



HAL
open science

Les compétences du kinésithérapeute salarié en services d'urgences hospitalières : retour d'expérience au sein du CHU de Nantes

Marie Blandin, Marie Gallet, Muriel Peltier, Guillaume Le Sant

► To cite this version:

Marie Blandin, Marie Gallet, Muriel Peltier, Guillaume Le Sant. Les compétences du kinésithérapeute salarié en services d'urgences hospitalières : retour d'expérience au sein du CHU de Nantes. *Kinescope*, 2022, 24, pp.11-19. <hal-04579957>

HAL Id: hal-04579957

<https://hal.science/hal-04579957v1>

Submitted on 18 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Les compétences du kinésithérapeute salarié en services d'urgences hospitalières : retour d'expérience au sein du CHU de Nantes

Marie Blandin, kinésithérapeute¹,

Marie Gallet, kinésithérapeute¹,

Muriel Peltier, kinésithérapeute cadre supérieur de santé¹.

Guillaume Le Sant, kinésithérapeute, PhD^{2,3}

¹ CHU de Nantes, F-44000 Nantes, France

²Nantes Université, Motricité - Interactions - Performance, MIP, UR 4334, F-44000 Nantes, France

³Institut Régional aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation des Pays de la Loire, IFM3R, F-44230 St-Sébastien/Loire, France

L'actualité des services d'urgences (SU) hospitalières est un témoin majeur des difficultés du système de santé français à répondre aux besoins de santé de la population. Outre une sollicitation de plus en plus importante (Cour des Comptes, 2019), la question des SU illustre la tension hospitalière – en particulier pour le grand public – et permet à chacun de prendre conscience de la pression et de l'excès de violence exercées sur les équipes soignantes hospitalières (Adriaenssens *et al.*, 2015).

La situation des SU fait régulièrement l'objet d'analyses et de propositions visant à améliorer le service rendu à la population. Par exemple, les récents rapport Mesnier&Carli (2019) et mission « flash » Braun *et al.* (2022) évoquent le recours aux personnels paramédicaux des structures hospitalières pour lutter contre le manque de temps médical et l'engorgement de la prise en charge des patients dans les SU.

Par ce retour d'expérience, nous souhaitons mettre en lumière le possible recours aux compétences du kinésithérapeute au sein des SU adultes du CHU de Nantes (PHU 3) au bénéfice des équipes et au service des patients.

1. Kinésithérapie en SU hospitalières : l'expérience étrangère

La kinésithérapie en SU hospitalières est développée dans les pays anglo-saxons depuis les années 1970 (Crane & Delany, 2013). Traditionnellement dirigée vers les champs orthopédique/traumatologique et rhumatologique, la kinésithérapie s'y inscrit selon : un rôle traditionnel d'évaluation et/ou de traitement sous couvert d'une référence (médicale) ou en première ligne de soins comprenant l'accès direct du patient au kinésithérapeute, l'élaboration du plan de traitement et le congé du patient (Desmeules *et al.*, 2012; Matifat *et al.*, 2019).

Une littérature foisonnante [e.g. Gordon *et al.* (2010) ; Crane&Delany (2013) ; Gill&Stella (2013) ; Fruth&Wiley (2016) ; Jin&Zhao (2018) ; Matifat *et al.* (2019) ; Lafrance *et al.* (2021)...] évoque une amélioration du service rendu en SU, en faisant appel aux compétences du kinésithérapeute à travers :

- Une diminution du temps total passé aux urgences par le patient, ainsi que de celui lui permettant d'accéder à un service « optimal » (i.e. établir des décisions basées sur les recommandations internationales) ;
- Une diminution du recours à des actes/thérapeutiques inutiles ;

- Une meilleure gestion du temps médical, consacré vers des situations plus complexes, nécessitant des compétences expertes – et donc une diminution de la charge globale à supporter par le personnel médical ;
- Une gestion sécuritaire des soins (i.e. pas d'augmentation du risque d'erreurs) et une bonne gestion des coûts médico-économiques directs (liés aux traitements) et indirects (e.g. liés à un arrêt de travail).

Cette pratique est aussi tout à fait bien acceptée par les équipes soignantes et les patients, qui reconnaissent le niveau d'expertise et la plus-value de l'intervention du kinésithérapeute en regard de son champ de compétences.

