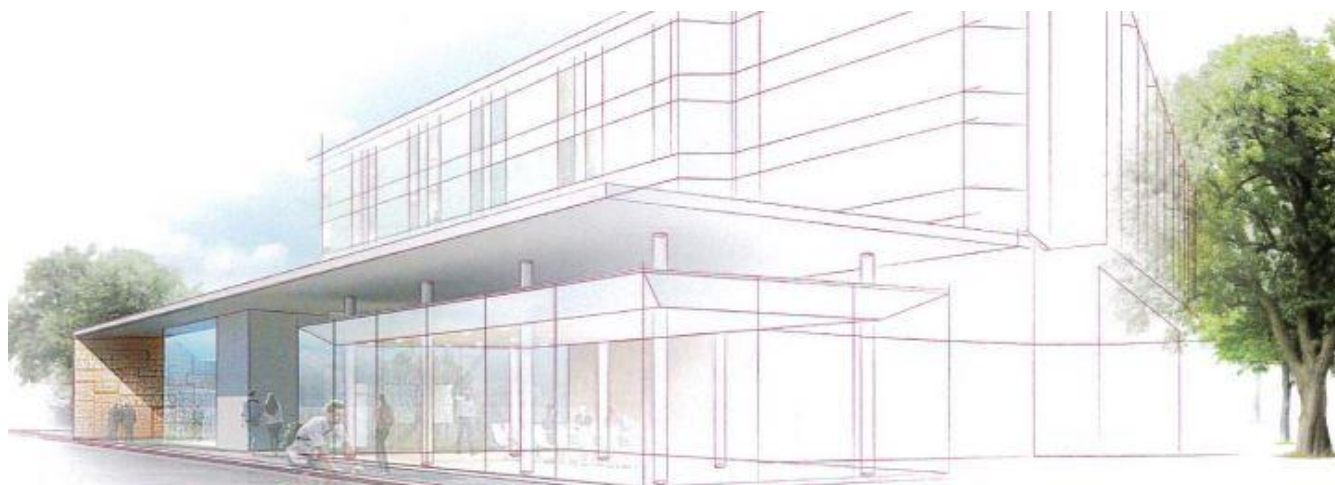


Place du kinésithérapeute



dans un Service de Rééducation Post-Réanimation

Carlos Díaz



JOURNÉES D'ANESTHÉSIE
NIMATION CHIRURGICALE
D'AQUITAINE

16 | 17 | 18 NOV
2022

31^e
ÉDITION

INSCRIPTION
INFORMATIONS



REANESTH.ORG



Institut des
Métiers de la Santé
Xavier Armoisan (Pessac)

Anesthésistes Réanimateurs
IADE - IDE de Réanimation
Kinésithérapeutes
Session Posters
Séminaire
Réanimation



Carte de charges SRPR



Patients



Objectifs



Organisation

SRPR : patients

- Caractérisés par :
 - Lourdeur médicale
 - Nécessitant une prise en charge aigue pour les fonctions vitales
 - Réversibilité potentielle de leur état
 - Venant directement de la réanimation

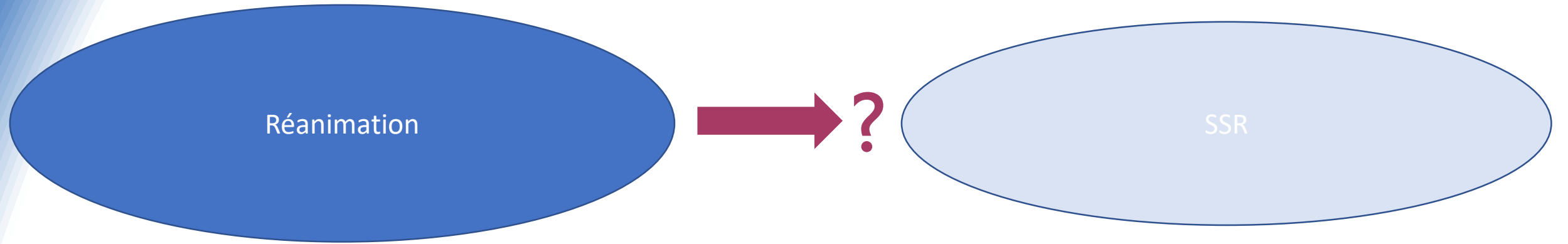
SRPR : objectifs

- Améliorer ou préserver les fonctions vitales
- Assurer la surveillance des patients à haut risque d'aggravation
- Sevrer les patients des dispositifs d'assistance respiratoire
- Evaluer au plus tôt les déficiences des patients en équipe pluridisciplinaire de réadaptation
- Rôle de recours et d'expertise en réadaptation pour les services de réanimation de leur région

SRPR : organisation

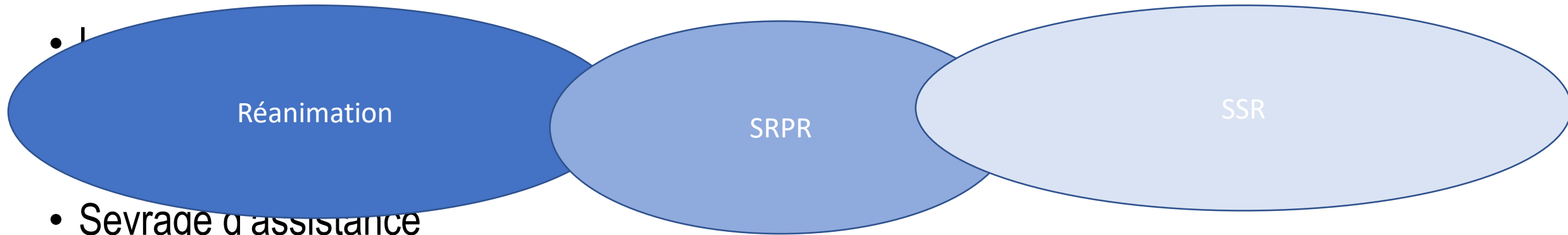
- Vocation régionale
- Partenariat avec plusieurs réanimations ou unités de soins intensifs prévu
 - Consultations pour évaluer précocement la pertinence d'une orientation en SRPR ou autre structure plus adaptée
- PEC pouvant être inscrite dans deux filières :
 - SRPR à orientation neurologique
 - SRPR à orientation respiratoire

En synthèse :



- Stables

- I

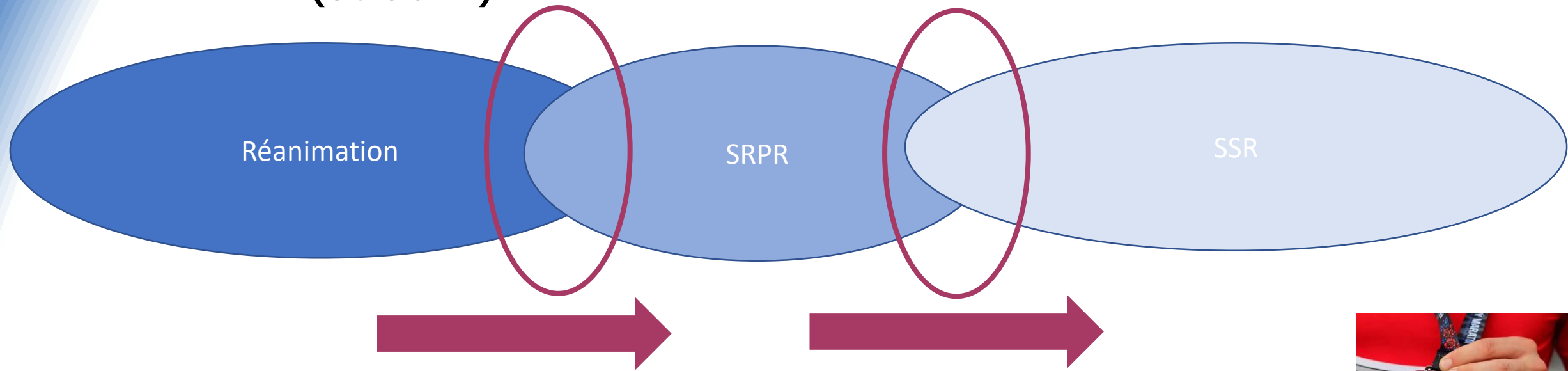


- Sevrage d'assistance respiratoire



MAIS :

