*\* ;
- Rééducation et santé mentale ;
- Éducation à la santé / Prévention / Ergonomie\*\*\*\* ;
- Rééducation des troubles de l'équilibre / vestibulaire\*\*\*\* ;
- Rééducation en pelvi-périnéologie ;
- Rééducation maxillo-faciale ;
- Gestion de la douleur ;
- Kinésithérapie du sport ;
- Kinésithérapie des lésions cutanées et des cicatrices
- Activité physique adaptée / Sport santé\*\*\*\*

*\*Le terme rééducation peut être remplacé par kinésithérapie ou physiothérapie.*

*\*\*La mention « système musculo-squelettique » peut être remplacée ou complétée par la région concernée : main, épaule, rachis, genou, cheville ...*

*\*\*\*Il peut être précisé central ou périphérique.*

*\*\*\*\*Tout ou partie des mentions pourra être affichée.*

Les « spécificités », « territoires d'activités » sont-ils pour autant inducteurs voire constructeurs d'« identité(s) professionnelle(s) » spécifique(s) ? Une identité professionnelle générique existe-t-elle et s'y oppose-t-elle ?

Qu'est-ce que l'identité professionnelle ?  
Qu'est-ce que l'identité ?

Nous sommes tous détenteurs d'une carte d'identité ... qui nous est propre de par les différentes caractéristiques et données qui y sont rapportées et qui nous est commune en tant qu'elle est formatée de la même façon.

Alors même que le mot « identité », dans ses racines latines renvoie à « idem », « le même » il faut donc voir dans ce témoin d'identité ce qui différencie chaque individu d'un autre.

Etant alors entendu que pour différencier deux éléments il faut préalablement en établir et poser la communauté : « il n'est de spécificité(s) sans un creuset général préexistant et persistant.

C. Dubar évoque l'identité comme un construit triptyque « Moi – Nous – autrui » qui détermine l'individu et le groupe social.

L'identité professionnelle est-elle gravée dans le marbre, immuable et inamovible ? voire dès lors « monolithique » ?

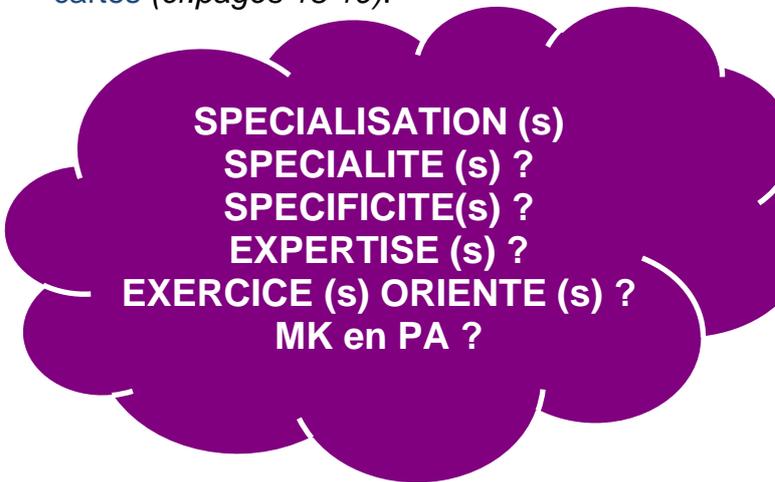
Par le programme de formation initiale conduisant à un diplôme d'Etat donnant le droit d'exercer à tout étudiant ayant obtenu ce dernier on est tenté de le considérer ainsi et d'en conclure – peut-être un peu hâtivement que tout professionnel MKDE est forcément en capacité d'un exercice « généraliste » ...

Ce serait nier le développement d'appétences particulières au cours de la formation théorique comme pratique.

Ce façonnage, polissage, est - pour le CNKS à l'aune de ses nombreuses enquêtes auprès de confrères salariés - encore plus marqué pour « les praticiens, par le processus d'orientation de leur exercice clinique, (qui) vont construire ou modifier leur identité en tant que kinésithérapeute » comme l'indiquait avec une réelle clairvoyance Antoine Dugast, ancien président de la FNEK, dans son mémoire de fin d'études (2021).

Avec son aimable autorisation nous vous proposons des extraits du cadre théorique du mémoire de ce jeune confrère qui à notre avis en interrogeant la question de la « **spécialisation de l'exercice des kinésithérapeutes libéraux dans le champ cardio-respiratoire** » pose de fait la question « une ou de(s) identité(s) professionnelle(s) ».

Et pour finir cette première partie du thème « Territoires d'activités & Identité professionnelle » qui fera l'objet d'une deuxième partie dans K21 en juillet, Matthieu Guemann, président de la SFP nous a livré sa réflexion sous forme d'allégorie « jeu de cartes (cf. pages 18 19).



**SPECIALISATION (s)  
SPECIALITE (s) ?  
SPECIFICITE(s) ?  
EXPERTISE (s) ?  
EXERCICE (s) ORIENTE (s) ?  
MK en PA ?**

Extraits du mémoire d'Antoine Dugast , « **Spécialisation** » de l'exercice des kinésithérapeutes libéraux dans le champ cardio-respiratoire ». [3. Cadre théorique à propos de l'identité professionnelle]

..... « Selon Gohier, cette dernière se construirait avec l'inscription de l'individu dans des formes de vie sociale, en lien avec ses relations interpersonnelles, sa situation dans le monde du travail mais aussi les trajectoires et perspectives qui s'offrent à lui dans le monde professionnel. ... il est primordial de savoir à quoi se rapporte le terme "professionnel", et donc de savoir ce qui constitue aujourd'hui une profession. En prenant la définition donnée par le CNRTL, nous pouvons être très rationnels : une profession est une "Activité manuelle ou intellectuelle procurant un salaire, une rémunération, des revenus à celui qui l'exerce.". Selon le sociologue Wilensky, pour être reconnue comme profession, une occupation doit acquérir successivement six caractères : être exercée à plein temps, comporter des règles d'activité, comprendre une formation et des écoles spécialisées, posséder des organisations professionnelles, comporter une protection légale du monopole, et avoir établi un code de déontologie.

Les travaux de Valérie Lozano sur la profession de masseur-kinésithérapeute en CHU mettent en exergue un point important dans la construction de l'identité professionnelle chez les kinésithérapeutes. La séparation entre exercice libéral et hospitalier est telle qu'il s'est construit deux identités professionnelles au sein d'une seule profession. Il existe une différence dans les normes professionnelles établies dans les deux milieux.

L'exercice libéral se veut héritier des « valeurs d'indépendance, d'initiative et d'autonomie qui étaient liées au modèle de la profession libérale, à la fois vécue comme vocation et sensible au prestige et à l'argent » selon F.X. Schweyer. Le travail est solitaire, et les coopérations professionnelles dépendent des habitudes et du bon vouloir des autres professionnels de santé dans l'environnement proche.

A l'inverse, l'exercice salarié est beaucoup plus porté sur le travail en coopération avec l'ensemble de l'équipe soignante. Le fait de travailler dans un service pousse à la construction d'un esprit de corps de soignant hospitalier regroupé autour du patient et les normes de hiérarchie ou de corporatisme sont propres à ce milieu. Les kinésithérapeutes travaillant en secteur hospitalier et réalisant des actes relevant du champ cardio-respiratoire n'effectueront ainsi peut-être pas le même métier que leurs confrères libéraux mais travaillant sur la même pratique.

Nous avons donc toutes les clés en main pour pouvoir établir le cadre de l'identité professionnelle, et dans un second temps les étapes nécessaires à sa construction dans le contexte des kinésithérapeutes inscrits sur Doctolib. ...

La construction de l'identité professionnelle des kinésithérapeutes : l'étude menée par le Conservatoire National des Arts et Métiers<sup>17</sup> a permis de mettre en évidence la dualité qui existe entre vocation et métier chez les masseurs-kinésithérapeutes, qui est fondamentale pour que les praticiens reconnaissent l'utilité sociale qui est celle de leur profession.

Il a été identifié que la vocation correspondait aux valeurs humanistes qui habitent les kinésithérapeutes, telles que la compassion, les relations humaines tandis que le métier correspondait aux valeurs d'expertises dans leur pratique professionnelle (celui de communicant au sein d'une équipe de soins, de formateur en IFMK) mais aussi à travers les rôles sociaux qui leur ont été attribués, comme l'éducation thérapeutique des patients, la réalisation de bilans diagnostic kinésithérapiques...

La logique vocationnelle des kinésithérapeutes se construit en relation avec les autres professionnels, kinésithérapeutes ou faisant partie d'autres professions (médicale notamment). Les rôles de management qui peuvent être développés au sein de la kinésithérapie (au sein d'un cabinet en tant que titulaire ou dans une activité salariée comme cadre dans un service par exemple) contribuent à faire évoluer la profession et la vocation des kinésithérapeutes en complétant le métier de base par des compétences autres développées en parallèle de l'exercice pour donner du sens à ce dernier. Cette étude a ainsi mis en lumière trois logiques de construction d'identité professionnelle chez les kinésithérapeutes : celle de logique identitaire vocationnelle, évolutive et d'expertise.

La **logique identitaire** s'appuie sur la recherche d'un rôle social adéquat à travers une réflexion sur les bonnes pratiques professionnelles dans l'exercice quotidien. Ainsi, cette logique pousse à se mettre à la recherche du « mieux soigner » afin d'être le plus utile aux patients traités et donc de reconnaître une utilité toujours plus grande à la société. On observe aujourd'hui un changement de paradigmes sur la communication de nombreux kinésithérapeutes cherchant à mettre en avant une nouvelle pratique fondée sur les preuves. ... Le travail mené par Céline Damour à propos de l'influence des stages durant la formation des MK sur le choix de l'exercice professionnel nous indique que de nombreux facteurs, en grande partie humains (influence des professeurs, des tuteurs de stage), peuvent contribuer à faire apprécier la pratique d'un champ clinique par un étudiant en kinésithérapie, et donc plus tard dans l'exercice professionnel.

La **logique évolutive** quant à elle se base sur les évolutions de carrière, tant sur le plan de la pratique professionnelle par la formation continue que sur les responsabilités exercées au sein d'une équipe, d'un établissement. De nouvelles possibilités sont aujourd'hui données aux kinésithérapeutes qui, s'ils ne possèdent pas d'évolution de grade au sein de la profession libérale, peuvent s'investir dans des missions supplémentaires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les communautés professionnelles territoriales de santé.

Enfin, la **logique d'expertise** est celle qui se rapprochera le plus du sujet de la spécialisation de l'exercice. Les kinésithérapeutes chercheront à mettre en avant leurs savoirs dans un ou plusieurs domaines précis afin de vouloir se différencier des autres et posséder une singularité dans le monde socio-professionnel. Ici aussi par le biais de la formation continue ou simplement par une filtration progressive de la patientèle pour l'orienter vers le champ cardiorespiratoire, les kinésithérapeutes pourront se créer un véritable profil d'expertise, arrivant parfois à s'imposer comme des références en termes de pratiques cliniques au sein d'un territoire donné.

Ces trois représentations sont présentes chez les masseurs-kinésithérapeutes sous forme de spectre : les praticiens s'identifient plus à telle ou telle logique en fonction de préférences de travail mais aussi de leurs capacités d'expertise, humaines et relationnelles...

## Matthieu Guemann, Président de la SFP nous fait part de son avis sur les différents "territoires intra-professionnels ou professionnels" :

« Une remarque qui me revient souvent lorsque je présente mon activité en tant que chercheur c'est : « mais tu n'es plus kiné ! ».

Au début, je passais beaucoup de temps à essayer d'expliquer que si, la Kinésithérapie est un corps professionnel avec de nombreuses branches etc... mais cela ne suffisait pas à convaincre. Maintenant je réponds simplement par une autre question, « Ah bon, et pourquoi ? ». Ce questionnement suscite alors chez l'interlocuteur une curiosité et un questionnement qui le rendent prêt à écouter une plus longue explication.

