Dossier L'urgence en kinésithérapie : Risques et enjeux pour la profession 7

Note de la Rédaction

Les actes du colloque « *L'urgence en kinésithérapie : Risques et Enjeux pour la profession* », organisé par la Faculté libre de droit de l'institut Catholique de Toulouse, la Faculté de droit de l'Université Toulouse I Capitole et l'association Santéjuris, à Toulouse le 20 octobre 2018 sont co-publiés en partenariat au sein de « *Kinésithérapie, la Revue* », éditée par Elsevier SAS, et « Lexbase » SA.

- Monnoyer MC. Introduction au colloque « L'urgence en kinésithérapie : Risques et Enjeux pour la profession ». *Kinesither Rev* 2019;19(210).
- Jean S. Propos introductifs relatifs à l'urgence en kinésithérapie. *Kinesither Rev* 2019;19(210).
- Mangematin C. La responsabilité civile du masseur-kinésithérapeute dans le cadre de l'urgence de l'article L.4321-1 du Code de la Santé Publique. *Kinesither Rev* 2019;19(210).
- Cazalbou P. De la responsabilité pénale du masseur-kinésithérapeute face à l'urgence. *Kinesither Rev* 2019;19(210).
- Rocton R. L'urgence en kinésithérapie, point de vue de l'expert. *Kinesither Rev* 2019;19(210).
- Vialla F. Information et consentement du patient dans le cadre de l'urgence en masso-kinésithérapie. *Kinesither Rev* 2019;19(210).
- Gedda M. Diagnostics croisés du médecin-prescripteur et du masseur-kinésithérapeute en contexte d'urgence. *Kinesither Rev* 2019;19(210).

Ces communications ont préalablement été validées par les organisateurs, selon une procédure qui leur appartient. En ce sens, *Kinésithérapie la Revue* n'a pas effectué de contrôle éditorial de ces contenus qui respectent les règles d'éthique et de déontologie."

Diagnostics croisés du médecin-prescripteur et du masseur-kinésithérapeute en contexte d'urgence

Cross-diagnosis of doctor-prescriber and physiotherapist in emergency context

Michel Gedda

Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois

Rédacteur en chef de « *Kinésithérapie, la Revue* »

Mail : direction@a-3pm.org

Conflit d'intérêt :

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec le présent article.

Résumé :

Introduction : Le diagnostic kinésithérapique identifie les conséquences structurelles, fonctionnelles et situationnelles de la pathologie sur la gestuelle du patient. L'objectif de cette étude était d'identifier les anomalies de structures et dysfonctions pouvant potentiellement justifier « *les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* » évoqués par l'article L.4321-1 du Code de la santé publique.

Méthode : Les anomalies structurelles et dysfonctions susceptibles de présenter un risque de provoquer une aggravation ou une complication en l'absence d'intervention thérapeutique immédiate ont été sélectionnées à partir du corpus collégialement constitué en 2001. Les anomalies structurelles et dysfonctions incluses ont ensuite été regroupées par appareils et grandes fonctions.

Résultats : 44 anomalies structurelles ont été incluses ; elles impliquent 22 structures regroupées en 6 appareil avec une nette prédilection pour les appareils locomoteur et respiratoire. 22 dysfonctions ont été incluses ; elles impliquent 16 fonctions regroupées en 6 grandes fonctions avec une nette prédilection pour la locomotion, puis les fonctions posturale et respiratoire.

Discussion : Le nombre important de problèmes de santé inclus montre que la kinésithérapie représente un recours indiqué et légitime d'urgence. Cependant, le corpus constitué ne peut être considéré qu'au titre d'échantillon à potentiel d'illustration à vérifier et compléter. Cette étude incite à dépasser la notion d'*actes d'urgence*, pour investir la responsabilisation décisionnelle du kinésithérapeute en situation d'urgence. Les perspectives concernent l'expertise diagnostique et l'autonomie des masseurs-kinésithérapeutes.

Conclusion : Chaque kinésithérapeute a la possibilité d'adopter les dispositions de l'article L.4321-1 du Code de la santé publique afin d'assumer et de valoriser son potentiel décisionnel, puisque le diagnostic MK est le premier « acte » intellectuel du MK – y compris donc en situation d'urgence.

Mots clés : Chaîne logique ; Décision ; Gestuelle ; Problématique ; Projet du patient

Abstract:

Introduction: The physiotherapy diagnosis identifies the structural, functional and situational consequences of the pathology on the patient's gestures. The objective of this study was to identify anomalies of structures and dysfunctions that could potentially justify "the first acts of care necessary in physiotherapy" mentioned in Article L.4321-1 of the Code of Public Health.