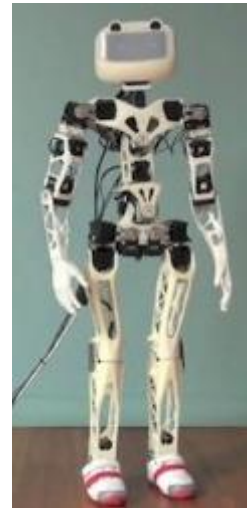
(et oui...)



Place (plus value) du kinésithérapeute ?



Premières réflexions...

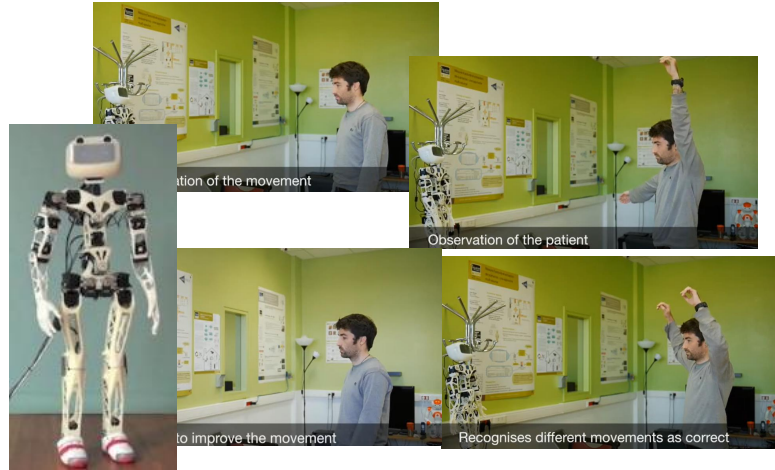


Premières réflexions...

JARCA Place du kinésithérapeute



+



=



Reconversion professionnelle

« Honnêtement, vu les patients que nous avons souvent... »

Premières réflexions...

Que faites vous dans vos services ?

Réanimation

Table 6 Clinical scenario. Example: A patient is being weaned with a T-tube 40 %, blood gases are: pH 7.4 – PaCO₂ 40 Torr (5.3 kPa) – PaO₂ 100 Torr (13.3 kPa). What do you do?

Wait for medical instructions

Call the doctor and suggest he/she should extubate the patient

Call the doctor and suggest the nurse should extubate the patient

Call the doctor and ask whether you can extubate the patient

Extubate the patient and tell the doctor later

Table 3 Physiotherapy practice

	Yes	Rarely	No
Mobilisation	100 %		
Respiratory therapy	98 %	2 %	
Positioning	90 %	9 %	1 %
Airway suctioning	70 %	14 %	16 %
Implementation and supervision of NIV	46 %	25 %	29 %
Extubation	25 %	25 %	50 %
Supervision of weaning from MV	22 %	22 %	56 %
Adjustment of MV	12 %	23 %	65 %
Intubation	1 %	9 %	90 %

MV: mechanical ventilation, NIV: non-invasive ventilation

Pratiques très hétérogènes

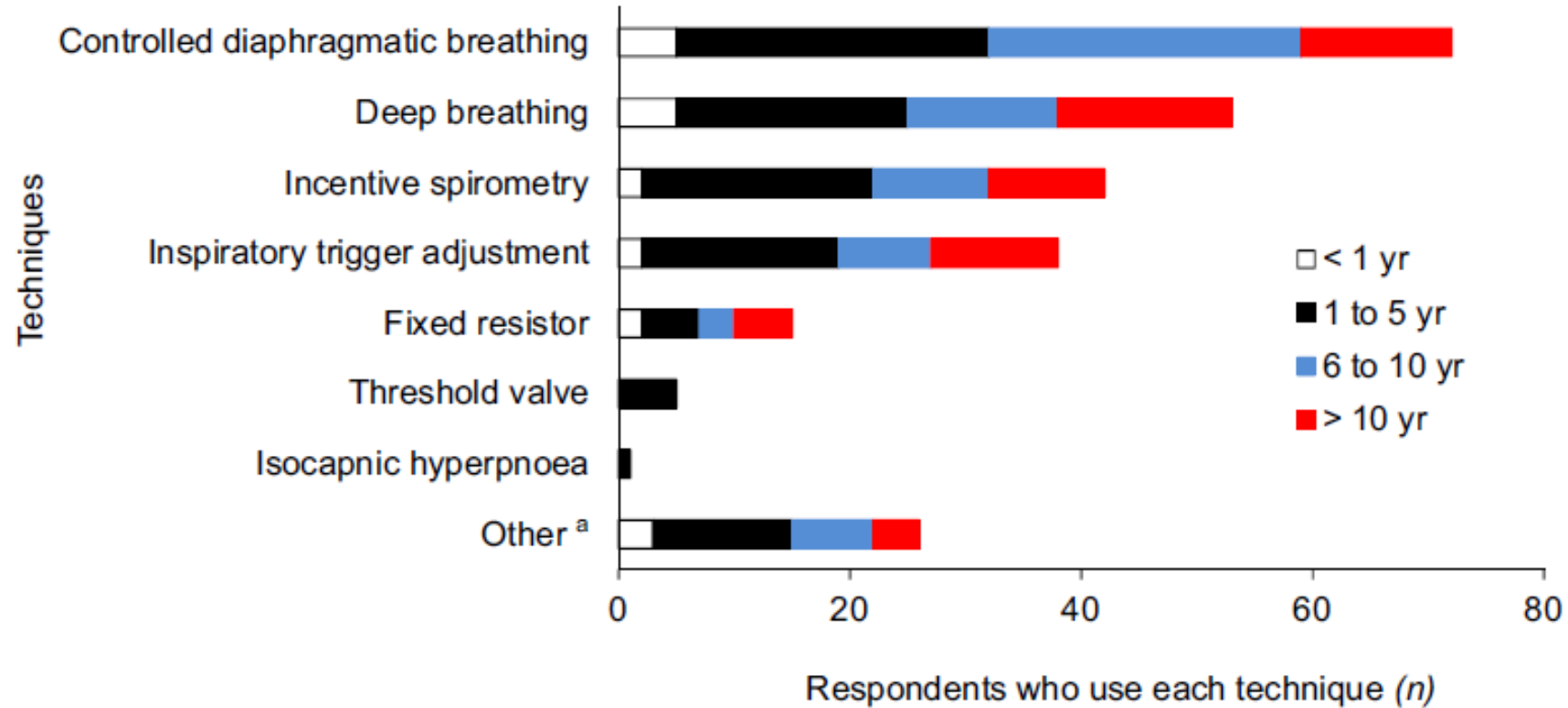
La formation ?