Si je me mets dans la peau d'un jeune lycéen qui souhaite exercer la profession de Kinésithérapeute, et qui connaît uniquement l'exercice libéral, comment lui expliquer et lui exposer ce qu'est la Kinésithérapie dans sa globalité. Sans se perdre dans les détails il est important d'aborder la diversité et la richesse qu'offre notre profession avec pour chaque secteur un intérêt et une vision commune qui nous vient de la formation initiale : l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Pour illustrer cela prenons l'exemple d'un jeu de cartes. Aujourd'hui nous avons dans notre main les cartes suivantes :

- pratique libérale,
- pratique hospitalière-salariée,
- enseignement,
- management,
- recherche,
- et représentation.

Chacune de ses cartes peut s'agencer et se compléter comme si on additionnait les pouvoirs (où les fonctions).

On peut donc mettre sur la table des cartes :

- pratique libérale + représentation,
- enseignement + management etc...
- voire même pratique hospitalière + enseignement + recherche.

Cependant, plus on additionne les « pouvoirs » et plus les cartes sont difficiles à jouer et à placer. Cela reflète la réalité du terrain où les conditions d'obtention et de création de ces postes sont extrêmement difficiles.

Une fois que la technique d'association de chacun des grands secteurs d'activité de la profession est adoptée, il est important de préciser que chacune des cartes peut être jouée sur des terrains différents avec une influence qui sera proportionnelle au degré d'implication sur ce terrain. Je m'explique, si l'on joue sur le terrain de la gestion RH d'un centre où l'objectif est de garder une offre de soins la plus disponible possible pour ne pas perdre des points de vie de patient, la carte « Management » sera un bonus car nous mettons les compétences en face du besoin. Il en est de même si nous jouons sur le terrain de la négociation de la lettre clé, jouer une carte « pratique libérale » permettra de dire que nous sommes présents mais la carte qui rapportera le plus de point sera la « représentation ».

Avec les cartes et les compétences que nous avons en main, nous pouvons faire face à quasiment toutes les situations.

Au fur et à mesure du temps, certaines cartes ont évolué et se sont vues attribuer de nouvelles compétences / pouvoirs.

Ces pouvoirs ne sont pas encore totalement acquis (réglementairement ou légalement) mais sont dans ce qu'on pourrait dire une phase de test.

On retrouve par exemple la possibilité de diriger un institut de formation pour les enseignants-chercheurs

(ref <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036819285/>),

ou encore des nouvelles pratiques comme l'extubation en réanimation (1) (la SRLF parle même de la « kinésithérapie de réanimation : un métier spécifique) ou encore l'utilisation de l'échographie, la poncture sèche, l'examen clinique approfondi avec l'exploration des red, yellow et blue flags, l'analyse quantifiée de la marche, l'analyse critique de la littérature, et même l'exercice en première intention.

Si l'on regarde ne serait-ce que quelques années en arrière, ces compétences étaient loin d'être acquises et reconnues. Pourtant aujourd'hui, certaines d'entre elles sont rentrées dans la pratique courante et acceptées par l'ensemble des professions médicales.

Notre jeu de carte s'enrichit d'année en année. Ces nouvelles compétences/actions sont acquises grâce à une stratégie mise en place précédemment avec les autres cartes nous ayant permis de gagner la partie. C'est souvent une association faisant intervenir l'ensemble des composantes de la profession qui nous permet d'avancer. Le besoin vient de la pratique clinique, la plus-value pour la santé publique et le patient est démontrée par la recherche, les représentants utilisent ces données pour défendre les dossiers et le management fait en sorte que cela s'inscrive dans un continuum du système de santé.

Bien évidemment il y a des compétences partagées entre certaines cartes ce qui permet d'avancer et de collaborer comme lors des jurys de nos futurs consœurs et confère, nous sommes tous là pour évaluer les écrits

et les présentations des étudiants avec un prisme particulier.

Maintenant, ce que nous maîtrisons moins ce sont les évolutions possibles, les futurs règles du jeu et les cartes que nous serons amenés à créer pour y répondre. Faudra-t-il jouer sur les « spécialités » permettant de reconnaître un niveau particulier dans une pratique clinique, la mise en place de doctorat en sciences de la rééducation et de la réadaptation et de laboratoires orientés sur l'évaluation des pratiques rééducatives et socio-économique des actes de rééducation ? Est-ce que ce sera l'avènement d'aides Kinésithérapeutes ou de Technologues en Physiothérapie (ref : <https://oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/trp-technologue-en-physiotherapie/>) sortant au niveau Licence avec l'existence de la LASS ou d'une licence APAS ? Verra-t-on l'apparition de Kinésithérapeute en Pratique Avancée dans des rôles et des métiers encore inconnus qui permettront de répondre à un besoin de santé publique, y aura-t-il une pratique exclusive en télé-réhabilitation ?

Un chose est sûre, la profession a grandi, elle continue de consolider ses acquis et explore de nouvelles possibilités. Seule la collaboration inter et intra professionnelle nous permettra d'occuper la place que nous souhaitons.

Cela se réalisera si et seulement si nous arrivons, ensemble, à prouver que la Kinésithérapie n'est plus simplement une technique mais bien une approche thérapeutique avec son raisonnement propre et ses outils à disposition, permettant d'améliorer la santé du patient dans de nombreuses affections et à toutes les étapes de la vie.

*Il me reste cependant une question à laquelle je n'ai pas la réponse : qui a les cartes en main ?*

**Matthieu Guemann**

## RETOURS & PARTAGES EXPERIENCES



Parallèlement aux différentes enquêtes menées par le groupe de travail APPOCT (Activités Pratiques Professionnelles Organisation et Conditions de Travail) du CNKS dont les résultats sont produits dans ses colonnes KINESCOPE s'efforce sous cette rubrique de rapporter des retours et partages d'expériences de différents types d'activités et d'organisations.

### KINESITHERAPIE SALARIEE EN SOINS CRITIQUES

Au Centre Hospitalier Anancy Genevois (CHAnGe) l'équipe de rééducation compte 41 masseur-kinésithérapeutes (mk) pour 27 équivalents temps plein (ETP) répartis par site et par spécialité



Sur le site d'Anancy, l'organisation des mk s'attache à déployer les ressources par grands champs de compétences : gériatrie aigüe (2 mk), pôle neuromoteur (7 mk), pôle locomoteur (7 mk) et pôle thoracique (9 mk).

**Les services de réanimation et de soins continus** appartiennent au pôle thoracique qui comprend également l'Unité d'Hospitalisation Courte Durée (UHCD), le Service d'Accueil des Urgences (SAU), de Chirurgie Cardiaque, d'Unité de Soins Continus en Cardiologie, d'unité de Soins Intensifs en Cardiologie, de Pneumologie, de Chirurgie Vasculaire et Thoracique et d'Urologie.

9 personnes se partagent les 8,2 ETP alloués. Les services de réanimation et de soins continus, le SAU et l'UHCD se voient octroyer 3,6 ETP.

Dans les faits, le SAU et l'UHCD consomment peu de temps mk et l'ensemble des moyens est donc déployé sur la réanimation et les soins continus.

Pour répondre aux récupérations compensatoires hebdomadaires des mk à temps partiel, un mk « volant » à 80% comble les absences journalières sur les différents services du pôle thoracique.

Ce sont donc 5 mk qui couvrent, **du lundi au vendredi de 8h à 18h**, les besoins des **16 lits réanimation** et des 8 lits de soins continus. La continuité des soins en réanimation et soins continus est assurée les week-end et jours fériés par la présence en garde d'un des 9 mk du pôle thoracique.

Ainsi, en regard du décret n°2022-694 2-avril relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, nous avons la chance d'avoir une équipe de mk spécifiquement dédiée, formée et expérimentée dans les domaines de la réanimation (art. D. 6124-28-4) et de soins intensifs polyvalents (Art. D. 6124-28-5).

Plus concrètement, l'organisation de travail nécessite idéalement **3 mk par jour** : 1 pour chaque secteur de réanimation (Marmottes 8 lits et Chamois 8 lits) et 1 pour les soins continus. Une rotation mensuelle permet d'assurer le suivi des patients et la connaissance partagée des équipes et du fonctionnement des trois secteurs. Une relation d'entraide forte existe entre les secteurs pour répondre aux moments de charge de travail accrue et aux prises en charge plus complexes.

Le sentiment d'appartenance aux équipes de réanimation et de soins continus tient notamment à une étroite collaboration entre les équipes de soins et de rééducation.

Chaque matin, les mk vont au-devant des infirmières et aides-soignantes pour de rapides transmissions ciblées à l'oral.

C'est l'occasion de faire le point sur l'organisation des soins prévus dans la journée pour chaque patient et de sanctuariser le temps de prise en charge en kinésithérapie.

Un protocole de service détermine l'intervention du mk dans la prise en charge précoce de tous les patients « stables », d'autres sollicitations spécifiques et ponctuelles se font sur indication des équipes paramédicales et médicales et sur prescriptions des médecins.

Suite à la pause méridienne, les mk se réunissent pour évaluer oralement l'avancement du travail sur chaque secteur, faire valoir les difficultés ou les besoins rencontrés. Chaque patient suivi en kinésithérapie est vu **à minima deux fois par jour**.



Les actes de kinésithérapie sont multiples : kinésithérapie respiratoire, mobilisation, rééducation, mise en place de dispositifs de ventilation non-invasive, déglutition, bilans, dispense de conseils de positionnement.

L'intervention des mk s'inscrit dans une démarche thérapeutique, de prévention et d'éducation.

Essentiellement et prioritairement, ils contribuent à la prévention des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique.

C'est un axe majeur du travail d'équipe qui concourt à la limitation de la durée d'intubation, voire à son évitement, en diminuant la mortalité et la durée moyenne de séjour. Les prises en charge des patients sont évaluées dans chaque secteur en Staff hebdomadaire pluridisciplinaire (médecins, psychologue, équipe paramédicale, mk et agent d'accueil des familles).

Le service de réanimation du CHAnGe est polyvalent. La diversité des prises en charge est source de motivation pour les soignants et requiert également un niveau de formation conséquent et actualisé.

Les mk sont pleinement intégrés dans la dynamique d'équipe médicale et paramédicale portée par le partage et le développement des connaissances et des compétences.

Les mk contribuent à la formation de chaque nouvel arrivant dans l'équipe de soins paramédicale. Au sein du service de réanimation et de soins continus, ils participent aux groupes de travail thématiques avec les équipes paramédicales (ex : groupe escarres).

Au même titre, ils bénéficient avec toute l'équipe du service de formations mensuelles dispensées par un médecin ou professionnel du CHAnGe, sur des sujets préalablement suggérés par les soignants eux-mêmes. Ces dynamiques de formations avec les ressources en interne pallient les besoins de formations spécifiques et approfondies auquel le plan de formation institutionnel, bien que conséquent, ne peut répondre.



Au sein du service de rééducation, les rééducateurs dispensent tour à tour des formations thématiques (exemple : ventilation non invasive) aux stagiaires mk et animent, comme leurs pairs, des topos d'actualisations des connaissances à destination de l'ensemble des rééducateurs.

Depuis moins d'un an, l'arrivée d'un Docteur en Médecine Physique et Réadaptation dans le service de rééducation, permet un étayage médical avec des avis donnés une fois par semaine. Les mk se sentent ainsi confortés dans leur diagnostic métier.

Forts de ce partage de pratiques et d'une communication de qualité et constructive, la continuité des soins est fluide et la récupération des patients améliorée. En effet, le travail thérapeutique initié par les mk est poursuivi par les équipes paramédicales, et les conseils sont scrupuleusement appliqués (positionnement, mobilisations, ...).

En témoigne par exemple, la feuille de suivi et de traçabilité des besoins des patients en termes de mobilités et d'aides techniques qui devait initialement être alimentée par les mk et qui est désormais tout autant investie et actualisée par les soignants du service.

Ce travail de collaboration trouve un appui considérable dans l'implication et l'écoute du cadre et des médecins des services réanimation et soins continus. Ils portent auprès de la direction les besoins matériels de rééducation, que le service de rééducation ne peut pas inclure dans son plan d'investissement.

Le service se trouve ainsi doté de matériel type relaxateur de pression, assistant à la toux, table de verticalisation, appareil d'entraînement thérapeutique du mouvement, verticalisateur électrique, guidons de transfert, fauteuils, déambulateurs.