Method: The structural anomalies and dysfunctions likely to present a risk of causing an aggravation or a complication in the absence of immediate therapeutic intervention were selected from the corpus collegially constituted in 2001. Structural anomalies and dysfunctions included were then grouped by systems and major functions.

Results: 44 structural anomalies were included; they involve 22 structures grouped into 6 systems with a clear predilection for the musculoskeletal and respiratory systems. 22 dysfunctions were included; they involve 16 functions grouped into 6 major functions with a clear predilection for locomotion, then postural and respiratory functions.

Discussion: The large number of health problems included shows that physiotherapy represents an indicated and legitimate remedy of urgency. However, the constituted corpus can only be considered as an illustrative potential sample to verify and complete. This study encourages us to go beyond the notion of *emergency acts*, to invest the physiotherapist's *decisional responsibility* in an emergency situation. The perspectives concern the diagnostic expertise and the autonomy of physiotherapists.

Conclusion: Each physiotherapist has the possibility to adopt the provisions of Article L.4321-1 of the Public Health Code in order to assume and enhance his decision-making potential, since the physiotherapeutic diagnosis is the first intellectual "act" of the physiotherapist – including in emergency situations.

Keywords: Logical chain; Decision; Gesture; Problematic; Patient project

L'article L.4321-1 du Code de la santé publique dispose [1] :

« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. »

Le diagnostic kinésithérapique est une obligation pour les kinésithérapeutes depuis 1996 [2]. Si le diagnostic médical identifie la pathologie responsable des troubles et souffrances du patient, le diagnostic kinésithérapique identifie les conséquences structurelles, fonctionnelles et situationnelles de cette pathologie sur la gestuelle du patient (*Figure 1*) [3].

Pour cela, le kinésithérapeute confronte les possibilités gestuelles du patient à ses besoins gestuels. Cela afin d'agir sur chacune de ces deux entités.

En 2001, une liste de 241 anomalies structurelles et de 124 dysfonctions a été identifiée par plus de 300 kinésithérapeutes recrutés et mobilisés dans le cadre d'une méthode scientifique (consultation de type Delphi, consensus d'experts formalisé, relecture randomisée et anonymisée) (*Figure 2*) [4].

Si cette liste est maintenant reconnue dans le cadre d'une activité prévue, on peut s'interroger sur sa pertinence dans le cadre de l'urgence, et plus généralement, sur l'intérêt de penser l'urgence en kinésithérapie non pas en fonction des actes mais plutôt en fonction des nécessités d'agir. En effet, aucune étude identifiée n'a, à ce jour, exploré de façon globale les problèmes de santé susceptibles de justifier l'intervention du kinésithérapeute en urgence.

Le principal objectif de la présente étude était d'identifier les anomalies de structures et dysfonctions pouvant potentiellement justifier « *les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* » évoqués par l'article L.4321-1 du Code de la santé publique, au regard d'un éventuel préjudice dû au retard de prise en charge [5].

L'objectif secondaire était d'identifier les structures et fonctions concernées par les anomalies de structures et dysfonctions précédemment identifiées.

Méthode

Les 241 anomalies structurelles (AS) et 124 dysfonctions (Dys) identifiées en 2001 [4] ont été étudiées une à une au regard de leur éligibilité répondant aux critères suivants :

- exclusion des AS et Dys n'entraînant aucun préjudice en l'absence d'intervention thérapeutique immédiate ;
- inclusion des AS et Dys
 - susceptibles de provoquer une aggravation ou une complication en l'absence d'intervention thérapeutique immédiate ;
 - en cas de doute, afin de permettre une éventuelle suppression ultérieure.

La sélection a été faite par l'auteur, par lecture simple dans l'ordre de présentation des As et Dys publiés.

Aucune recherche bibliographique ni consultation extrinsèque n'ont été menées de façon complémentaire.

Les structures impliquées ont ensuite été regroupées par appareil, selon la typologie établie en 2001 [4].

Les fonctions impliquées ont ensuite été regroupées par grande fonction, selon la typologie établie en 2001 [4].

Résultats

À l'issue de cette démarche, 66 problèmes de santé ont été inclus :

- 44 anomalies structurelles, impliquant 22 structures ;
- 22 dysfonctions, impliquant 16 fonctions.

Le détail de ces résultats est présenté au sein des [Tableaux I et II](#).

Les 22 structures impliquées concernent 6 appareils avec une nette prédilection pour les appareils locomoteur (n=15, soit 34,1 %) et respiratoire (n=13, soit 29,5 %), devant les appareils circulatoire (n=8, soit 18,2 %) et labyrinthique (n=6, soit 13,6 %), puis cutané (n=1, soit 2,3 %) et nerveux (n=1, soit 2,3 %) ([Figure 3](#)).