L'expérience ?

Table 5 Training and educational profile of the physiotherapists

Diploma	
University graduates	56 %
Post-graduate specialisation	
ICU therapy	29 %
Respiratory therapy	43 %
Involvement	
Clinical investigations	41 %
Seminars	72 %
Training of students	89 %

L'expérience ?





Le temps (charge de travail) ?

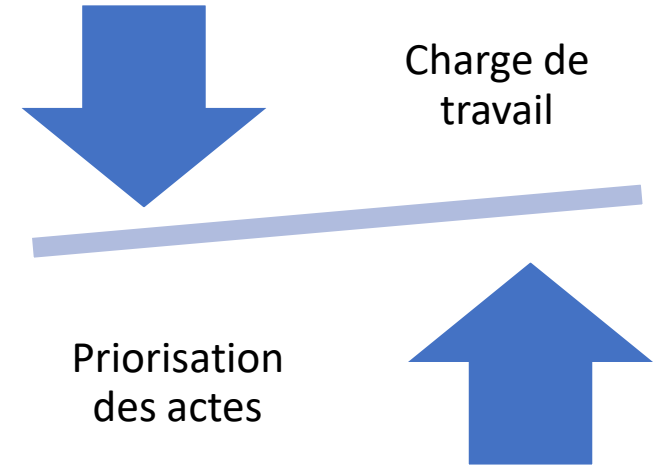
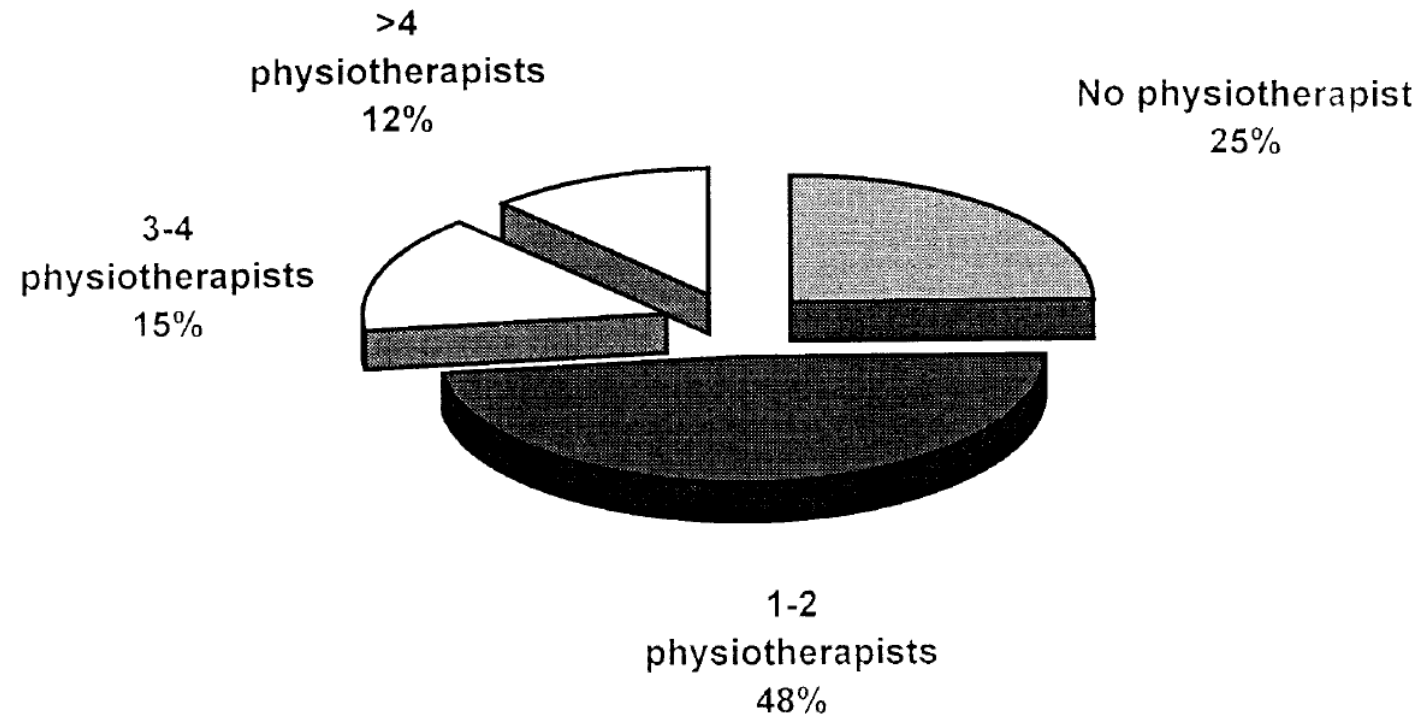
Intensive Care Med (2000) 26: 988–994
© Springer-Verlag 2000

BRIEF REPORT

M. Norrenberg
J.-L. Vincent
with the collaboration
of the European Society
of Intensive Care Medicine

A profile of European intensive care unit physiotherapists

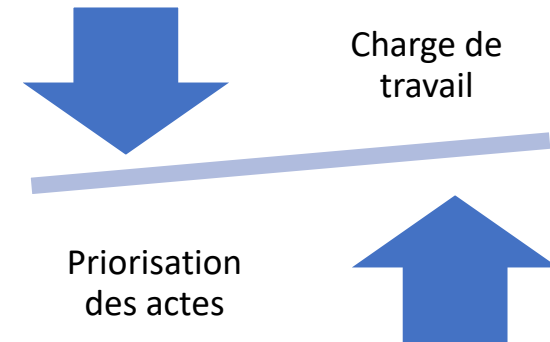
Fig.1 Number of physiotherapists working exclusively in the ICU



Le temps (charge de travail) ? (2)

Exemple à l'Hôpital Forcilles

- 3 ETP Aide-soignante affectée au service de kinésithérapie dont 0'5 au SRPR
- Aide à la manutention, installation matériel...
- Recentre le kinésithérapeute sur ses compétences spécifiques



Marquée par le contexte socio-sanitaire ?

Modification du rôle durant Covid-19 ?

Contexte socio-sanitaire :

Evolution démographie des MK

20 ans
d'expertise
au service
des solidarités
et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



JUILLET
2018
NUMÉRO
1075

D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins

**Une hausse des effectifs
due au relèvement des quotas
et aux arrivées massives
de diplômés à l'étranger**

par 5 entre 1999 et 2003 (de 162 primo-entrants en 1999 à 866 en 2003). Après une période de stabilité entre 2003 et 2007 autour de 760, les flux ont augmenté de 63 % entre 2007 et 2008 pour atteindre 1 240 primo-entrants diplômés à l'étranger en 2008. Plus récemment, ce flux est stable autour de 1 200 (1 175 masseurs-kinésithérapeutes inscrits pour la première fois en 2015 étaient diplômés à l'étranger)².