2. Activité et organisation des services d'urgences du CHU de Nantes

Les rapports d'activité nationaux (FEDORU, 2022) et régionaux (Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire, 2022) mettent en évidence un certain nombre d'indicateurs.

Le CHU de Nantes est la 1^{ère} structure de la région Pays de la Loire en termes de SU avec chaque jour en moyenne 216 résumés de passages aux SU adultes. Brièvement en 2021, au CHU de Nantes : 56% des passages concernent un diagnostic « médico-chirurgical », et 27% un motif « traumatologique » (61% et 28% au niveau national, respectivement).

Ces chiffres recouvrent en réalité des situations très variables selon les périodes de l'année ou les jours de la semaine.

Par exemple, le lundi est le jour de la semaine où le nombre de passages en SU adultes est le plus élevé : + 10 % à celui observé un jour moyen. D'un point de vue journalier : le nombre d'entrées augmente très nettement à partir de 8h, reste globalement stable à un niveau élevé (entre 9h et 19h) puis décroît lentement. Les flux du week-end sont légèrement plus importants la nuit entre minuit et 5h en comparaison aux jours ouvrés. Les personnes âgées (75 ans et plus, 14% total des patients) entrent plus fréquemment en fin de matinée et en milieu d'après-midi, alors que le flux d'entrée des adultes de 18-74 ans est plus continu (Figure 1).

La durée moyenne de passage en SU s'établit à 7h35 min (37% en moins de 4h, 34% au niveau national). La durée moyenne de passage augmente de manière régulière avec l'âge. Un temps de passage prolongé aux urgences > 10h augmente fortement

le risque de dégradation sévère, en particulier pour les populations âgées (risque de syndrome confusionnel) ou celui d'hospitalisation ultérieure.

La grande majorité (70 %) des passages aux urgences se concluent par un retour au domicile du patient et 30 % par une hospitalisation (incluant le passage en unité d'hospitalisation de courte durée - UHCD).

En croisant les données d'entrées et de durées de passage : la charge d'occupation des SU du CHU de Nantes augmente au cours de la journée, et est maximale en milieu d'après-midi (~vers 16h). Les personnes âgées de 18-74 ans retournent majoritairement à domicile. Les personnes âgées de +75 ans présentent un risque accru d'hospitalisation en sortie des SU.

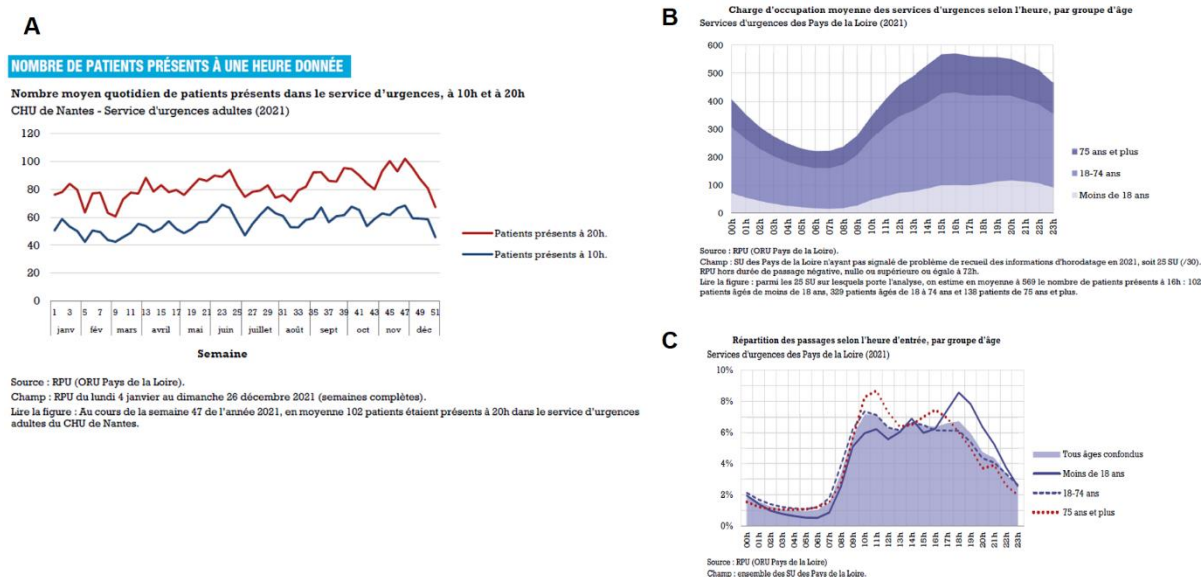


Figure 1 – Illustration de l'activité des SU adulte du CHU de Nantes (A) ainsi qu'au niveau de la région des Pays de la Loire (B, C), d'après le Rapport de Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire (2022)