Un travail de proximité avec les prestataires permet d'enrichir le stock de matériel de ventilation non-invasive. Une autre forme d'écoute propice à la cohésion d'équipe est celle proposée par la psychologue de service dans le cadre d'une supervision de groupe et/ou de suivis individuels. Les mk bénéficient ainsi d'un accompagnement qui leur permet d'adopter le positionnement et le discours le plus juste avec les patients et les familles confrontées à des situations difficiles.

L'appartenance des mk de réanimation et de soins continus au service de rééducation contribue aux partages entre rééducateurs.

Cependant, le fait qu'il n'y ait ni temps d'orthophoniste, ni temps d'ergothérapeute dédié à ces services limite nettement la pluridisciplinarité et tend à pousser les mk vers des interventions en marge des leurs activités principales.

L'accompagnement et la valorisation des compétences responsabilisent les mk, stimulent les prises d'initiative et le travail en autonomie. La cohésion d'équipe s'appuie sur le partage et l'harmonisation des pratiques. S'instaure ainsi un climat de confiance propice à la qualité des soins et à une dynamique de travail positive malgré les contraintes institutionnelles. L'équipe mk de réanimation et de soins continus du CHAnGe est stable depuis 2017 !

L'équipe de mk du CHAnGe  
et l'encadrement de rééducation



## RETEX ...



### KINESITHERAPIE SALARIEE EN SOINS CRITIQUES (suite)

Au Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne

l'équipe de rééducation compte 22 kinésithérapeutes,

7 ergothérapeutes, 6 psychomotriciens et 3 orthophonistes



Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne (CHITS) est le plus grand centre hospitalier non universitaire de la région PACA. Il est composé de 3 sites principaux :

- L'hôpital Sainte Musse à Toulon (796 lits) site d'implantation des unités spécialisées dont la réanimation et l'USC il comprend également un SAU les secteurs de Chirurgie, de Médecine Spécialisée, de Pédiatrie, d'Obstétrique et de Psychiatrie.
- L'hôpital de La Seyne sur Mer (319 lits) Outre un SAU, il comprend des lits de médecine polyvalente, de SSR à orientation neurologique, de Psychiatrie et d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD)
- L'hôpital Clemenceau à La Garde (164 lits) orienté vers la Gériatrie et qui comprend des lits de SSR et de long séjour.

### Services Kinésithérapie & Personnels de rééducation

Les secteurs de kinésithérapie des 3 sites appartiennent au Pôle « Anesthésie – Réanimation – Rééducation - Unité de patients dans le Coma - Coordination Hospitalière de prélèvement d'organes (Pôle ARRUC).

La responsabilité paramédicale est assurée par Christian FORNER, Cadre Supérieur de Santé et Véronique HOARAU, Cadre de Santé, tous 2 kinésithérapeutes de formation.

Ils assurent également l'encadrement du personnel de rééducation du Centre Hospitalier de Hyères au sein duquel se trouve une unité de soins intensifs de 10 lits. 7 Ergothérapeutes, 22 Kinésithérapeutes, 3 Orthophonistes et 6 Psychomotriciens constituent le personnel de rééducation du CHITS.

Chaque rééducateur est sectorisé dans un ou plusieurs services de chacun des 3 sites. Cette organisation favorise l'expertise mais également la polyvalence éclairée du fait des remplacements des collègues en période de congés.

- Sur l'Hôpital Sainte-Musse, l'effectif est constitué de 12 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 1 psychomotricien et 1 ergothérapeute.
- Sur l'Hôpital Clémenceau, l'effectif est constitué de 3 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 1 psychomotricien et 2 ergothérapeutes.
- Sur l'Hôpital de La Seyne, l'effectif est constitué de 7 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 4 psychomotriciens et 4 ergothérapeutes.

## Place des rééducateurs au sein de l'institution

Outre les soins de rééducation dispensés aux patients, les rééducateurs sont fortement impliqués dans la vie de l'institution :

### Groupe de Référént Prévention lombalgie (GRPL)

- Les rééducateurs sont pleinement impliqués dans la prévention des risques professionnels dus aux risques en lien avec les manutentions.
- Ils représentent la majorité des référents du groupe institutionnel. Ils effectuent des formations d'adaptation auprès des agents du CHITS et interviennent dans les Instituts de Formation de la région toulonnaise dans le cadre de la formation initiale des étudiants infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, auxiliaires ambulanciers, ambulanciers et psychomotriciens.
- Des études ergonomiques sont effectuées dans différents secteurs du CHITS grâce à une kinésithérapeute du GRPL qui possède un master en ergonomie.

### Commission des Soins infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Une kinésithérapeute est membre élue de la CSIRMT et occupe un poste au niveau du Bureau de cette Instance

### Instances et groupes de travail institutionnels

D'autres rééducateurs sont impliqués dans différentes instances de l'établissement (CLUD CLEIAS ...) et dans des groupes de travail institutionnels (RAAC, groupe de prévention des chutes...)

## Place des rééducateurs dans le dispositif de formation des futurs professionnels de rééducation

Les rééducateurs de chaque spécialité interviennent dans la formation de leurs pairs au sein des Instituts présents dans le territoire (IFP, IFE).

L'équipe des kinésithérapeutes est également investie dans l'enseignement à l'EFMK de Marseille ainsi que dans la formation clinique des étudiants en kinésithérapie lors de leurs stages effectués sur l'établissement.

## La Réanimation et l'USC



3 kinésithérapeutes sont sectorisés dans ce secteur et sont parfaitement intégrés dans la vie de celui-ci. Ils assistent aux staffs, aux discussions éthiques, participent à des groupes de travail notamment au groupe de remobilisation précoce, au groupe accueil, au groupe confort du patient.

De même les participations à des congrès ou des formations leurs sont proposés avec les agents de réanimation, au même titre que ceux-ci.

Tous les patients hospitalisés en Réanimation et en USC bénéficient d'une prise en charge quotidienne de kinésithérapie.

Le MK participe aux désencombrements bronchiques par l'utilisation de techniques manuelles (rééducation de la toux, variation du flux expiratoire) et instrumentales (ventilation à percussions intra pulmonaires, relaxateur de pression, aspiration endotrachéale...

Pour le confort et le sevrage de la ventilation mécanique et de l'oxygène il participe à la prise en charge des patients hypercapniques et /ou hypoxémiques par la mise en place de l'oxygénothérapie, l'évaluation, les réglages des paramètres des ventilations mécaniques invasives et non-invasives.



Les 3 kinésithérapeutes de Réanimation :  
Cécile Rubino, Jade Berthet, Xavier Delamer

Précocement des mobilisations musculo-articulaires sont prodiguées à la majorité des patients hospitalisés dans le secteur ainsi que chez les patients intubés, ventilés et sédatisés afin de prévenir les complications locomotrices ainsi que celles liées au décubitus. Ces mobilisations précoces sont effectuées manuellement ou instrumentalement.

Les MK du service participent à l'évaluation et à l'initiation de la rééducation des troubles de la déglutition.

Par son positionnement et ses compétences le MK occupe un rôle de plus en plus important et devient un maillon essentiel entre le réanimateur et le binôme IDE /AS notamment dans la participation au sevrage de la sonde d'intubation par sa connaissance des critères d'extubation.

Depuis peu, dans le cadre du programme de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), les MK de réanimation interviennent en Salle de Surveillance Post Interventionnelles (SSPI) pour effectuer de la kinésithérapie respiratoire à la sortie immédiate du bloc opératoire auprès de patients ayant subi une chirurgie thoracique. Ils participent activement à la formation des étudiants médicaux (internes en Médecine) et paramédicaux.

De plus, ils forment leurs collègues des autres secteurs en vue d'effectuer les gardes de week-end ainsi que des MK libéraux souhaitant se former à la kinésithérapie instrumentale de désencombrement. Les gardes sont programmées principalement pour les patients de soins critiques, elles sont effectuées par la majorité des MK des trois sites les samedis matins ne laissant pas plus d'une journée d'interruption de soins de kinésithérapie.

## La crise sanitaire COVID

Sur l'Hôpital Sainte-Musse, lors des différentes vagues COVID, des réanimations éphémères ont été créées notamment lors de la 1<sup>ère</sup> vague en SSPI transformée en 16 lits supplémentaires. La sectorisation des MK a été modifiée et le secteur de réanimation renforcé en effectifs MK amenant la réorganisation de l'ensemble des MK du site. L'adaptation et l'interdisciplinarité ont été les maîtres mots durant cette période. Le nombre de MK assurant les gardes a été augmenté afin de prendre en compte cette augmentation de lits de soins critiques. Les prises en charge lourdes et complexes de ces patients COVID sous ventilation mécanique, ont fait appel à l'expertise des MK de réanimation. Leurs réflexions et capacités d'adaptation ont souvent devancé les recommandations médicales, notamment dans la prévention des troubles trophiques et articulaires liés à l'immobilisme et à une sédation prolongée (neuro myopathie acquise en réanimation).

## Points de vue sur les décrets

### Décret de 2002

Ce décret stipulait : « l'établissement de santé doit être en mesure de faire intervenir en permanence un MK, justifiant d'une expérience attestée en réanimation ».

Le but de ce décret était la continuité des soins, l'application stricte de celui-ci imposait la présence d'un MK sur demande 24H/24 et 7jrs /7.

Son application était utopique et irréalisable au sein du CHITS, même avec un système d'astreinte « jours et nuit » en dehors des horaires de travail compte tenu du faible effectif et de l'absence de recrutement.

Des expériences menées dans des établissements ont pu montrer d'autres problématiques, quant au respect de la loi par rapport aux récupérations, à l'absence de ces agents en semaine et à une rémunération acceptable.

Qu'est-ce qu'une expérience attestée ? Le diplôme ? La présence d'un nombre de jours de garde limité par an peut-elle être le modèle d'une expérience attestée en réanimation ?

### Décret de 2022

Il stipule *la nécessité d'un kinésithérapeute ayant une expérience en soins critiques, pouvant intervenir 7/7 jours.*

Quels pourraient être les points positifs ?

- assurer une prise en charge quotidienne et linéaire des patients ;
- augmenter la disponibilité des lits en favorisant les sorties ;
- rendre les extubation possibles au quotidien ;
- diminuer le risque de ré-intubation.

Quels pourraient être les freins ?

- créations et recrutements de postes supplémentaires de MK ;
- formation des nouveaux arrivants ;
- motivation de l'intégralité de l'équipe pour adhérer au nouveau dispositif 7/7 jours ;
- absences en semaine des MK en garde le week-end afin de respecter la réglementation du temps de travail.

Finalement, ne vaut-il pas mieux une équipe restreinte performante, motivée effectuant une prise en charge optimale présente en semaine avec le système de garde actuelle assurant déjà une certaine continuité des soins ?

Christian FORNER, CSS MK  
et Véronique HOARAU, CDS MK

## RETEX ...



### KINESITHERAPIE SALARIEE EN SOINS CRITIQUES (suite)

#### Au Centre Hospitalier Hôpital Nord Franche Comté

#### Retour d'expérience sur la dynamique interprofessionnelle au sein du service de réanimation de l'hôpital Nord Franche Comté

La singularité de l'exercice kinésithérapique salarié est marquée par l'alliance des compétences soignantes et rééducatives au quotidien afin que la prise en soin du patient s'inscrive dans un objectif commun et pertinent. Le partage des compétences et des connaissances qui en découle devient un enrichissement interprofessionnel mutuel. C'est au cœur de cette dynamique que l'équipe de réanimation de l'hôpital Nord Franche Comté vous propose de vous immerger avec son retour d'expérience sur des initiatives développées en ce sens.

#### I - Retour d'expérience team DV (décubitus ventral)

Si l'histoire ne l'avait prédit, cette crise sanitaire bouleversante pour les fonctionnements hospitaliers trouve dans ses empreintes des partenariats innovants qui doivent nourrir des perspectives au-delà de ce contexte (1).

Au cœur de la crise, le service de réanimation a noué une collaboration novatrice avec l'institut de formation des métiers de la santé rattaché à l'hôpital Nord Franche Comté, et plus spécifiquement avec la filière kinésithérapie afin de pouvoir disposer de ressources humaines pour aider les soignants au retournement des patients atteints d'un syndrome de détresse respiratoire aigüe. En effet, cet acte qui pourrait en première intention s'apparenter à un acte classique de manutention relève d'une véritable spécificité.