SEPT.
2017

RAPPORT

Démographie des kinésithérapeutes



UNE EXPANSION INCAPABLE
DE RÉPONDRE À LA PÉNURIE HOSPITALIÈRE
ET À LA DISPARITÉ VILLE/CAMPAGNE

SALARIÉ

14,12%

85,88%

LIBÉRAL

Jakimowicz et al. BMC Nursing (2017) 16:6
DOI 10.1186/s12912-016-0198-7

BMC Nursing

RESEARCH ARTICLE

Open Access


CrossMark

A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice

Michael Jakimowicz^{1*}, Danielle Williams² and Grazyna Stankiewicz³

Desmeules et al. BMC Musculoskeletal Disorders 2012, 13:107
http://www.biomedcentral.com/1471-2474/13/107

BMC Musculoskeletal Disorders

RESEARCH

Open Access

Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review

François Desmeules^{1,2,3*}, Jean-Sébastien Roy^{5,6}, Joy C MacDermid^{7,8}, François Champagne², Odette Hinse³ and Linda June Woodhouse^{4,9}



- Techniques invasives
 - EPI-EPTE
- Massage
- Diplôme « expert »

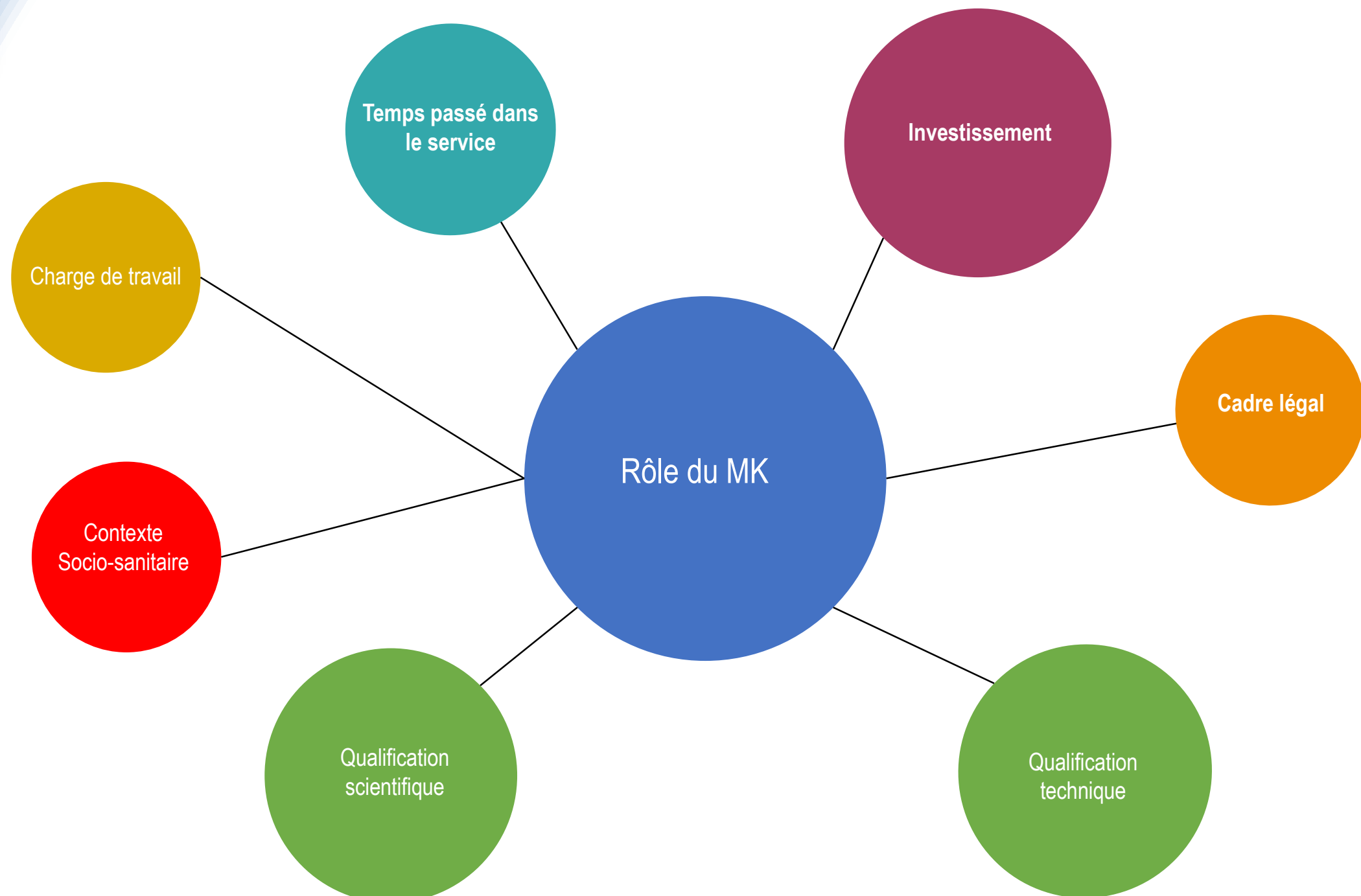


- Techniques invasives
 - Dry needling
- MK vs physio
- Toujours rien



- N'est plus remboursé
- Pro-Q-Kiné

Evolution à différentes vitesses, marquée par le contexte sanitaire et le cadre légale



Quelle est la place du kinésithérapeute ?

Conséquences de la réanimation

Figure 2. Measurements of Muscle Wasting During Critical Illness

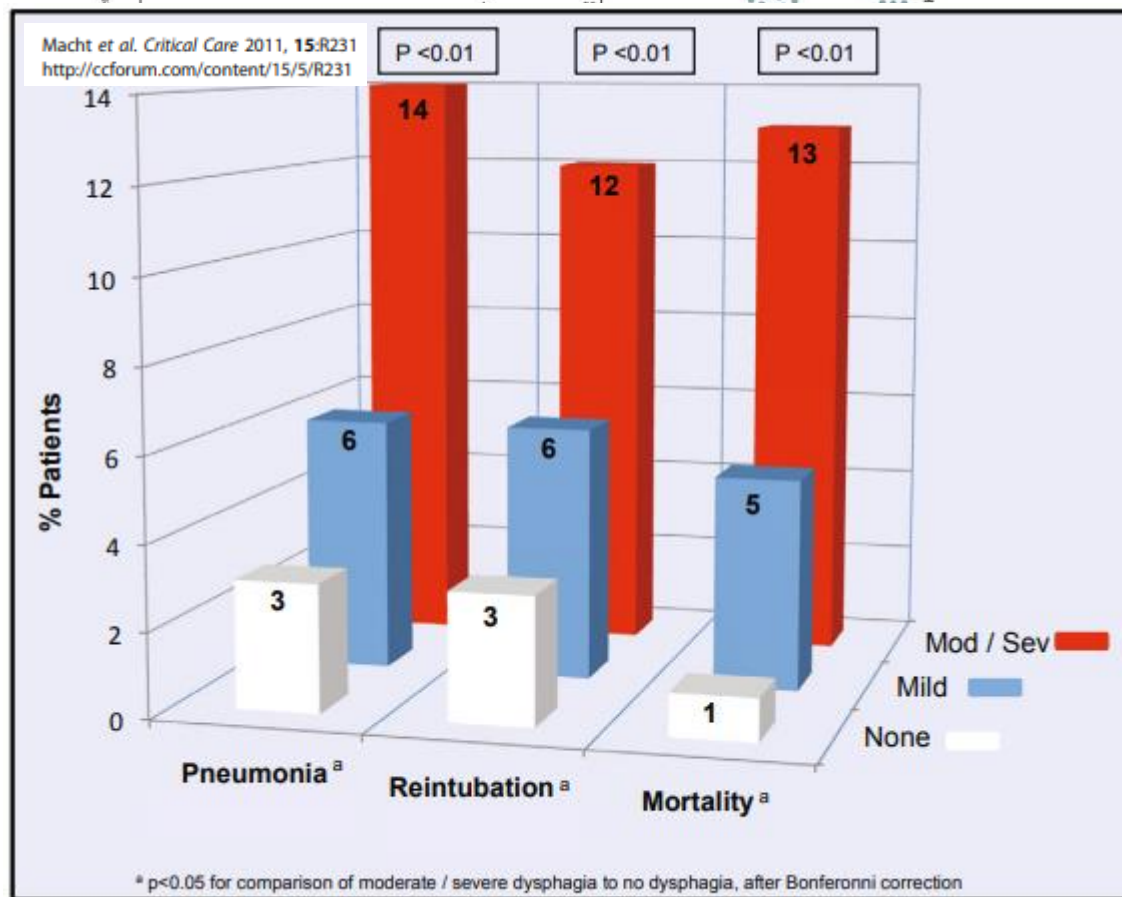
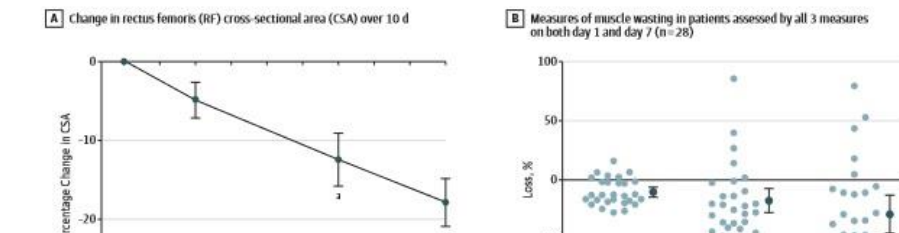