Au CHU de Nantes, nous pouvons distinguer plusieurs secteurs au sein des SU : l'accueil (circuit debout et circuit allongé), le secteur de traumatologie, le secteur de médecine, la SAUV (service d'accueil urgence vitale) et la ZAD (zone attente-départ). Tous ces secteurs sont regroupés sous le terme de SAU (Service d'accueil des Urgences). Une hospitalisation de 48 à 72h est possible au sein de l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée). Ce service comporte 21 lits. (Figure 2)

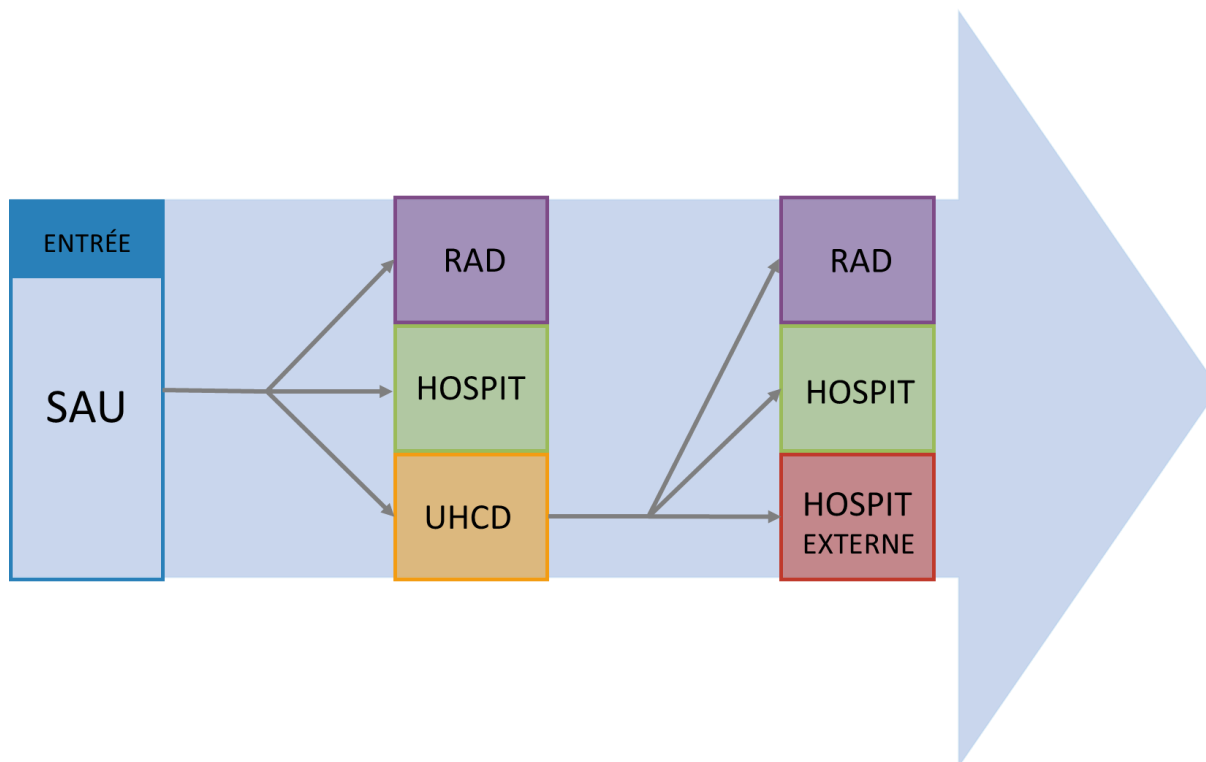


Figure 2 - Parcours de soin pour les patients admis en services d'urgences hospitalières adultes au sein du CHU de Nantes. L'admission du patient se fait en SAU (SAU : Service d'accueil des urgences (SAU) avant d'envisager un Retour à domicile (RAD), une hospitalisation (HOSPIT) ou un passage vers le deuxième secteur des urgences, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). À l'UHCD, de nouveau plusieurs parcours sont possibles : RAD, HOSPIT à temps complet ou externe.