Les 16 fonctions impliquées concernent 6 grandes fonctions avec une nette prédilection pour la locomotion (n=8, soit 36,4 %), puis les fonctions posturale (n=5, soit 22,7 %) et respiratoire (n=4, soit 18,2 %), devant les fonctions de bien-être (n=2, soit 9,1 %) et de nutrition (n=2, soit 9,1 %) puis de perception (n=1, soit 4,5 %) ([Figure 4](#)).

Discussion

Au sujet des résultats

Le nombre non négligeable de problèmes de santé justifiant potentiellement une intervention kinésithérapique en urgence (N=66) est suffisamment important pour affirmer la réalité de ce besoin, au-delà des éventuelles inclusions de précaution qui seraient injustifiées : la kinésithérapie représente un recours indiqué et légitime d'urgence.

Cette étude montre que « l'urgence kinésithérapique » concerne d'abord l'appareil locomoteur et l'appareil respiratoire. Ces résultats correspondent à la représentation emblématique du « kiné » qui intervient sur les terrains de sport et, au quotidien, pour désencombrer les patients souffrant de problèmes respiratoires.

Cette étude révèle d'autres domaines moins notoires, tels que « l'urgence circulatoire » et « l'urgence labyrinthique ». Les occurrences des appareils cutanés et nerveux sont trop ténues pour être significatives à ce niveau d'étude.

On retrouve cette « dipolarité » locomotrice et respiratoire au niveau des grandes fonctions. Mais la présence de la fonction posturale en deuxième place rappelle l'important rôle de support de l'appareil locomoteur, et donc le risque inhérent en cas de dysfonction.

L'implication des fonctions de bien-être, de nutrition et de perception incite à approfondir le rôle de la kinésithérapie dans ces fonctions non anecdotiques.

Au sujet de la méthode

Le travail réalisé ne peut en aucun cas prétendre à produire un matériel exhaustif et consensuel. Il correspond à une démarche exploratoire réalisée de façon systématique et transparente à partir d'un matériau reconnu mais ancien.

En ce sens, les résultats présentés dans les Tableaux I et II ne peuvent être considérés qu'au titre d'échantillon à potentiel d'illustration.

Il apparaît en effet nécessaire de :

- vérifier plus précisément l'éligibilité de chaque item inclus ;
- compléter la liste au regard des évolutions des savoirs depuis 2001, conformément aux dispositions de l'article R.4321-80 du Code de la santé publique [5] : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science.* ».
- soumettre cette liste à la communauté professionnelle, afin de l'améliorer et de la valider de façon consensuelle.

Dans le même esprit, il semblerait pertinent d'investiguer la dimension « Situationnelle » qui justifie l'urgence – celle-ci n'ayant pas été explorée lors du travail de recherche initial [4].

Au sujet des perspectives élargies

Au regard de cette étude, on peut légitimement s'interroger sur le positionnement de l'article L.4321-1 du Code de la santé publique qui focalise et cloisonne l'urgence en masso-kinésithérapie sur les « *actes de soins nécessaires* ». Cette façon de limiter le sujet à « ce qu'on pourrait faire »,

sans investiguer – ni même évoquer – « le problème qui justifierait de le faire », semble particulièrement emblématique d'une période désuète durant laquelle on considérait les paramédicaux comme des « acteurs », alors qu'on sait maintenant combien la qualité thérapeutique dépend de la responsabilisation de chaque intervenant, elle-même influencée par son potentiel décisionnel.

D'ailleurs sur le fond, quelle est la cohérence d'autoriser des actions à celui dont on ne reconnaît pas le pouvoir de décider de leurs indications ? Reconnaître la possibilité d'agir « *en l'absence d'un médecin* », et donc d'un tiers décideur, n'est-ce pas implicitement admettre la compétence décisionnelle, ou *a contrario* mettre en danger un patient – de surcroît en situation de besoin aigu – par cette autorisation de décider seul d'intervenir ?

Cette nécessaire maîtrise des indications thérapeutiques ne correspond-elle d'ailleurs pas à la situation qu'on trouve plus régulièrement dans le quotidien sans urgence ?

Au-delà de son caractère rudimentaire, ce travail fait donc émerger quelques perspectives qui le dépassent pour impliquer de façon plus générale la profession, notamment :

- valoriser l'expertise diagnostique des masseurs-kinésithérapeutes ;
- établir et renforcer le champ cognitif patrimonial de la profession ;
- supprimer de l' « obstacle juridique » qu'est la prescription médicale [7].

Conclusion

Les diagnostics médical et kinésithérapique se complètent :

- ils ne portent pas sur les mêmes objets ;
- ils ne découlent pas des mêmes démarches ;
- ils n'entraînent pas les mêmes objectifs.