La spécificité de la mise en décubitus ventral ou dorsal d'un patient intubé et lourdement sédaté en réanimation est d'assurer la sécurité du patient pendant la réalisation du transfert totalement passif tout en allégeant la charge physique des cliniciens pratiquant l'intervention. D'un point de vue pratique, la ventralisation d'un patient intubé peut nécessiter 5 à 6 personnes justifiant la création de la team DV (1), les transferts étant réalisés quotidiennement par une équipe mêlant étudiants et enseignants kinésithérapeutes, aide-soignants, infirmiers et interne ou médecin (2).

Les étudiants kinésithérapeutes et leurs enseignants ont ainsi pu partager toute leur expertise en connaissances et compétences en manutention et en conseils d'installations.

L'interrogation des étudiants, par une enquête par le biais d'un auto-questionnaire, à la fin de l'expérience de team DV a montré que cette démarche leur a permis : de modifier leurs représentations concernant la réanimation, de mieux appréhender l'interprofessionnalité en réanimation, de développer des compétences professionnelles et d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec la prise en soins des patients en réanimation. Cette étude qualitative a d'ailleurs retenu l'attention de la SRLF (Société de réanimation de langue française) en acceptant un poster sur l'édition 2021 de lu congrès annuel de cette société savante.

## II - Retour d'expérience formations kinés à la spécificité prise en soins en réanimation

Face à la complexité des prises en soins en réanimation et dans l'objectif d'uniformiser les compétences des kinésithérapeutes assurant des gardes de week-end en réanimation, une formation collective financée par l'établissement a été réalisée en collaboration avec le CESU 90.

La richesse de cette formation réside en son équipe d'enseignants composée de professionnels experts de l'établissement : infirmier coordonnateur technique du service de réanimation, kinésithérapeutes du service de réanimation et de pneumologie, équipe du service d'hygiène.

Surajoutés à ces professionnels, les kinés ont pu bénéficier d'apports techniques matériels, en particulier sur le volet de l'insufflation/exsufflation mécanique, par des partenariats industriels.

En vue d'un objectif principal de formation d'assurer une prise en soin kinésithérapique spécifique au milieu de la réanimation, des objectifs secondaires ont été identifiés et aborder spécifiquement au cours de 8 demies-journées de formation :

- connaître l'univers de la réanimation et le matériel de surveillance spécifique ;
- appréhender les rôles et fonctions des différents professionnels de soins en réanimation et s'intégrer dans une logique interprofessionnelle ;
- comprendre la ventilation (modes ventilatoires, physiologie, physiopathologie) ;
- réaliser l'investigation et l'intervention de rééducation en réanimation (respiratoire, neuro-locomotrice et dysphagies)
- former à l'évaluation validée en kinésithérapie des patients de réanimation afin de suivre leur évolution et faciliter leur sortie dans les unités de rééducation post réanimation.



Figure 1 : démonstration pédagogique de l'intubation sur un mannequin de simulation



Scanner le QR code pour découvrir la vidéo de la formation

Ce contenu de formation reposant sur la transmission de connaissances issues de l'expertise clinique des professionnels et des données récentes de la littérature entre en résonance avec le virage de la pratique basée sur les preuves en rééducation (3).

### III - Retour d'expérience "comité suivi rééducation en réanimation"

Ce développement de la culture EBP dans les services hospitaliers et en rééducation est possible grâce à la transmission de connaissances par les mentors identifiés en expertise clinique et/ou en sensibilisation scientifique. Que ce soit à travers des « journals clubs », des cafés pédagogiques, des réunions intra-service, ce partage entre experts et professionnels permet de faire évoluer constamment les pratiques, incite au questionnement et permet d'envisager des collaborations en vue de valorisation professionnelle et/ou scientifique (recherche clinique, communications, publications...) (4).

Dans cette optique et afin d'accompagner les kinésithérapeutes du service de réanimation de l'hôpital, un comité de suivi de la rééducation en réanimation a été instauré à raison d'une fois par mois pendant un semestre.

Cette réunion mensuelle réunit des professionnels d'encadrement du service de réanimation, la cadre de rééducation, les kinésithérapeutes du service, des enseignants kinésithérapeutes identifiés comme experts clinique ou scientifique et la présence parfois du médecin chef du service.

A partir du recensement des pratiques de rééducation dans le service en terme d'existants et de problématiques, la présence simultanée des professionnels a permis de définir des axes de réflexion tels que par exemple : la simplification de la prescription, l'optimisation du bilan diagnostic kinésithérapique avec l'utilisation de tests quantitatifs validés et spécifiques, un besoin de formation niveau expert à la ventilation mécanique, la problématique des dysphagies en réanimation, le besoin d'aide pour l'accès à la bibliographie récente mais aussi l'achat réfléchi de matériel de kinésithérapie adapté à la réanimation.

Retour d'expérience de  
Lauret Faivre (IDE, coordonnateur technique)

*« En tant que coordonnateur technique de la réanimation, ces comités de suivi ont permis avant tout de démystifier auprès de l'encadrement médical et paramédical de l'équipe de rééducation, le travail spécifique du kiné en réanimation. En effet, le sevrage ventilatoire, l'extubation mais aussi la mobilisation précoce des patients a un réel impact sur le devenir des patients et les ratios ont pu être rediscutés malgré la pénurie grandissante de kinésithérapeutes à l'HNFC. »*

**« Aucun de nous ne sait,  
ce que nous savons  
tous ensemble » (Euripide)**

## Conclusion

A l'aube de la publication récente du Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022, décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, l'exemple de la dynamique de l'Hôpital Nord Franche Comté s'inscrit dans une visée commune du décret concernant les kinésithérapeutes : celle de développer un sentiment d'appartenance hospitalière et une volonté de développer une expertise de la kinésithérapie en soins critique. Ces orientations constituent une réelle plus-value au service de l'évolution permanente de la qualité des soins des patients en réanimation.

D'autre part, la collaboration avec les instituts de formation en kinésithérapie permet d'élaborer un réel levier d'attractivité dans cette ère où parfois la kinésithérapie hospitalière souffre de « désertification ». A travers la découverte, l'expérience et l'enrichissement interprofessionnel dans les services de réanimation, les étudiants sont amenés à faire évoluer leurs stéréotypes de la rééducation en intégrant une vision de réelle spécificité et complexité demandant un niveau d'expertise tant dans le domaine de la rééducation motrice, respiratoire et des dysphagies (5).

Les dynamiques de recherche clinique qui existe dans ce milieu de la réanimation sont également un levier important d'attractivité pour les kinésithérapeutes.

Marine BRIKA<sup>1,2</sup> ;  
Laurent FAIVRE<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kinésithérapeute Hôpital Nord Franche Comté et enseignante  
Filière Kinésithérapie – Physiothérapie, Montbéliard

<sup>2</sup> PhD Student – Ecole doctorale Environnement Santé -  
Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et  
Psychologie Cognitive – Besançon

Contact : [marine\\_brika@hotmail.fr](mailto:marine_brika@hotmail.fr) // [marine.brika@hnfc.fr](mailto:marine.brika@hnfc.fr)

<sup>3</sup> Infirmier, coordonnateur des soins techniques en  
réanimation polyvalente, Hôpital Nord Franche Comté

## Bibliographie

(1) Doussot A, Ciceron F, Cerutti E, et al. Prone Positioning for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome in COVID-19 Patients by a Dedicated Team: A Safe and Pragmatic Reallocation of Medical and Surgical Work Force in Response to the Outbreak. *Ann Surg.* 2020;272(6):e311-e315.

(2) Brika M, Bossu M, Faivre L. Covid-19 : une équipe interprofessionnelle "décubitus ventral" en service de réanimation. *Oxymag.* sept 2021;34(180):25-8.

(3) Pallot A, Guémann M, Martin S, Gallois M, Raynal G, Davergne T, et al. Evidence-Based Practice: proposal for an extended definition. *Eur Rehab J.* 2022;2(1):1-5.

(4) Zante B, Stoecklin P, Schefold JC. Journal Club sessions in the intensive care unit: a conceptual framework. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2018;50(1):7-10.

(5) Buckland R. Medical student volunteering during COVID-19: lessons for future interprofessional practice. *J Interprof Care.* 2020;34(5):679-681. doi:10.1080/13561820.2020.1822790

## RETEX ...



### KINESITHERAPIE SALARIEE EN SOINS CRITIQUES (suite et fin)

KINESCOPE vous rapporte les convictions d'une toute jeune kinésithérapeute hospitalière (JKH), au sein d'un hôpital d'Ile de France, diplômée récemment, passionnée par son métier en réanimation ».

**KINESCOPE : Pourquoi as-tu souhaité être MK ? et hospitalière ?**

**JKH :** « J'ai en réalité d'abord été intéressée par le monde hospitalier.

Petite, je regarderai des émissions sur la santé, les sciences, la médecine et était fascinée, je savais qu'un jour je porterai moi-même la fameuse blouse blanche, que je travaillerai en équipe et que j'aiderai comme je peux les autres.

Un peu plus tard, je rencontrais un ami de mes parents, kinésithérapeute en libéral, qui me racontait ce qu'il faisait à son travail, comment il aidait. J'aimais le côté manuel du métier juxtaposé au côté intellectuel de la science derrière celui-ci.

Finalement, au collège, j'ai réalisé mon stage de 3<sup>e</sup> chez ce kinésithérapeute, et le côté relationnel avec les patients a fini de me convaincre : **je ferai ce métier, mais à l'hôpital.**

Notre métier n'a pas à être une vocation, mais je pense que dans mon cas, ça l'a été ».

## L'INTERVIEW :

**Exercice Hospitalier ... & en réa : itinéraire « prédestiné » !**

**KINESCOPE : Quels "éléments" t'ont attiré vers l'exercice mk en réanimation ?**

**JKH :** « L'existence même du rôle du kinésithérapeute en réanimation m'était inconnue avant mon premier stage en première année à l'IFMK. Alors en stage en MPR, le mari de ma tutrice, qui lui travaillait en réanimation, m'a proposé de venir découvrir cette possibilité du métier. J'ai passé une journée à l'observer, à observer le service, les soins prodigués, la gravité de l'état des patients mais aussi la perspective de récupération amenée par les kinésithérapeutes.

C'était utile, gratifiant, varié et dynamique : d'une extubation où le premier mot du patient est « merci » car libéré du tube qui le faisait respirer, en passant par un premier levé pour quelqu'un d'alité depuis des semaines, à des mouvements passifs au lit d'un malade pour préserver les tissus et articulations.

Le kinésithérapeute semblait sauver l'autonomie des patients quand les médecins et soignants leur sauvaient la vie. Un esprit de famille et de coopération permanente entre le personnel régnait dans ce service si particulier.

Je suis sortie de cette journée avec des étoiles dans les yeux. Étant de nature réaliste, j'ai tout de même voulu réaliser un stage à temps plein dès la 2<sup>e</sup> année pour me rendre compte des difficultés.

*Il y en a : difficultés à récupérer, manque de moyens humains, les décès... Mais exercer en réanimation me convenait suffisamment. Après plusieurs autres stages en réanimation, mon premier poste a été tout naturellement en réanimation ».*

**KINESCOPE : Quelle reconnaissance constates-tu au quotidien ?**

**JKH :** « Au quotidien, la reconnaissance que je constate c'est la confiance gagnée : la confiance des patients lorsque je propose des exercices qui peuvent leur sembler insurmontable, la confiance des autres professionnels du service lorsque je donne un avis, lorsque je m'occupe des patients malgré les dispositifs nombreux ... J'ai su gagner cette confiance par mon travail et par la démonstration de mon expertise/expérience de ces services.

*L'autre reconnaissance que j'ai, c'est celle à mon propre égard : la satisfaction d'avoir fait mon maximum pour chaque patient et d'avoir aidé, chaque jour ».*

**KINESCOPE : L'exercice mk en réa ... est-il si spécifique ? si oui en quoi ? Un jeune DE qui n'aurait pas fait de stage peut-il à ton sens y être affecté ? La formation initiale y prépare-t-elle ?**

**JKH :** « Oui. De par l'environnement (les dispositifs médicaux, la pharmacologie...), la gravité (stade aigu ++, pathologies graves...) et l'organisation (surveillance continue...), la réanimation a tout un tas de « codes » à connaître et dans lesquels il faut s'intégrer, nous professionnels de la rééducation.