Figure 2 Association between dysphagia severity and pneumonia, reintubation and mortality.

Coexistence and Impact of Limb Muscle and Diaphragm Weakness at Time of Liberation from Mechanical Ventilation in Medical Intensive Care Unit Patients

Martin Dres^{1,2*}, Bruno-Pierre Dubé^{1,3*}, Julien Mayaux², Julie Delemazure², Danielle Reuter², Laurent Brochard^{4,5}, Thomas Similowski^{1,2}, and Alexandre Demoule^{1,2}

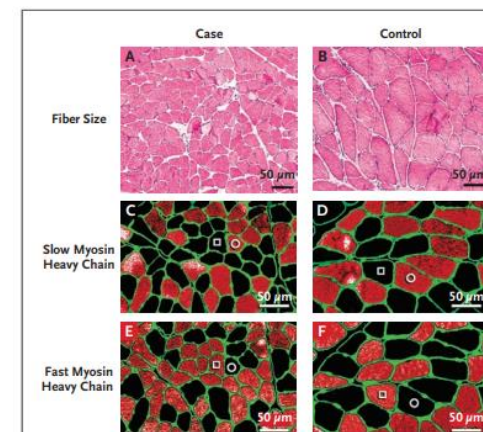


Figure 1. Comparison of Representative Case and Control Diaphragm-Biopsy Specimens with Respect to Fiber Size.

The slow-twitch and fast-twitch fibers in the case specimens (Panels A, C, and E) are smaller than those in the control diaphragms (Panels B, D, and F). Panels A and B (hematoxylin and eosin) show that neither inflammatory infiltrate nor necrosis is present in case or control specimens. The sections in Panels C and D were preincubated with NOQ7.5.4D antibody,^{10,13} which is specific for the slow myosin heavy chain, whereas sections in Panels E and F were preincubated with the MY-32 antibody,^{10,14} which reacts with all fast myosin heavy chains. In addition, in each section, all fibers are outlined by an antibody reactive to laminin.^{10,15} In each of the sections, fibers reacting with the antibody appear orange-red, whereas fibers not reacting with the antibody appear black. In Panels C, D, E, and F, a representative slow-twitch fiber is indicated by an open circle and a fast-twitch fiber by an open square.

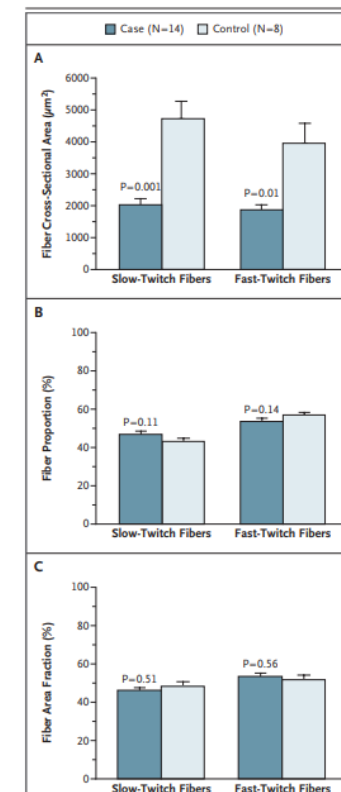


Figure 2. Group Comparisons of Case and Control Diaphragm-Biopsy Specimens with Respect to Histologic Features.

Both the slow-twitch fibers and the fast-twitch fibers in the case specimens are appreciably smaller than those in the control specimens (Panel A). However, the case and control specimens do not differ with respect to proportions of slow- and fast-twitch fibers (Panel B), nor do they differ with respect to area fractions of slow- and fast-twitch fibers (Panel C) (i.e., the proportion of diaphragm-fiber cross-sectional area accounted for by slow- or fast-twitch fiber types).

Rôle du kinésithérapeute

Admission SRPR : conséquences de la réanimation

Dépendance de la VM

Déglutition

NMAR

Décanulation

VNI

O2
Aérosolthérapie

K
I
N
E

Incidence, causes, and predictors of unsuccessful decannulation following prolonged weaning

Alessandro Ghiani¹, Konstantinos Tsitouras, Joanna Paderewska, Katrin Milger, Swenja Walcher, Mareike Weiffenbach, Claus Neurohr and Nikolaus Kneidinger²

Ther Adv Chronic Dis
2022, Vol. 13: 1–13
DOI: 10.1177/
20406223221109655
© The Author(s), 2022.
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-
permissions

Réanimation
DOI 10.1007/s13546-011-0243-1

RÉFÉRENTIEL / GUIDELINES

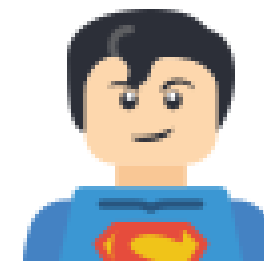


**Référentiel de compétences et d'aptitudes
du masseur kinésithérapeute de réanimation (MKREA)
en secteur adulte**

Guide to skills and abilities required for physiotherapist masseurs
in adult intensive therapy

Société de kinésithérapie de réanimation (SKR)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011



Evaluation

PubMed.gov

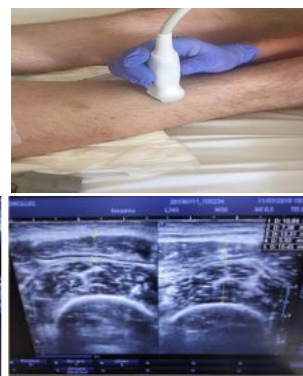
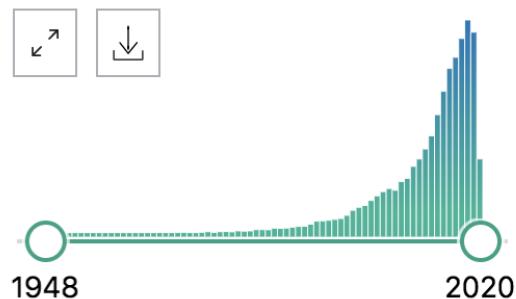
clinical assessment AND physiotherapy