3. Modalités d'intervention des kinésithérapeutes aux urgences du CHU de Nantes

Le CHU de Nantes propose actuellement 0.2 ETP MK dédié, au sein du SU. Ce 0.2 ETP représente 1h30 par jour, et s'organise du lundi au vendredi. Ce poste est à notre connaissance établi depuis le début des années 2010.

Initialement, l'activité du MK impliquait surtout un passage quotidien du MK à l'UHCD. Le SAU pouvait bénéficier de kinésithérapie uniquement appel interne (bip) en cas de besoin.

La demande médicale croissante au sein du SAU ainsi que le souhait des médecins de s'appuyer sur les bilans MK pour établir les décisions de sortie des patients ont mené à une réflexion sur la place du MK au sein des SU. Depuis janvier 2022, et renforcé par le nombre de prescriptions médicales qui ne cesse d'augmenter en SAU, l'activité du MK est devenue quotidienne, sur les deux secteurs : UHCD et SAU.

L'activité MK est formalisée par les prescriptions médicales écrites, mais à ce jour, aucune fiche de poste sur les missions précises du MK n'a encore été réalisée malgré le temps dédié.

À des fins illustratives, nous avons réalisé un relevé quotidien des patients admis au SAU qui auraient pu relever d'une prise en charge MK, sur une semaine (Figure 2).

Nous observons que sur cette période (moyenne±écart-type), que 33.4±12.9% des patients admis aux SU du CHU de Nantes auraient pu *dans l'absolu* bénéficier d'une expertise en kinésithérapie, en comparant les motifs d'admission au décret de compétences professionnelles du MK.

De façon plus précise :

- Les admissions pour motifs gériatologiques (14.0±8.4%) et neurologiques (7.5±3.4%) sont les motifs les plus fréquents où l'apport d'un kinésithérapeute pourrait être bénéfique ;
- les motifs orthopédiques (e.g admission pour suspicion d'une entorse de cheville) et rhumatologiques (douleur lombo-pelvienne) sont très minoritaires : 6.5±1.7%.

Les données ramenées en nombre de patients/jour font ressortir qu'en moyenne 13 personnes âgées pourraient bénéficier chaque jour de l'expertise du kinésithérapeute pour une finalité d'évaluation ou d'intervention (e.g. conséquences d'un syndrome post-chute ou de désorientation) ; 7 patients pour agir sur des problématiques neurologiques (e.g. troubles de la déglutition) ; 5 patients pour améliorer des problématiques liées à un encombrement respiratoire (e.g. décompensations suite une BPCO)... pour environ 2 patients présentant une entorse de cheville et 4 patients ayant une douleur lombo-pelvienne.