*De plus, par la situation des patients, les actes réalisés seront très différents de d'autres services (mobilisations de patients sédatisés, renforcement musculaire au lit d'un patient avec ECMO...);*

*et certains gestes techniques y sont spécifiques (extubations, aspirations nasotrachéales, changements de chemise de trachéotomies...).*

*A mon sens, exercer en réanimation sans stages préalables est compliqué parfois même dangereux, de même qu'une intégration seule pourra ne préparer qu'à ce service de réanimation dont il est question mais pas à l'exercice en réanimation. Évidemment avec le temps, l'expérience se fait et cela reste possible. Cependant je déconseille d'apprendre « sur le tas ».*

*La formation initiale ne m'a que très peu préparée : les compétences en kinésithérapie respiratoire sont essentielles, les compétences en kinésithérapie généraliste (musculo-squelettique de base, cardiovasculaire, déglutition...) sont également très importantes.*

*Mais l'environnement est à connaître, pour la sécurité des patients notamment. Les gestes plus techniques ne sont pas non plus enseignés. Ainsi les stages restent fondamentaux, et ont été le moyen le plus efficace de me préparer à mon premier poste en réanimation.*

*Des formations et diplômes universitaires existent et proposent des contenus à la fois théoriques et pratico-pratiques pour se préparer ou bien consolider son exercice ».*

**KINESCOPE : qu'envisages-tu en termes de perspectives de progression ? de technicité ? de carrière ? de formation complémentaire ?**

**JKH :** « Cela fait moins d'un an que je suis diplômée, je compte bien rester dans mon service et exercer mon métier de kinésithérapeute de réanimation qui me passionne. Le contact avec les patients m'est primordial.

Ma formation initiale est finie mais ma soif d'apprendre a encore du chemin : je suis actuellement un diplômé universitaire pour me familiariser encore plus avec un élément très présent en réanimation : les respirateurs, afin de mieux réaliser mes séances notamment de kinésithérapie respiratoire.

J'ai également suivi une formation sur la déglutition pour assurer les évaluations et la rééducation au stage aigu de mes patients atteints de troubles de déglutition (ce qui est finalement classique en réanimation).

Dans le cadre de mon expertise sur les troubles de la déglutition, je suis d'ores et déjà appeler pour des consultations sur plusieurs services de l'hôpital et je souhaite transmettre mes connaissances à d'autres kinésithérapeutes pour accroître le réseau. Ma principale perspective prochaine est donc devenir formatrice en interne.

Et pourquoi pas un jour, en IFMK pour faire découvrir et préparer les étudiants au rôle de kinésithérapeute en réanimation ? »

## JNKS 2022 ?

- . C'est à REIMS !
- . Jeudi 22  
& Vendredi 23 septembre !

Le programme ?

sur simple demande à :

[contact.cnks@gmail.com](mailto:contact.cnks@gmail.com) !

## PRATICOSCOPE

### KINESITHERAPIE SALARIEE & ... REEDUCATION DES BRULES : BRULOLOGIE

*« Retour d'expérience d'une CDS MK  
en service de rééducation de Brulologie  
de l'Hôpital Léon Berard (83) »*



Cadre de rééducation au sein d'un établissement de Soins Médicaux et réadaptation (SMR), j'ai pour mission de vous présenter mon expérience auprès d'une population de grands brûlés.

Avant de vous exposer les spécificités de cette prise en charge, je vais tout d'abord vous présenter mon environnement de travail : j'ai la chance d'exercer à « L'hôpital Léon Bérard » un des seuls SMR de France à posséder une autorisation pour 4 mentions spécialisées (neurologie, locomoteur, cardio-vasculaire et brûlures) et disposant de 268 lits pour la prise en charge de patients en hospitalisation complète ou à temps partiel.



Niché tout près d'une des plus belles baies du var, le cadre exceptionnel du site rend ce lieu de travail encore plus agréable.

Fort de ces 4 mentions spécialisées, l'établissement permet d'assurer la prise en charge de patients complexes, bénéficiant ainsi de l'expertise des équipes selon leur spécialité mais également d'une évaluation pluridisciplinaire et transversale, pour l'élaboration d'un projet thérapeutique global jusqu'à leur réinsertion socioprofessionnelle en toute complémentarité.

La taille humaine de notre établissement ainsi que son autonomie juridique (ESPIC, établissement privé non lucratif avec missions de service public) est propice à la dynamique de travail : nous avons très peu de « strates » dans nos organisations, j'évolue donc directement sous la responsabilité du directeur de l'établissement en collaboration avec les équipes médicales.

Mon poste est très polyvalent impliquant de mener des missions d'encadrement de proximité dans des contextes médicaux très variés, et des missions plus transversales au sein de l'établissement et en dehors.

Le centre est doté de 4 grands plateaux techniques de rééducation :

- Réhabilitation cardiaque
- Réhabilitation kinésithérapique neuro-vasculaire
- Réhabilitation en ergothérapie
- **Réhabilitation ortho-traumatologie et brûlures en kinésithérapie**

Deux espaces de balnéothérapies viennent compléter notre offre de soins ainsi qu'un certain nombre d'équipements hautement spécialisés : un laboratoire d'analyse du mouvement dans lequel interviennent des enseignants chercheurs en biomécanique, un Lokomat®, 2 plateformes de posturographie, 3 Arméo®, une thérapie miroir virtuelle (IVS3), 2 Andago®, un AlterG, un module d'isocinétisme, un système d'analyse de marche, un scanner 4D pour les prises d'empreintes numérisées, un simulateur de conduite, pour ne citer que les principaux.

Interviennent auprès des patients près de 60 rééducateurs dont 44 kinésithérapeutes, et des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotricienne et diététiciennes, ainsi que des neuropsychologues, des enseignants APA, des assistantes sociales... Plusieurs partenariats avec les associations de patients sont effectifs sur l'établissement également. La prise en charge du grand brûlé est très spécifique et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire par excellence, impliquant dans notre structure, les équipes médicales et paramédicales des unités de soins et bien évidemment tous les acteurs des plateaux techniques spécialisés de rééducation.

Le pronostic vital des patients brûlés s'est nettement amélioré depuis les années 1950, période qui marque le début de la prise en charge spécialisée des brûlés en chirurgie et en réanimation.

Au-delà du pronostic vital, c'est aussi le pronostic fonctionnel des patients qui est engagé et leur orientation en soins spécialisés notamment en rééducation est nécessaire pour éviter toute perte de chance.

Depuis les années 70, la prise en charge des brûlés s'organise donc en filière de soins, pré requis indispensable pour la prévention des complications cicatricielles du centre aigu au centre de réadaptation. Le service de rééducation des brûlés de l'hôpital Léon Bérard est le premier à avoir été créé en France en 1975 à l'initiative du centre régional des brûlés aigus de référence.

Cette organisation reste pleinement d'actualité en 2022, définie en France selon des inter-régions : au sein de chaque région, le centre de réhabilitation assure la prévention des séquelles, en étroite collaboration avec le centre de traitement des brûlés (CTB) qui assure en amont la réanimation des patients et le traitement chirurgical des brûlures.

Au-delà de la lutte contre les troubles de décubitus habituels, des pneumopathies d'inhalation et d'autres troubles fréquemment rencontrés lors d'un séjour prolongé en réanimation, les principaux enjeux cutanés consistent à prévenir les complications cicatricielles de brûlure à savoir les cicatrices **hypertrophiques** et les **rétractions**, deux aspects cliniques stéréotypés et bien connus des brûlologues.



Ces complications évoluent dans une ambiance cutanée inflammatoire très soutenue en termes d'intensité et de durée (12 à 24 mois), qu'il faudra chercher à moduler par les techniques de rééducation à visée cutanée anti-inflammatoire.

Pour cela, très précocement, en plus des techniques rééducatives standards pour restaurer le conditionnement et les fonctions, deux principes seront mis en action : 1- favoriser l'**hypoxie tissulaire des cicatrices** par l'appareillage compressif des lésions ; 2- la mise au repos et **en étirement cutané des tissus dans le sens inverse à la rétraction**, si possible **maximal** par le biais de postures, attelles, massothérapie. Ces traitements doivent être initiés le plus précocement possible.

A ce titre, la prise en charge est largement interprofessionnelle en centre aigu et en SMR : en réanimation, lorsque les patients sont sédatisés, les kinésithérapeutes spécialisés viennent réaliser les premières postures en capacité cutanée maximale (CCM).

Ensuite, par l'ajout de mousse sur mesure ou d'attelle de série, les MK peuvent proposer un positionnement au lit dans ce même objectif en collaboration avec l'équipe soignante. Parfois, un appareillage très précoce peut être proposé comme la mise en place d'un conformateur facial, réalisé en collaboration avec le SMR avant même l'arrivée du patient en rééducation lors de son séjour au CTB, grâce aux technologies 3D : prise d'empreinte numérisée et logiciel de rectification numérique des formes. En parallèle, le travail d'équipe au sein de la filière est très prégnant : les médecins MPR assurent des consultations au CTB et inversement pour les chirurgiens et les réanimateurs.

Dans notre SMR, l'appareillage compressif dont l'adaptation des vêtements compressifs et la confection des orthèses de posture sont réalisés par les ergothérapeutes, qui prennent également en charge les patients en réadaptation pour le traitement du retentissement fonctionnel de la brûlure.

Réadaptation dans les activités de la vie quotidienne, ré autonomisation, réinsertion sont au cœur de la prise en charge du patient brûlé en ergothérapie.

En kinésithérapie, en complément du travail de récupération motrice, de la lutte contre le déconditionnement à la marche ou à l'effort, la prise en charge est rapidement axée sur le traitement anti-inflammatoire des cicatrices avec une large place pour les postures en CCM et la prise en charge manuelle puis mécanique des cicatrices.

Les professionnels (MK- Ergothérapeute) en charge du patient brûlé sont systématiquement présents lors de la réalisation du premier pansement à l'arrivée du patient dans le service de réadaptation des brûlés, dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire avec l'équipe de soins. Le MK peut ainsi recueillir la cartographie précise des lésions, le degré de maturation des cicatrices pour l'adaptation des techniques de rééducation au statut cicatriciel du patient. Le statut cicatriciel doit être régulièrement réévalué (visites hebdomadaires par le médecin, synthèses pluridisciplinaires).

Parallèlement à la prise en charge des cicatrices et de leur retentissement, le suivi psychologique et social des patients occupe également une place fondamentale dans les soins.

L'intervention régulière des psychologues (entretien individuel, animation de groupes de paroles), la consultation par un psychiatre

associé et l'action des travailleurs sociaux sont indispensables pour des patients souvent en situation de grande détresse psychologique ou de grande précarité. La notion de travail interprofessionnel prend tout son sens, tout le long de la prise en charge.

Sur le plateau technique de rééducation, l'activité est partagée entre brûlologie et ortho-traumatologie « complexe » : nous assurons ainsi la prise en charge de patients polytraumatisés ou avec des mains traumatiques complexes ayant nécessité une chirurgie réparatrice. Ces patients ont des besoins similaires en termes de soins, à la population des patients grands brûlés.

Une spécialisation des thérapeutes en brûlologie est indispensable : cette spécialisation est parfois un atout dans le cadre du recrutement de nouveaux rééducateurs désireux de découvrir une prise en charge peu abordée durant les études de MK et souhaitant acquérir des compétences en brûlure, ou au contraire un frein car nécessitant une période d'apprentissage incompressible pour acquérir des compétences dans ce domaine.

C'est pourquoi, nous mobilisons plusieurs leviers :

- un **compagnonnage** fort en prise de poste : nous avons créé un dispositif d'accueil du nouvel arrivant accompagné de temps de formation, d'autoformation, de documentations spécifiques, de réunions contractualisées...
- nous encourageons la **formation** continue : DIU de rééducation et d'appareillage de la main post-opératoire, DIU en brûlologie, formations intramuros plus informelles (conférences de chirurgiens, actualisation des connaissances par l'équipe médicale), participation au congrès national de la SFB (Société Francophone de Brûlologie).