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS 22,535 results

RESULTS BY YEAR



Thoracic ultrasound: Potential new tool for physiotherapists in respiratory management. A narrative review ☆, ☆☆

Aymeric Le Neindre ^a, Silvia Mongodi ^{b, c}, François Philippart ^a, Bélaïd Bouhemad ^{d, e}

Journal of Critical Care

Volume 31, Issue 1, February 2016, Pages 101-109



Thoracic ultrasound influences physiotherapist's clinical decision-making in respiratory management of critical care patients: a multicentre cohort study

Aymeric Le Neindre ^{1,2}, Louise Hansell ^{3,4}, Johan Wormser ⁵, Andreia Gomes Lopes ⁶, Carlos Diaz Lopez ⁷, Christophe Romanet ⁵, Gerald Choukroun ⁸, Maxime Nguyen ⁹, François Philippart ⁵, Pierre-Grégoire Guinot ⁹, Hergen Buscher ^{10,11}, Bélaïd Bouhemad ^{2,9}, George Ntoumenopoulos ¹²

Evaluation (2)

- Impact de la réanimation sur le patient
 - Identifier les facteurs de risque
 - Prioriser nos actions
 - Participer à la décision de la stratégie thérapeutique
-
- Et à l'organisation de sa mise en place





Table 4 Limiting factors to early mobilization

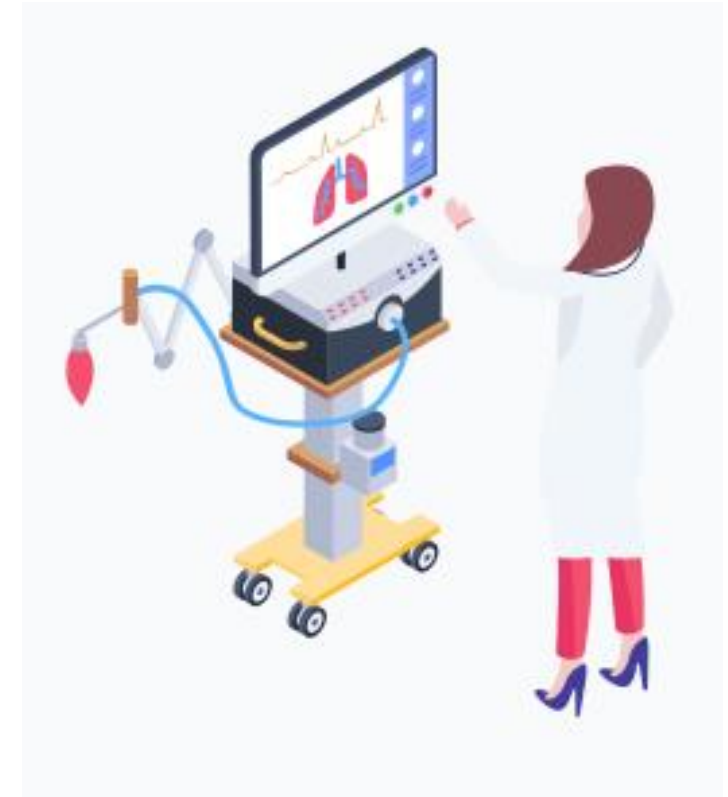
	Limiting factors to	
	Bed-to-chair transfer	Physical therapy sessions
	182 out of 709 (26 %)	744 out of 1418 (52 %)
Patient-dependent limiting factors		
Severe physiological instability	42 (23 %)	42 (6 %)
Hemodynamic instability	21	9
Respiratory instability	5	27
Neurological instability	16	6
Patient refusal	26 (14 %)	62 (8 %)
Patient-Independent limiting factor		
ICU Interventions	45 (25 %)	49 (7 %)
Surgery (transferred to OR)	16	16
Medical/imaging procedures	17	22
Nurse procedures	12	13
Insufficient staff (weekend)	11 (6 %)	396 (53 %)
Insufficient staff (weekdays)	0 (0 %)	16 (2 %)
No reported physical therapist consultation during week	–	177 (24 %)
Unspecified	58 (32 %)	2 (0 %)

Values expressed as number (%)

OR operative room

Sevrage de la ventilation mécanique

- Surveillance des réglages, des valeurs mesurées, des dispositifs...
- Evaluation du patient
- Modification des réglages (→ équipe)
- Réévaluation du patient avant re-ventilation
- REE sous VM
- EMI