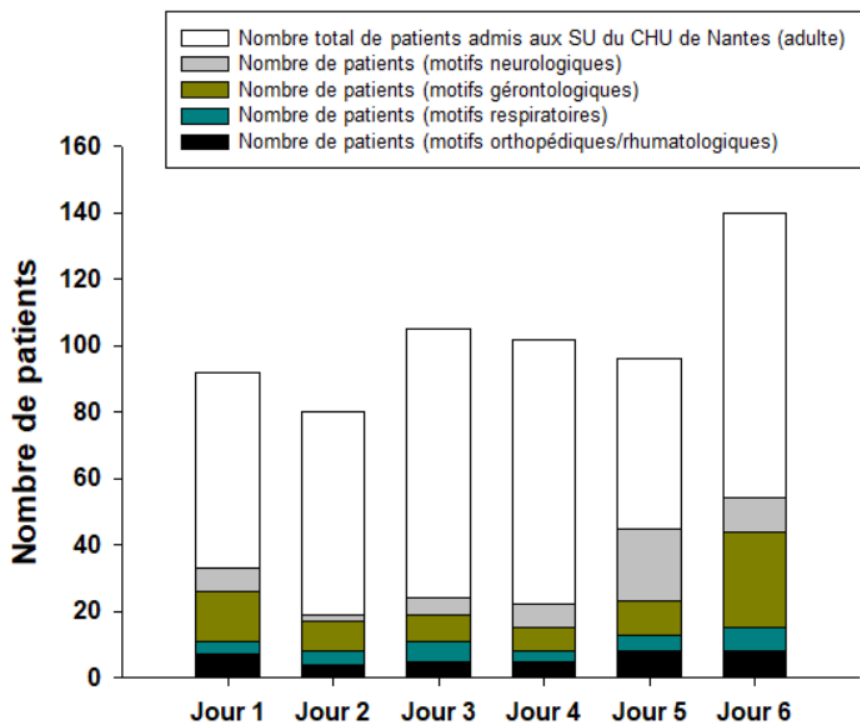


Figure 3 – Estimation du nombre de patients qui auraient pu bénéficier des compétences du kinésithérapeute en services d’urgences hospitalières au sein du CHU de Nantes, tenant compte du motif d’admission (données issues du logiciel d’activité du service)

Nous avons également mesuré le nombre de prescriptions médicales de kinésithérapie réalisées mensuellement au début de l’année 2022 : 119 (janvier), 116 (février), 139 (mars), 164 (avril) prescriptions ont été établies. Compte-tenu de l’effectif en place (0.2 ETP), celles-ci n’ont naturellement pas pu être toutes honorées.

La quantité de prescriptions médicales n’est donc plus en adéquation avec le temps MK budgétisé. Après relevé des prescriptions médicales écrites, la priorité est donnée aux prises en charge respiratoires et aux bilans moteurs sollicités pour la décision médicale de sortie.

Ces éléments laissent apparaître toutefois une réelle attente au sein des équipes du CHU de Nantes, sur l’utilisation des compétences du MK.

De façon intéressante, ces sollicitations concernent aussi des champs autres que ceux classiquement retrouvés dans les pays anglo-saxons (orthopédiques/rhumatologiques).

Les principaux domaines d’intervention dans lesquels les prescriptions médicales sont établies actuellement concernent :

- La gérontologie :  valuation du risque de chute, bilan de marche avec verticalisation précoce, évaluation de l'autonomie et optimisation du retour à domicile.
- La pneumologie : d encombrement bronchique (manuel et instrumental), ECBC, travail des volumes respiratoires.
- La neurologie : mobilisation précoce, verticalisation, bilan de déglutition, reprise de la marche.
- Le vestibulaire : bilan et manœuvres.

La proportion de ces différents domaines d'intervention varie au cours de l'année ( pid mie respiratoire, conditions météorologiques, place en hospitalisation, ...)

Toutes pathologies confondues, l'objectif de la kinésithérapie au SAU est d'avoir une qualité de soin r educative la plus précoce possible. Cette prise en charge précoce pourrait avoir un impact sur l'état clinique du patient (stabiliser, engager un traitement le plus rapidement possible, optimiser la récupération), mais également sur le parcours de soin et la décision médicale d'orientation/de sortie du patient.

4. Quelques mots au sein du service

Dans cette partie, nous souhaitons rendre compte de commentaires recueillis au sein du service, auprès de différents interlocuteurs des SU (SAU et UHCD) ¹:

Christelle VALIN, cadre infirmier au SAU, a été interrog e sur les bénéfices de la MK au sein du SAU, qui selon elle, sont :

- « La plus-value est d'avoir des bilans d'emblée pour des patients qui arrivent avec un problème de maintien à domicile. »
- « Un apport ergonomique pour le patient et pour le personnel »
- « La plus-value sur la prise en charge traumatologique et l'installation des patients, je suis  tonn e que vous ne soyez pas plus sollicit e sur ce domaine. »
- « Etant donné que nous avons des temps de prise en charge qui s'allongent aux urgences, il est intéressant de pouvoir mobiliser et verticaliser les patients précocement. »
- « Et évidemment la prise en charge respiratoire. »

¹ Chaque interlocuteur ayant accepté d'apparaître nominativement

Sophie COSSOU, cadre infirmier de l'UHCD, a également répondu sur ce sujet :

- « Bénéfice pour la prise en charge des patients (bilan de chute, bilan de déglutition, ...) »
- « Rassure les équipes soignantes, et leur apporte une nouvelle compétence »
- « Un maillon important pour la prise en soin du patient. »
- « La communication entre MK et équipe amplifie le maillage de l'équipe. »
- « Vous faites partie de l'équipe et vous amenez votre expertise. »
- « Les entrées de l'après-midi à l'UHCD sont facilitées par les transmissions du bilan MK réalisé le matin au SAU. »

Les deux cadres s'accordent sur le fait que « le temps MK est insuffisant pour répondre aux besoins » de ces services.