- nous **publions** dans des revues
- nous intervenons aussi dans des **congrès** (SFB, Entretiens de Médecine Physique et Réadaptation)
- nous interagissons avec les **sociétés savantes** françaises et internationales dont la SFB.



Le fait de mixer les prises en charge orthopédique et en brûlure représente une vraie richesse pour les équipes : L'orthopédie-Traumatologie étant plus connue des MK, la mixité des prises en charge permet un développement progressif des compétences en brûlure en particulier pour les MK les plus jeunes et débutants.

Cette prise en charge mixée des profils de patients permet également la mise à profit transversale des compétences des MK à leur attention et une optimisation de l'utilisation de certains dispositifs de rééducation sur les plateaux techniques : nous utilisons par exemple les équipements recommandés pour d'autres pathologies, sur cette population de patients brûlés (Andago®, C-Mill®, Satel®, hypnose, relaxation...).

Non seulement les patients bénéficient de soins spécialisés et transversaux mais les kinésithérapeutes prennent également confiance en leurs capacités. Les remplacements dans l'équipe sont également plus aisés du fait que tous les MK participent tous, à tous les types de prise en charge.

Enfin, la lourdeur des patients est davantage lissée et répartie au sein de toute l'équipe dans le cadre de déficiences multiples, nécessitant des temps rééducatifs très conséquents.

Le parcours de soins Brûlure est très long et implique les thérapeutes à accompagner le patient au maximum, dans son programme de soins, l'éducation du patient est primordiale.

A ces fins, nous avons développé en plus de fiches d'auto-postures, des vidéos d'auto rééducation, des vidéos éducatives et des quizz par le biais d'une application (Axomove®)<sup>1</sup> qui permet également de la téléconsultation.

Cette application, entièrement gratuite pour le patient, présente de nombreux avantages dont la personnalisation de programmes d'exercices physiques sous forme de vidéo, le recueil des données patient sur ses activités, son observance, et aussi l'évolution de ses douleurs, de sa fatigue pour faciliter son suivi.

A l'issue de la prise en charge dans l'établissement, nous rencontrons des difficultés pour trouver des relais en aval du SMR. Nous souhaiterions développer davantage la coordination avec un réseau en médecine et paramédicaux de ville compétents et parfaire notre développement de solution digitale ou de télémédecine.

Pour conclure, cette prise en soin nécessite technicité, coordination et patience.

Emilie ROUVIERE

A cet égard, voici le témoignage de Marion CUGNET, kinésithérapeute passionnée du centre qui a choisi de se spécialiser de ce domaine : « Masseur-kinésithérapeute depuis 2013, je suis arrivée à Léon Bérard fin 2014 avec pour seule formation en brûlologie 4 heures de cours théoriques dans mon Institut de Formation en Masso-kinésithérapie. Grâce à l'aide de mes collègues et au soutien de ma hiérarchie qui m'a permis de me former (congrès, diplômes universitaires), j'ai progressivement pu me familiariser et me spécialiser dans ce domaine.

La brûlologie est rapidement devenue une prise en charge qui m'a plu voire passionnée de par le **challenge** qu'elle représente (redonner de la mobilité, de la force, de l'endurance, de l'autonomie... aux patients sans aggraver les phénomènes inflammatoires sous peine de développer des séquelles cutanées majeures), le **travail d'équipe** et le partage d'informations qu'elle nécessite entre les différents professionnels pour pouvoir mettre en place les techniques et les appareillages les plus efficaces et adaptés, le **contact privilégié** avec les patients pendant les temps de postures qui sont propices à la discussion, à l'information...

Outre la prise en charge des patients qui est déjà très riche et intéressante à mes yeux, la brûlologie est également une spécialité source de nombreux projets : outils d'autonomisation des patients pour les auto-postures, formation/sensibilisation des professionnels dont les libéraux peu habitués à cette prise en charge, mission humanitaire à Dakar au Sénégal (formation de kiné sénégalais à la prise en charge de patients brûlés), communications lors de congrès pour partager nos expériences... Projets auxquels j'ai pu participer grâce à l'Hôpital Léon Bérard et qui enrichissent ma pratique quotidienne. »

<sup>1</sup> Axomove® est une application web de e-santé créée dans le but d'améliorer la prise en charge des patients, leurs suivis et l'observance des exercices de rééducation au

sein de l'établissement de santé et à distance grâce aux possibilités offertes par le digital, <https://www.axomove.com/>

## PRATICOSCOPE

### KINESITHERAPIE SALARIEE & ... REEDUCATION PELVI-PERINEALE

#### DE LA REEDUCATION URO – GYNECO A LA REEDUCATION PELVI-PERINEALE

Emilie Cerutti, MK CHU Besançon

C'est dans les années 70 que la rééducation uro-gynéco traverse l'atlantique et se développe en France, après avoir débuté environ 2 décennies plus tôt grâce à un fameux gynécologue, Arnold Kegel, dont les exercices portent toujours aujourd'hui le nom. Basés sur la contraction volontaire des muscles du plancher pelviens de la patiente, l'objectif n'intéresse à la base que le traitement l'incontinence urinaire.

Au fil des ans, les découvertes concernant la physiopathologie des troubles pelvi-périnéaux, bien plus large que la simple incontinence urinaire d'effort liée à une hypotonie, permettent de faire évoluer les outils et les compétences :

C'est seulement en 1985 que la loi EVEN autorise les kinésithérapeutes à pratiquer le toucher vaginal et l'électrostimulation intra-cavitaire.

Jusqu'à-là, la pratique était basée sur les exercices de Kegel, associé au travail des muscles synergiques, principalement des adducteurs (plus tard des études électromyographiques démontreront que les adducteurs n'ont rien de synergiques des muscles du plancher pelvien !!).

A partir de là, de nombreuses techniques vont pouvoir se développer :

- le travail manuel intravaginal, permet d'évaluer la fonction musculaire mais aussi d'offrir un travail dans tous les modes de contractions musculaires (isométrique, excentrique, ...)
- l'évaluation mettra en évidence qu'il existe autant d'hypotonie que d'hypertonie périnéale, changeant complètement l'orientation de la prise en charge, qui sera alors, non plus basée sur du renforcement mais sur de la détente et des étirements.
- l'électrostimulation excito-motrice (dont l'idée remonte au 19ème siècle !) laissera place à l'électrothérapie au sens large :
  - le biofeedback permettra au patient d'objectiver cette fonction interne parfois si difficilement compréhensible ;
  - la stimulation peut se vouloir à visée proprioceptive, de renforcement, inhibitrice, antalgique, voir même à but de détente musculaire ;
  - l'électrostimulation de surface (comme la stimulation tibiale postérieure) prendra également une part prépondérante dans le traitement de certaines affections.

Bien évidemment, le développement de ces outils a, comme dans les autres champs de la kinésithérapie, laissé une part prépondérante à la commercialisation.

Nombreux ces dispositifs existent désormais en format mini, disponible sans ordonnance, permettant une utilisation au domicile sans encadrement du professionnel de santé. Ils sont parfois mêmes conseillés / préférés ? par les prescripteurs en lieu et place de séances de rééducation.

A nous de nous impliquer dans l'éducation pour « faire avec » à défaut que l'on « fasse sans nous » : dans de nombreux bassin de vie, il n'existe aucun kinésithérapeute formé à ces prise en charges, ces outils peuvent donc être, de façon encadré, un bon moyen de répondre au besoin du patient !

La vision périnéo-centrée initiale a laissé place à la réalité physiologique : les muscles du plancher pelvien ne peuvent être pris en charge de façon isolés sans y associer la respiration, la posture, les abdominaux \* ; c'est une véritable prise en charge musculo squelettique globale... et surtout la psychologique, ces pathologies ayant un impact majeur sur la qualité de vie . Pour rappel, l'incontinence urinaire qui est un handicap physique social et conjugal, et a une prévalence plus grande que les plus importantes maladies chroniques comme l'HtA !!!

*\*il est donc légitime de se poser la question de la nomenclature actuelle qui est sans aucun doute inadapté, de la dichotomie dans le post partum des 10 séances de périnée précédant les 10 séances d'abdo, qui est finalement un non sens thérapeutique !*

Plus récemment, l'utilisation et le développement de l'échographie appliquée à la périnéologie offre de nouvelles perspectives d'évaluation et de traitement innovantes, et de nombreux professionnels s'investissant dans des projets de recherche.

A la femme en post partum s'est progressivement associé la prise en charge de toutes les pathologies de la sphère pelvienne (incontinence urinaire, descente d'organe, incontinence anale, constipation chronique, douleurs pelviennes, troubles de la sexualité, encoprésie, énurésie...) quel que soit le sexe l'âge ou l'origine du trouble : pathologies oncologiques, neurologiques, sportive de haut niveau, gériatrie .... Dans certaines structures, ce sont mêmes les kinésithérapeutes qui se voient confier la réalisation de certains examens médicaux comme les manométries ano-rectales ou les bilans urodynamique grâce à des protocoles de coopération.

L'uro-gynéco est donc devenu pelvi-périnéo.

Tout cela fait de ce champ d'expertise, et ce malgré une vision restrictive au sein même de la profession, un domaine très vaste imposant au thérapeute prenant en charge toutes ces pathologies des connaissances dans de nombreuses disciplines médicales, entraînant finalement une nomenclature inadaptée (\* cf. encadré page suivante)

Au-delà de l'aspect tabou et des clichés qui peuvent exister sur ces prises en charge, du manque d'hétérogénéité de la formation initiale, c'est souvent là une des raisons qu'évoquent les professionnels pour ne pas développer les prises en charge autre que le post partum.

Étoffer l'offre de soin et une donc des priorités des acteurs de la pelvi-périnéologie. Actuellement les thérapeutes choisissant de ne pratiquer que cette discipline sont bien trop rapidement complets. Les patients sont parfois obligés de faire plusieurs heures de route, ce qui est parfois plus délétère en fonction de la pathologie que de rester chez eux (douleurs pelviennes par exemple).

L'absence de reconnaissance de « spécialité », associé à la multitude d'offre de formations professionnelles complètement inégales, complique le recensement des professionnels que l'on pourrait qualifier de « formés ». A ce jour, une des problématiques principales évoqué à la fois par les patients et par les prescripteurs est le réel parcours du combattant pour trouver un professionnel capable de les prendre en charge.

l'AFRePP (Association Française de rééducation en pelvi périnéologie) est désormais la seule association regroupant les kinésithérapeute pratiquant la pelvi périnéologie, et s'attache justement à avoir pour mission d'informer et de mettre en lien l'ensemble des acteurs concernés et à faire reconnaître notre belle discipline.

La SIFUD-PP (société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie), quant à elle, regroupe tous les professionnels de la périnéologie (pour les médecins de toutes les spécialités, les paramédicaux, les psychologues...) et organise des congrès pluridisciplinaires toujours très riches.

Nous pouvons aussi citer le CNGOF (collège national des gynéco obstétriciens français) dont le congrès « Paris Santé femme » comporte des sessions destinées à la rééducation, tout comme le congrès Français d'urologie.

Mais De plus en plus d'associations locales spécifiques se créent (Bretagne, Gironde, Savoie ...). Les professionnels ayant cette activité spécifique se sentent souvent isolés et souhaitent se regrouper pour se (re)connaître mais aussi pour faciliter la communication avec les acteurs locaux, dans le but de proposer des prises en charge et des organisations plus efficaces au niveau des bassins de vie !

Forces de propositions, nous espérons pour le futur que ces structures représentatives de la profession et/ou de la discipline permettent encore de faire évoluer cette discipline où le kinésithérapeute a une place de choix qu'il doit préserver !

Emilie Cerutti

(\*) petite réflexion au sujet de la nomenclature, certains actes de rééducation périnéale sont partagés avec d'autre professionnels de santé. Le kinésithérapeute a une cotation unique quels que soient l'affection ou le contenu de la séance, intitulée « Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback » = AMK 8.5 soit 18.275 €.