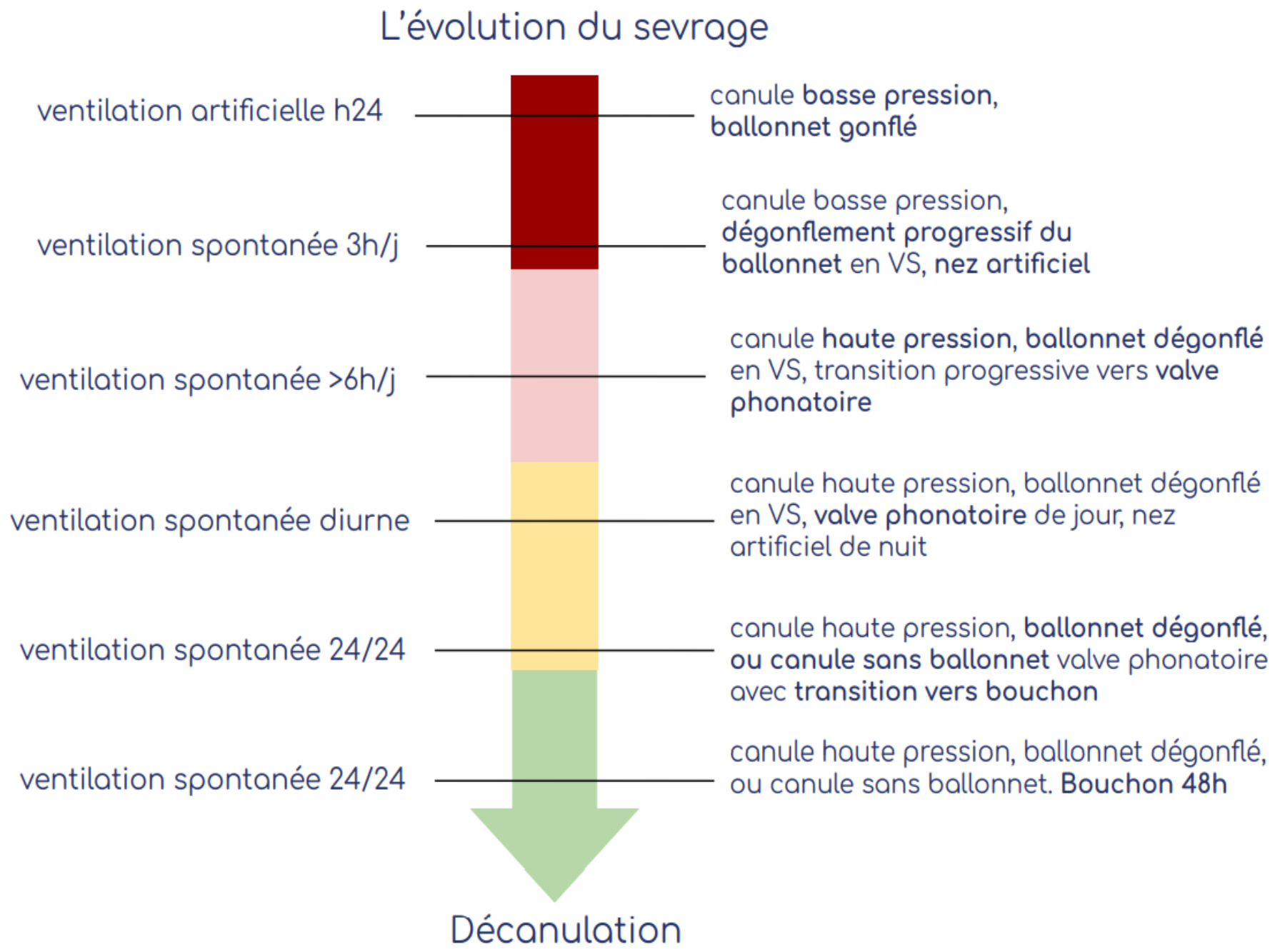
Gestion de la trachéotomie



- Gestion de la trachéotomie :
 - Choix de la canule
 - Des dispositifs (nez artificiel, valve phonatoire...)
 - Evaluation avant ablation
 - ...

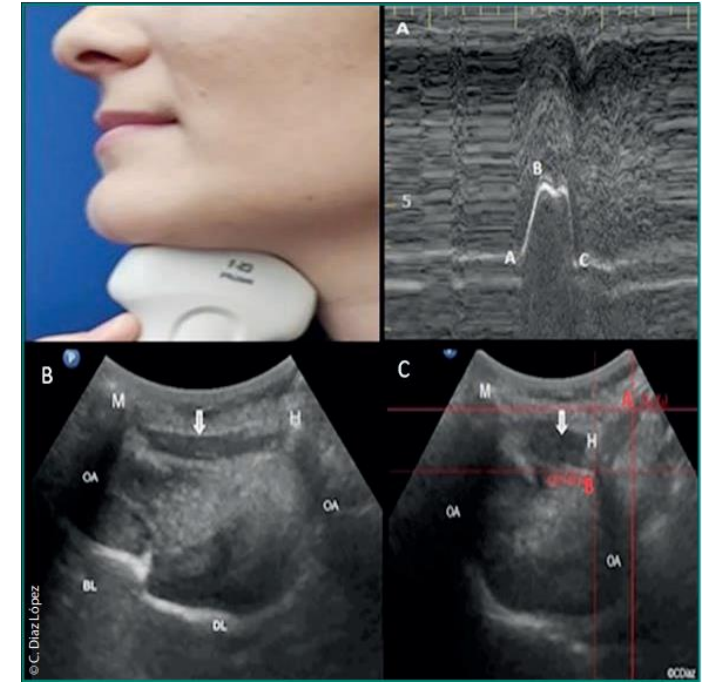


- Pas de données suffisantes
- Pas de protocole de service
- Mais



Déglutition

- Evaluation
- Mise en place des adaptations
- Rééducation
- Education
 - Du patient
 - De la famille
 - Des équipes soignantes/médicales



Version n°1 du 15/02/2022



**Hôpital
Forcilles**
Fondation Cognacq-Jay

Evaluation de l'efficacité de l'électrostimulation neuromusculaire transcutanée comme adjuvant au traitement habituel des troubles de la déglutition chez des patients trachéotomisés suite à un sevrage de la ventilation mécanique prolongée

SWALEC: SWAllowing disorders treatment by transcutaneous ELECtrical stimulation

Version n°1 du 15/02/2022

Mobilisation

- Lutte contre le déconditionnement
- Réduction de la durée de VM
- Récupération fonctionnelle
- Ré-autonomisation





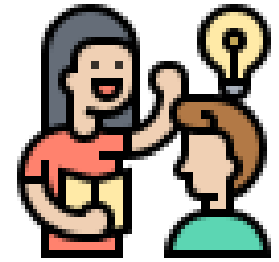
Installation du patient

- Prévenir
- Surveiller
- Favoriser les changements réguliers et fréquents

Membres Supérieurs	Membres Inférieurs	Précisions
		MSup : - Abduction de l'épaule d'un côté. Il faut bien tenir sous le coude pour éviter de perdre en adduction (la main glisse si non). Garder flexion de coude (avec serviette si possible car transpire ++ et il préfère). - Flexion dorsale poignet, doigts en extension (attention, un peu douloureux) Minf : Flexion hanches et genoux. Permettre la rotation externe des hanches
		Intervir les positions des membres supérieurs M.inf : Juste installation des bottes
		MSup : Adduction épaule au maximum. Il faut bien tenir sous le coude pour éviter de perdre en adduction (la main glisse si non). La main doit pouvoir arriver à l'autre épaule. Minf : Bottes pour pied mais <u><i>MI écartés pour augmenter l'abduction des hanches.</i></u>
		MSup : Changer le côté. Pensez également à maintenir l'adduction de l'épaule. Minf : <u><i>Coincer les jambes pour maintenir une rotation neutre</i></u>
Heure du changement :	Heure du changement :	

Education

- Autonomiser le patient dans la gestion :
 - D'une nouvelle condition
 - Des nouveaux soins
 - Des étapes du projet thérapeutique
- Ex :
 - Altérations fonctionnelles
 - Nouveaux dispositifs (trachéotomie, ventilation...)
 - Education préopératoire



Ré-éducation

Autres plus values du kinésithérapeute



Livre Blanc de la Douleur

La douleur postopératoire et sa chronicisation

→ Une collaboration :