En ce qui concerne un regard médical, le Professeur Philippe LE CONTE, chef de service de l'UHCD, évoque les éléments pertinents de la prise en charge MK actuelle, qui sont selon lui :

- « La kinésithérapie respiratoire chez les patients BPCO en décompensation respiratoire. »
- « L'évaluation de la marche chez des sujets âgés souvent chuteurs. »
- « La reprise de la marche chez ces mêmes patients chuteurs. »
- « La kinésithérapie vestibulaire pour les patients porteurs de VPPB, la consultation des patients avec cheville douloureuse post-traumatique et des lombalgies aiguës peuvent être des pistes à développer pour l'avenir. »

En conclusion, ce retour d'expérience permet de mettre en lumière une pratique de kinésithérapie en services d'urgences hospitalières, au sein du CHU de Nantes.

Bien que celle-ci s'inscrive sur un temps restreint (0.2 ETP), l'activité ne demande qu'à être développée ! Nous sommes convaincus que celle-ci doit être connue, entendue, et soutenue.

Il est important de constater que les sollicitations font appel aux compétences d'évaluation et d'intervention du MK, et dans les domaines d'intervention allant au-delà de la traumatologie/orthopédie et de la rhumatologie.

La mise en place d'une activité MK en SU pourrait aussi, selon nous être une source d'attractivité (voire de fidélisation) de praticiens vers le milieu hospitalier, au vu de la demande et des retours positifs au sein du service.

Au-delà, le développement de cette pratique passe aussi selon nous par une démarche active de validation (via la recherche clinique) pour justifier de sa pertinence. Nous avons engagé une démarche d'analyse de cette pratique dont une partie a été présentée dans cet article. D'autres projets sont aussi en cours afin d'évaluer les effets de nos interventions, et ont obtenu le soutien institutionnel (Lauréat à l'appel d'offres interne de recherche paramédicale du CHU de Nantes 2022).

Références

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*, *52*(2), 649-661. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Braun, F., Tazarourte, K., Leveneur, A., & Tortiget, D. (2022). Mission Flash sur les urgences et soins non programmés. 60.
- Cour des Comptes. (2019). Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités (Vol. Tome 2, pp. 29).
- Crane, J., & Delany, C. (2013). Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education. *Physiotherapy*, *99*(2), 95-100. doi: 10.1016/j.physio.2012.05.003
- Desmeules, F., Roy, J. S., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O., & Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*, *13*, 107. doi: 10.1186/1471-2474-13-107
- FEDORU. (2022). Panorama des Urgences 2021. Recueil et analyse des données des structures d'urgence de toutes les régions de l'hexagone pour l'année 2021 (pp. 94): Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences.
- Fruth, S. J., & Wiley, S. (2016). Physician Impressions of Physical Therapist Practice in the Emergency Department: Descriptive, Comparative Analysis Over Time. *Phys Ther*, *96*(9), 1333-1341. doi: 10.2522/ptj.20150306
- Gill, S. D., & Stella, J. (2013). Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. *Emerg Med Australas*, *25*(6), 558-564. doi: 10.1111/1742-6723.12134
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs*, *18*(2), 80-88. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.004
- Jin, Y., & Zhao, Y. (2018). Post-stroke Upper Limb Spasticity Incidence for Different Cerebral Infarction Site. *Open Med (Wars)*, *13*, 227-231. doi: 10.1515/med-2018-0035
- Lafrance, S., Demont, A., Thavorn, K., Fernandes, J., Santaguida, C., & Desmeules, F. (2021). Economic evaluation of advanced practice physiotherapy models of care: a systematic review with meta-analyses. *BMC Health Serv Res*, *21*(1), 1214. doi: 10.1186/s12913-021-07221-6

Matifat, E., Mequignon, M., Cunningham, C., Blake, C., Fennelly, O., & Desmeules, F. (2019). Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. *Phys Ther*, 99(9), 1150-1166. doi: 10.1093/ptj/pzz082

Mesnier, T., & Carli, P. (2019). Pour un pacte de refondation des urgences. In M. d. S. e. d. I. Santé (Ed.), (pp. 259).

Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire. (2022). Panorama Urgences 2021 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire. In A. r. d. s. P. d. I. Loire (Ed.), (pp. 166).