Les MPR ont deux cotations :

\* séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, **sans** électrostimulation = HTRD001 soit 48.43 €

\* séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle (biofeedback) manométrique intracavitaire **avec** électrostimulation = HTRD002 soit 62.73 €

Les sages-femmes ont une cotation concernant la rééducation post natale et ou des troubles consécutifs à un accouchement « Rééducation active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback » = SF 7.5 soit 21 €

A méditer !

## PRATICOSCOPE

### KINESITHERAPIE SALARIEE & ... PERSONNES AGEES : quel(s) parcours ? (3<sup>ème</sup> partie)

C'est le titre de la STKS 5 qui s'est tenue visio-conférence le vendredi 1<sup>er</sup> avril de 18 h à 19 h 30 et le titre générique d'une série d'articles parus dans K19 et K18 voire d'autres en considération du fait que comme toutes les autres disciplines la gériatrie est à la fois « domaine & territoire » et que dans cet « espace » la notion de flux, de « parcours », des personnes qui « les habitent » - bénéficiaires de soins comme dispensateurs d'ailleurs - est essentielle pour caractériser la vie qui s'y écoule. Un domaine, un territoire, trop longtemps ignoré, délaissé, peu investi pour de multiples raisons... (cf. résultats bruts de l'enquête flash ci-après) et pour lequel il est temps que pouvoirs publics, les professionnels et les bénéficiaires investissent massivement et rendent visibles et lisibles les expériences et expertises acquises de quelques précurseurs particulièrement pugnaces, persévérants. Et pourtant nous rappelle souvent Thomas Rulleau « la (rééducation en) gériatrie, c'est sexy ! ». ... Peut être, entre autre, car c'est le type de prise en charge qui fait appel - compte tenu de personnes souvent polyopathologiques - à l'exercice de toutes les compétences et champs de la kinésithérapie par rapport à une exercice orienté ou exclusif dans un domaine ?

Là encore revient le questionnement, voire le sempiternel débat, de l'expertise ou de la polyvalence, « le creuser profond ou ratisser large ? ».

Inscrite dans le cadre du séminaire de printemps du conseil d'administration du CNKS cette **Soirée Thématique de la Kinésithérapie Salariée** a accueilli au-delà des membres dirigeants de l'association une 50<sup>aine</sup> de participants.

Une assemblée qui a suivi avec attention trois présentations successives de Frédéric Desramault, Kinésithérapeute au CH Darnétal, Edwige Carette Tissandier cadre de santé Kinésithérapeute au CH Riom, Julien Groues, kinésithérapeute ; des interventions ponctuées des avis de France Mourey invitée en qualité de grand témoin, experte reconnue dans le domaine de la gérontologie tant sur le territoire qu'au-delà.

Une STKS saluée sur les réseaux sociaux par France Mourey :  
« Des interventions remarquables témoignant de la compétence des professionnels salariés. Les énergies sont bien là pour faire face au challenge de la rééducation gériatrique ! ».

## Pratique & Parcours en rééducation gériatrique

Est-il nécessaire de rappeler que l'espérance de vie en France a fortement augmenté au cours du XXe siècle (ce qui est un fait sans précédent dans l'histoire de l'humanité) ? que cette espérance de vie est parmi les plus élevée au monde ? que la part des personnes de 65 ans et plus dans la population augmente de façon importante dans les pays de l'OCDE ? nous indiquaient Frédéric Desramault et Astrid Vanheule en introduction de leur article dans KINESCOPE 18 « Est-il nécessaire de rappeler que tout parcours de soins peut se révéler complexe, anxiogène..? alors que dire quand c'est le parcours d'une personne âgée ? ».

**Julien Grouès MK**, troisième intervenant de la STKS rapporte aussi dans nos colonnes son expérience du sujet

Le premier avril dernier le CNKS organisait une soirée sur le thème de la personne âgée s'intitulant "kinésithérapie salariée et personne âgée". Dans les deux précédents kinéscopes vous avez pu lire les articles de Frédéric Desmarault et d'Edwige Tissansier, celui-ci est le dernier du triptyque des intervenants.

### Mon parcours

Mon appétence pour le secteur de la personne âgée n'allait pas de soi, je suis rentré en étude de kinésithérapie dans l'objectif de travailler avec les sportifs.

Mon parcours étudiant à la fois par des enseignants en gériatrie par l'équipe du CH de Darnétal et en particulier Loïc Coquisard m'ont donné une vision différente de la gérontologie mais aussi par une activité salariée en parallèle de mes études en résidence pour personne âgée ont

développé chez moi un intérêt très important pour l'accompagnement de nos aînés.

Quelques mois avant mon diplôme je ne savais pas encore si j'allais exercer en salariat ou en libéral, mon parcours de stage s'est terminé par un stage en ville auprès d'un kinésithérapeute réalisant uniquement des soins à domicile, stage où j'ai découvert une autre façon de pratiquer et d'accompagner nos aînés.

**C'est là où mon choix professionnel s'est fait autour du maintien à domicile des personnes âgées.**

Diplômé en juin 2014 j'ai commencé mon exercice professionnel par des remplacements avant de débiter une activité mixte en périphérie de Rouen en

exercice à domicile et à mi-temps en SSR gériatrique au CHU de Rouen. Cette activité a duré 1 an et demi avant de partir en Bretagne rejoindre ma compagne.

J'avais pris goût à l'exercice mixte j'ai donc cherché un exercice salarié en EHPAD associé à un exercice à domicile. J'ai eu l'opportunité d'un poste de coordinateur d'actions de prévention au sein d'une association, Kiné Ouest Prévention.

Pendant 4 ans j'ai mis en place des ateliers de prévention des chutes des à destination des personnes de plus de 60 ans. Depuis le premier janvier 2022 je suis en exercice libéral à domicile exclusivement.

### **L'exercice à domicile c'est quoi?**

L'exercice à domicile est quasi exclusivement une activité libérale, cet exercice est notamment permis par une convention signée entre les syndicats représentatifs libéraux et l'assurance maladie qui permet un remboursement des patients.

Parmi les métiers de la rééducation que nous avons l'habitude de côtoyer en gériatrie seul les orthophonistes ont une convention ce qui signifie qu'en ville l'intervention des ergothérapeutes et des psychomotriciens n'est pas courant et quand il y en a il est soit payant soit intégré à des dispositifs particuliers. Le kinésithérapeute doit donc être polyvalent dans sa pratique de soin

L'exercice à domicile est un exercice dans le contexte de vie du patient il faut s'adapter aux types de logement et parfois à la famille présente. C'est aussi un exercice avec très peu de matériel contrairement aux exercices sur plateau technique où on dispose de nombreux outils différents.

L'exercice à domicile c'est aussi l'accompagnement des professionnels qui interviennent au domicile. Par exemple en dehors des SSIAD il n'y a pas d'aides-soignants qui interviennent à domicile, c'est donc très souvent des auxiliaires de vie non formés aux toilettes et aux transferts qui accompagnent les personnes âgées au quotidien qu'il est nécessaire d'accompagner dans les gestes professionnels.

C'est aussi l'accompagnement des familles, j'aime dire qu'en pédiatrie on éduque les parents et qu'en gériatrie on éduque les enfants. Le rôle du kinésithérapeute doit être bien défini au départ ; par exemple nous ne sommes pas là pour faire la sortie hebdomadaire dans la rue, même si ça peut faire partie de la rééducation il est important et nécessaire que ça ne soit pas la seule chose de faite, c'est ici le rôle des auxiliaires de vie.

Comme tout exercice libéral nous avons en général comme seule information l'ordonnance du médecin qui sera le plus souvent générique "rééducation équilibre", "rééducation suite à chute", "rééducation après PTG" et souvent non conforme aux intitulés de la CPAM nécessitant de faire refaire l'ordonnance.

C'est ici le temps administratif qui est très présent en exercice de ville, répondre au téléphone pour la prise de rendez-vous, facturation des patients et bien sur tout le temps de transmission avec les autres collègues qu'il soit écrit, téléphonique ou par des réunions inter professionnel il est bénévole parce que pas intégré dans notre convention.

Pour finir, l'exercice à domicile est un exercice quasiment toujours seul lorsque nous sommes avec le patient, il est fréquent de se sentir isolé dans notre pratique de soin si nous ne faisons pas la démarche personnelle d'en échanger avec les autres professionnels

## La typologie des patients

A domicile nous avons un profil patient assez récurrent. Il y a les problématiques aiguës avec des soins post opératoire immédiat avec impossibilité de sortir de chez soi, ou un patient âgé qui a chuté. Ensuite nous avons des profils de patient chronique avec les pathologies neurologiques et les patients porteur de multipathologies avec des troubles de mobilité ne leur permettant pas de sortir de chez eux. Ce qui nous concerne principalement ici c'est les personnes âgées.

## Qu'est-ce qu'on fait à domicile?

Dans mon exercice à domicile j'ai deux objectifs principaux en fonction de la typologie de patient. Le plus souvent c'est de maintenir les personnes à domicile pour éviter l'institutionnalisation, mais parfois c'est leur donner les moyens pour ressortir de chez eux.

Frédéric a déjà présenté un panel d'exercices à faire avec les personnes âgées dans KINESCOPE 18, à domicile.

Nous sommes sur les mêmes principes avec une intégration dans l'environnement spécifiques de la personne comme les 2 marches pour rentrer au domicile, la marche arrière dans les WC, le demi-tour difficile dans la salle de bain, l'entrée dans la baignoire parce qu'il n'y a pas de douche à l'italienne, la montée et la descente du lit non médicalisé.

Nous avons un rôle de conseil sur les aménagements simples comme le réhausseur dans les WC ou encore les planches de transfert de douche, mais il est aussi important de savoir laisser la main à des professionnels de l'aménagement du domicile tels que les ergothérapeutes quand des travaux plus grands sont envisagés.

Notre présence au domicile, parfois au long court, avec les patients est aussi pour eux un moment d'échange très important. Nous passons avec eux une trentaine de minutes d'affilé pendant plusieurs semaines, nous avons le temps de les connaître, de connaître leurs enfants, leurs petits-enfants, leurs habitudes...

Notre pratique de soin est aussi un moment de partage et d'accompagnement important, nous accompagnerons certains patients jusqu'au bout à leur domicile quand la situation le permet et qu'ils le souhaitent et c'est sûrement là que je trouve le plus grand plaisir dans ma pratique au domicile auprès des personnes âgées.

## Les parcours patients / le lien ville hôpital

On ne refera pas l'histoire où les professionnels des structures de soins sont salariés et les professionnels de la ville sont libéraux. Ces modes d'exercices différents rendent complexe la coordination. Aujourd'hui les choix politiques vont vers une diminution des temps de séjours hospitaliers, au profit du domicile.

Pour répondre à cet objectif a notamment été créé le programme Programme de Retour A Domicile (PRADO) sur différents profils (chirurgie, personnes âgées, BPCO, AVC...), l'objectif majeur est d'assurer au domicile des soins qui auraient été, sans sortie précoce, assurée par l'établissement. Les agendas des professionnels libéraux sont souvent remplis, il n'est pas aisé de "trouver une place" pour une prise en charge rapide. En dehors des patients qui ont été opérés suite à une fracture récente il serait très souvent possible de préparer en amont cette sortie d'hospitalisation. Il est encore trop fréquent dans mon exercice qu'on m'appelle une fois que le patient est déjà rentré chez lui alors qu'il sort de SSR où il était depuis 6 semaines ou encore lorsque l'opération chirurgicale était programmée depuis plusieurs mois.

Cette situation m'amène une réflexion, quand je travaillais au SSR gériatrie en début d'exercice un retour à domicile était conditionné à un passage infirmier et à la mise en place d'aides à domiciles, malgré le besoin très fréquent, et une ordonnance de kinésithérapie il n'était pas du tout questionné ce suivi. Sans vouloir imposer un suivi à domicile pour une sortie hospitalière ne pas s'en préoccuper revient à laisser cette organisation aux familles qui sont souvent déjà en difficulté sur l'organisation inhérente au retour à domicile de leur parent.

De notre côté en tant que professionnel libéral nous ne sommes pas toujours facilitant. Il est extrêmement rare que nous laissions chez le patient un état des lieux des capacités qu'il a à son domicile dans le cas où il serait amené aux urgences suite à une chute et pourtant cette indication serait d'un grand secours pour les professionnels qui seront amenés à accompagner ce patient.