Axel Maurice-Szamburski Valeria Martinez

Une démarche interdisciplinaire innovante

Améliorer la pertinence
et la qualité des soins

Synthèse de la littérature + Fiches pratiques



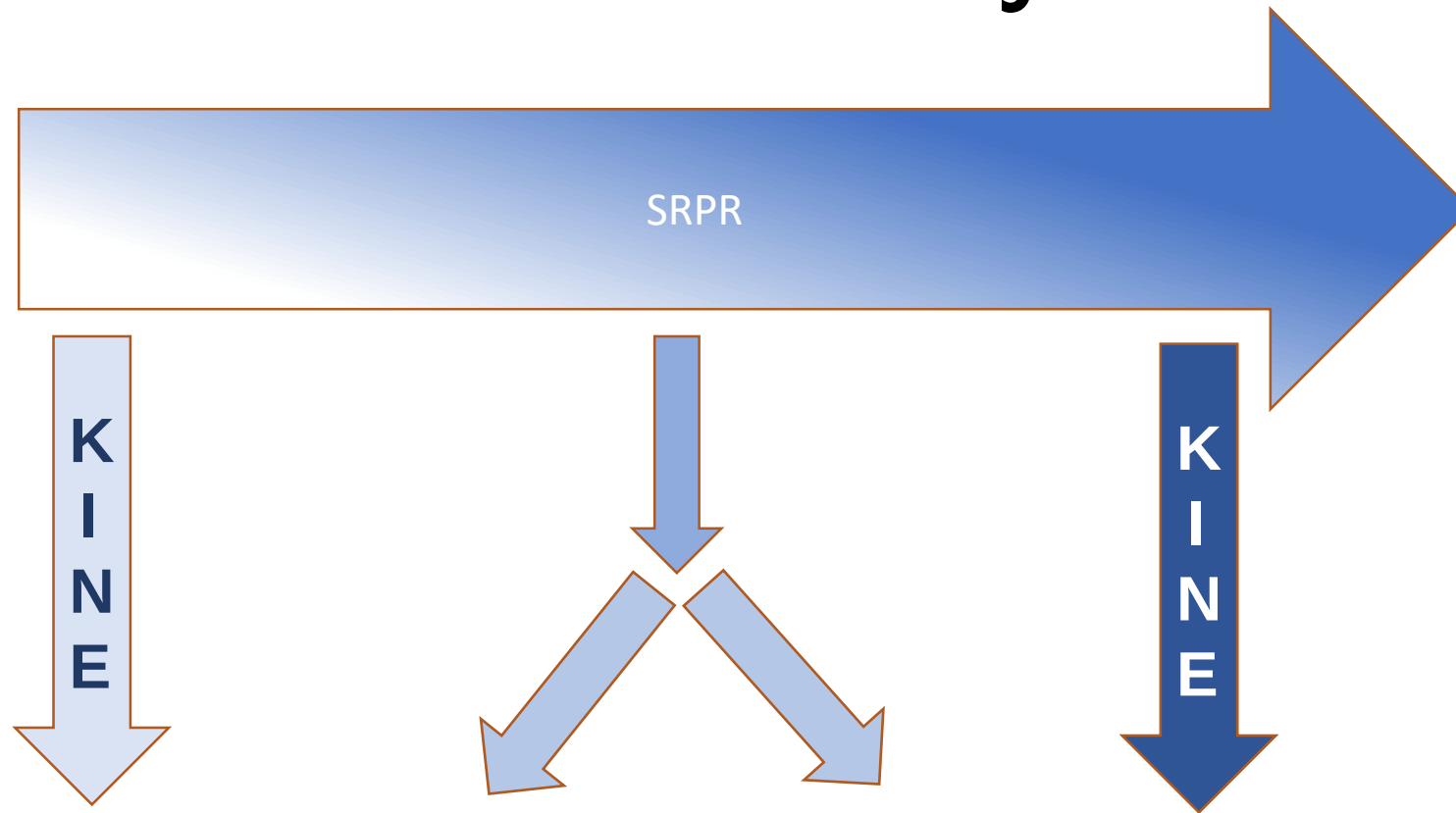
Autres plus value du kinésithérapeute



Les esclaves stagiaires
en kinésithérapie



Rôle évoluant durant le séjour



Dans le respect des compétences de chacun

Sans jugement de valeur

Exemple organisation HFO

- 9 : 00 – Réunion pluridisciplinaire
 - Médecins
 - IDE/AS
 - Kinésithérapeute
 - +/- orthophoniste, diététicien, psychologue
- 1 staff hebdomadaire
 - Mêmes professionnels
 - + assistante sociale
 - + autres professionnels à la demande

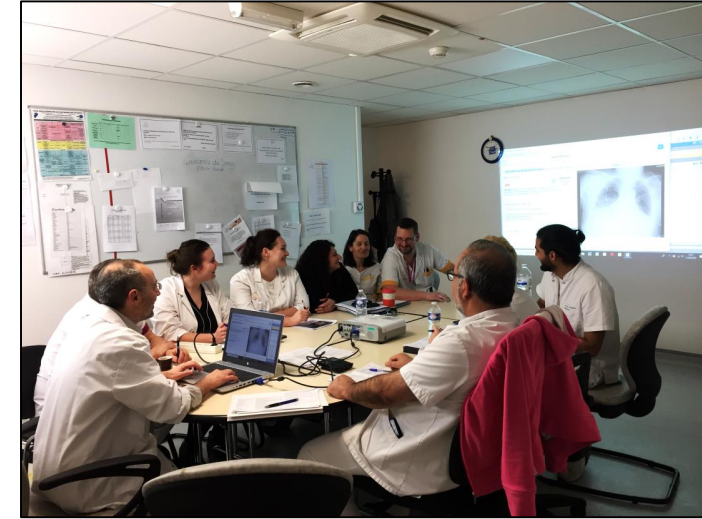


Exemple organisation HFO (2)

- Patient tolérant la déventilation sous valve phonatoire durant 2 heures
- Encombrement bronchique important
- Trouble de la déglutition sévère
- Très angoissé, manque d'éducation thérapeutique et nécessité séance kiné avant la déventilation
- Famille vient lui rendre visite à 16 heures

→ Journée organisée autour de cette visite

- Coordination soins, mise au fauteuil, kinésithérapie et déventilation + valve phonatoire



Exemple organisation journalière

ACTES DE MOBILISATION		8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	20h
Toilette		Tour 1			Tour 2															
Fauteuil	Passif																			
	Actif																			
Assis bord de lit																				
Verticalisation	Passif																			
	Actif																			
Mobilisation/renforcement analytique																				
Cyclo ergomètre																				
Electrostimulation																				
Déambulation																				
Psychologue																				
Orthophoniste																				
Diététicienne																				

Légende (code couleur) : Rouge : actes infirmier(ère) Orange : actes mixtes IDE/kiné/AS Bleu : actes kinés
Jaune : mise au fauteuil Vert : remise au lit

Niveaux de mobilisation selon l'état d'éveil et les capacités motrices :

- Niveau 1 : absence de motricité
- Niveau 2 : début de motricité
- Niveau 3 : motricité des MS contre pesanteur
- Niveau 4 : motricité des MS et MI contre pesanteur
- Niveau 5 : station début possible



En définitive

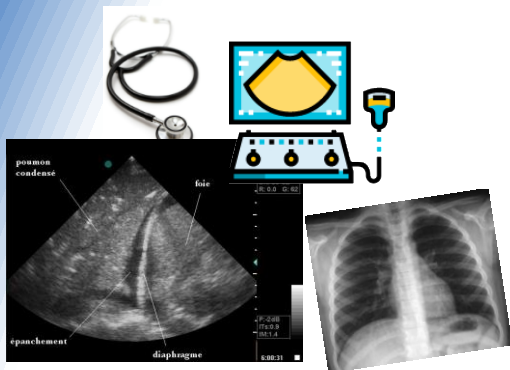
En définitive



Sevrage de la VM

Gestion des VAS

Relais avec VNI



Evaluation

- De l'état d'aération pulmonaire
- Musculaire, fonctionnelle
- De la déglutition
- ...

Douleur

Appareillages



Toux

Prévention

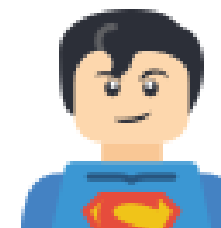


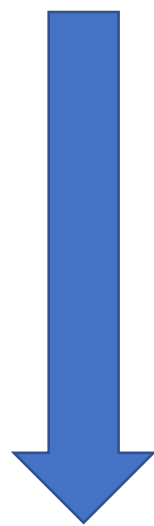
Enseignement

Recherche clinique



Rééducation





Rôle (plus value) du kinésithérapeute

Quelle plus value souhaitez-vous (votre équipe) pour le kinésithérapeute ?

Une image vaut plus que mille mots...



Merci de votre attention