## Quelques pistes de réflexion :

Faire du lien est nécessaire mais pour créer ce lien il faut avant faire un état des lieux des professionnels qui se déplacent au domicile des patients sur le secteur. Ce recensement est difficile parce qu'aucune information de ce type est disponible, il faut appeler les confrères.

Dans notre pratique hospitalière il faut questionner les patients sur leur suivi en ville, les patients sont de formidables ressources sur les collègues qui exercent à domicile. Il serait aussi nécessaire de questionner nos pratiques de retour à domicile, pourquoi ne pas rendre nécessaire le suivi de séances de rééducation pour une sortie avant récupération optimale des capacités des patients ? Si le monde libéral ne peut pas y répondre il serait intéressant de permettre, lorsque cela est possible et souhaité aux professionnels salariés de sortir des structures pour consolider les acquis permis lors de l'hospitalisation.

Pour finir sur ces réflexions de lien prenons de la hauteur, il existe ou existera d'ici quelques années des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui ont pour objet de faire du lien et de coordonner les professionnels libéraux sur un bassin de vie. Au sein de ces CPTS les établissements hospitaliers peuvent être présents, voilà un élément supplémentaire qui pourrait permettre de faciliter les organisations.

Je tiens à remercier le CNKS d'avoir organisé cette conférence sur la thématique des personnes âgées et mes deux confrères qui sont intervenus accompagné des points saillants de France Mourey.

Julien GROUES

## Lu pour nous L'ESSENTIE



### S.A.R.R.A, une intelligence artificielle,

David Gruson, Beta Publisher, 2018.

Hiver 2014, Saint Denis de la Réunion. Une pharmacienne de retour de mission humanitaire en Guinée est hospitalisée, via le SMUR en tenue NRBC, avec de fortes fièvres. C'est le premier cas suspect de contamination à Ebola sur l'île de la Réunion. David Gruson, alors directeur général du CHU et ses équipes, en lien avec la préfecture et l'Agence Régionale de Santé, font face à une situation de crise d'une rare gravité : un risque de pandémie majeure insulaire. La levée de doute viendra quelques jours plus tard après envoi de prélèvement à Lyon ; l'isolement de la patiente sera levé.

Été 2025, Paris. Martin Heurtin se présente aux urgences du CHU du Kremlin-Bicêtre avec des rectorragies et une forte fièvre. Le Docteur Théo Baptiste l'examine et a l'intuition qu'il s'agit d'un variant du virus Ebola. Lorsqu'un deuxième cas est identifié chez un SDF, c'est alors une course contre la montre pour la direction générale de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, l'Agence régionale de Santé et jusqu'aux plus hautes cellules de crises de l'Etat : Comment endiguer une pandémie en plein Paris face à un virus mutant résistant aux traitements ? Un périmètre de protection rapprochée (PPR) - barrage électrique infranchissable - se dresse alors autour du Jardin des plantes, des Gobelins et de l'ensemble des 5e et 13e arrondissement et de la petite couronne sud est.

Se sentant débordé par une crise sanitaire sans précédent, sur avis du directeur du Renseignement militaire le Général Marquet, le Président de la République autorise l'activation de S.A.R.R.A. (Système Automatisé de Réponse Rapide aux Alertes), une intelligence artificielle expérimentale créé par la Médecin-Général Mélusine. S.A.R.R.A. est programmée pour apprendre à piloter la crise. S.A.R.R.A. recourt à l'armée pour mettre en quarantaine, établit une communication de crise via les réseaux sociaux et le « PanGoLink » (sic) (1), trace les contaminés, produit au plus vite un antidote puis vaccine massivement par des assistants de soins robotisés, tout en « gérant » émotionnellement les impliqués via leurs puces neurones implantées. La finalité et la rationalité de S.A.R.R.A. s'inscrit dans une glaçante anticipation métaphysique de la lutte entre la machine et le virus dont l'humanité est spectatrice voire otage. « *Je ne peux vouloir que votre bien* » S.A.R.R.A

Ecrit en 2018, le roman S.A.R.R.A. est une anticipation de 2025 inspirée des faits de 2014. S.A.R.R.A. s'est révélé d'une troublante actualité lors de la crise sanitaire, aussi bien sur les plans technologiques, sanitaires, sociaux, médiatiques que politiques. Anticipation prophétique ?

David Gruson parle plutôt de boucle causale en nous projetant dans les méandres de l'appareil d'Etat face à la réalité d'une crise majeure. Fort de son expérience au CHU de la Réunion, il imagine avec S.A.R.R.A. la troublante possibilité de confier la totalité d'une gestion d'une crise majeure à une intelligence artificielle sans supervision humaine. Les « choix » et les « actions » de S.A.R.R.A. trouvent ici une étrange résonance aux enjeux éthiques de la crise CoVid-19, dans une disproportion des besoins et des moyens avec une balance bénéfique / risque délicate à établir pour juguler la pandémie.

Polar bioéthique, conte philosophique, uchronie, dystopie... il est difficile de classer S.A.R.R.A. L'originalité de S.A.R.R.A. est dans son écriture dynamique 3.0 : régulièrement le texte réfère à des photos, des cartes, des communiqués de presse, des échanges de SMS... et des QR codes de contenus multimédias, qui renvoient vers des vignettes vidéos, de vrai-faux reportages et interviews.

Ce roman haletant fait écho aux oeuvres de la science fiction aux classiques de la littérature des pandémies et aux fictions de science fiction sur l'intelligence artificielle telles par exemple *Black Mirror*, *2001 l'Odyssée de l'Espace*, *Bladerunner* (...). En fidèle lecteur de Camus (2) et Watzlawick (3), David Gruson questionne la « réalité de la réalité » : l'expérience angoissante de la pandémie et l'impact du management numérique de crise par S.A.R.R.A., quotidiennement vécus par les nombreux personnages, dont les liens se tissent au fil des pages. A la manière de Giono (4), le roman décrit les effets insidieux des quarantaines, du confinement, des suspicions, des tentatives d'appel au calme, des rumeurs puis la « banale » et inexorable catastrophe. Ici la pandémie est traitée avec le regard froid et numérique de la machine, comme un constat de police... ou un rapport d'autopsie. Du kaléidoscope de protagonistes du début du roman, se détache peu à peu, selon David Gruson lui même, un arc narratif à trois protagonistes, Mélusine, S.A.R.R.A., sa « fille » numérique et Sarah, sa fille biologique décédée. Les figures humaines s'effacent progressivement devant S.A.R.R.A. ; Mélusine, comme dans les mythes de Prométhée, de Faust ou de Frankenstein, doit s'effacer, dépassée par sa création. (5)

La lecture de S.A.R.R.A. éveille une vigilance collective devant les risques vertigineux de l'usage sans discernement de l'IA. Par l'initiative Ethik-IA, David Gruson nous invite à « dépasser les fantasmes pour mieux les réguler » en instaurant une régulation positive de l'intelligence artificielle en santé. Cette garantie humaine qui place les professionnels de santé et des représentants des usagers en amont et en aval de la machine dans la régulation des algorithmes en santé, est un impératif protecteur, portés aux états généraux de la bioéthique, inscrits dans la loi française et discutés à l'échelon européen « Human Oversight ». Dans la partie 2 de S.A.R.R.A. les enjeux de « réfugiés pandémiques » invitent à penser une Europe de la santé construite autour des technologies européennes protectrices de données personnelles.

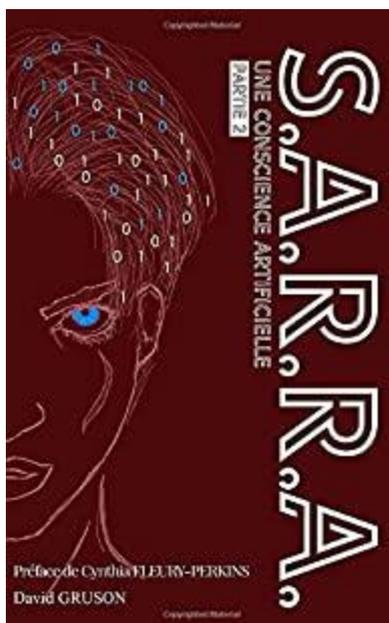
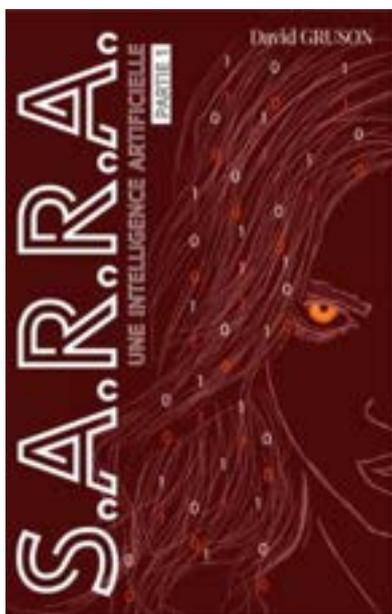
S.A.R.R.A. n'est pas qu'une fiction métaphysique et philosophique du « pouvoir » « pris » par une machine. S.A.R.R.A. est un personnage de fiction, miroir de notre humanité en temps de crise, et qui questionne les enjeux éthiques de l'IA. L'intelligence artificielle est omniprésente dans le monde de la santé via la robotisation et les machines apprenantes. Sans risque de fatigue ni d'erreur, l'IA offre des solutions statistiquement prometteuses d'aides à la décision et aux soins, aussi bien dans le raisonnement clinique, le traitement d'image, l'optimisation des flux... Les avancées de l'intelligence artificielle se sont accélérées avec la pandémie et certaines fictions sont devenues science. Souhaitons que cette fiction nous permette de saisir les enjeux de la garantie humaine pour une régulation positive de l'IA en santé.

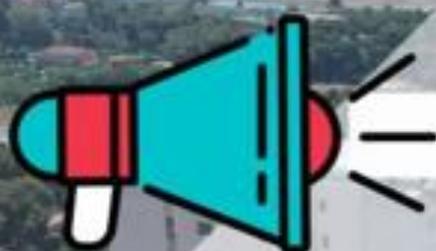
Pierre-Henri Haller.

## Du même auteur

- La machine, le médecin et moi, l'intelligence artificielle nous soigne déjà, 2018.
  - S.A.R.R.A. une conscience artificielle partie 2, 2020.
  - TUER CAMUS S.A.R.R.A. Files, 2022.
1. Foucault M. cite dans Surveiller et punir, (1975) le panoptique de Bentham, mirador central carcéral permettant une surveillance collective insidieuse.
  2. Camus A. La Peste, Gallimard, 1951.
  3. Watzlawick P. La réalité de la réalité, Seuil, 1984.
  4. Giono Le hussard sur le toit, Gallimard, 1947.
  5. Lecourt D. Prométhée, Faust, Frankenstein, Fondements imaginaires de l'éthique, 1996.

2025. Une intelligence artificielle est chargée de trouver une réponse à un risque d'épidémie d'Ébola en plein cœur de Paris. Toutes les hypothèses circulent sur l'origine de la contamination, y compris celle du terrorisme biologique. La Machine administrative, politique et médiatique est prête à s'emballer. Inévitable. Irréversible. Incontrôlable ?





**URGENT**

**L'hôpital Léon bérard cherche un  
KINESITHEREPEUTE DE (H/F)**

**Contact : Emilie ROUVIERE**

HYERES - VAR (83)

e.rouviere@leonberard.com

04 94 38 00 29

**HLB**

Hôpital Léon Bérard  
Réhabilitation spécialisée



REMUNERATION SELON LA CCN51  
ET REPRISE TOTALE DE  
L'ANCIENNETÉ + PRIMES +  
SÉCUR

Poste à temps plein en  
CDD ou CDI dès  
juillet

Réadaptation ortho  
traumatologie grands  
brûlés

ou neuro-vasculaire

Hospitalisation  
complète  
Hospitalisation de jour



Beaucoup d'équipements :  
Lokomat, Andago, C-Mill, SATEL  
LPG, Vibramoov, Gameready...



Formations assurées  
Jeunes diplômés bienvenus



Hébergement possible  
(colocation)