L'article L.4321-1 du Code de la santé publique projette le diagnostic kinésithérapique en contexte d'urgence – ce qui oblige le masseur-kinésithérapeute à y répondre en tant que tel :

- il ne peut nier ses compétences d'évaluation et de traitement ;
- il ne peut omettre son processus d'intervention ;
- il ne peut s'exonérer de son devoir d'écrire et de rendre compte – condition prévue par le même article.

L'article L.4321-1 reste cantonné à une vision passéiste et partielle de la profession. Chaque masseur-kinésithérapeute a cependant la possibilité d'en dépasser les dispositions afin d'assumer et de valoriser son potentiel décisionnel : le diagnostic MK n'est-il pas le premier « acte » intellectuel du MK ?

Considérant toutefois que savoir agir c'est d'abord savoir s'abstenir.

Au-delà des contingences et possibilités immédiates, il ne serait pas vain de poursuivre ces réflexions relatives à l'urgence dans une dimension plus ontologique. En effet, une fois la nécessité d'intervenir décidée, on peut se demander comment concilier la contrainte d'urgence avec le principe d'action kinésithérapique essentiellement progressif et médiate (durée > intensité) [4].

Et peut-être ne serait-il pas impertinent finalement d'identifier, non pas les actes d'urgence, mais les objectifs et les actes kinésithérapiques susceptibles de répondre aux anomalies et dysfonctions d'urgence incluses.

Bibliographie :

1. République Française. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Titre III : Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé. Chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain. Article 123.
2. République Française. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Journal Officiel N°236 du 9 octobre 1996:14802-3.
3. Gedda M. Au cœur de la kinésithérapie : son diagnostic. Kinesither Sci 1998 ; 375 : 43-54.
4. Gedda M, et al. Décision kinésithérapique : Identité - Démarche - Chaînes logiques. Masson : 2001, 350p.
5. Jean S. De l'urgence à définir l'urgence en Kinésithérapie. Kinesither Rev 2017 ; 192 : 51-6.
6. République Française. Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Article 1.
7. Jean S. Introduction. Colloque « L'urgence en kinésithérapie » : Toulouse, 20/10/18.

Iconographie :

Figure 1. : Processus diagnostiques des médecin, infirmier et kinésithérapeute : des spécificités complémentaires [3].

Figure 2. : Rosaces des 241 Anomalies de structures et 124 Dysfonction [4].

Figure 3. : Appareils correspondant aux 22 structures impliquées.

Figure 4. : Grandes fonctions correspondant aux 16 fonctions impliquées.

Tableau I. Structures et anomalies de structure incluses.

Structure	Anomalie structurelle
os	fracture non consolidée, fissure, perte de substance, arrachement marginal
articulation	subluxation
articulation	luxation, luxation récidivante
ligament	déchirure ligamentaire, entorse
ménisque	coincement méniscal
muscle strié	hématome intramusculaire
fibre contractile	crampe
fibre contractile	contusion musculaire (écrasement de la fibre)
fibre contractile	élongation, distension, micro-déchirure
fibre contractile	déchirure, rupture complète, claquage
fibre contractile	fasciculation, crispation, secousse, spasme
tendon	ténosite (tendinite), ténosynovite, ténobursite
système nerveux central	hypertonie spastique ou pyramidale
système nerveux central	syncinésie pathologique, synergie primitive, motricité non dissociée
système nerveux central	myoclonie
cortex cérébral	hyperexcitabilité neuronale (épilepsie)
vestibule	aréflexie, hypo-réflexivité vestibulaire unilatérale ou bilatérale
vestibule	hyper-réflexivité vestibulaire
vestibule	rupture intra-labyrinthique (vertige récurrent)
vestibule	cinétose
canal semi-circulaire	cupulo-lithiase, canalo-lithiase (vertige paroxystique positionnel bénin)
cœur	infarctus, angor
cœur	cardiomyopathie obstructive
artère	hypertension artérielle de repos
artère	hypotension orthostatique
artère	obstruction partielle de l'artère, artériopathie
artère	ulcère artériel
artère	embolie pulmonaire
veine	phlébothrombose (caillot libre)
fosse nasale, sinus	encombrement muqueux des fosses nasales, rhinorrhée
fosse nasale, sinus	calcul des fosses nasales, rhinolith
trachée	encombrement muqueux trachéal
trachée	sténose trachéale
bronche	encombrement muqueux de la bronche
bronche	coarctation bronchique, bronchospasme, bronchoconstriction
bronche	œdème bronchique
bronchiole	encombrement muqueux de la bronchiole
bronchiole	œdème épithélial
alvéole	encombrement muqueux de l'alvéole
alvéole	atélectasie, affaissement alvéolaire, fermeture perturbant l'hématose
plèvre	épanchement, pleurésie, hémithorax, poche pleurale, contusion pariétale
cage thoracique	fracture costale simple
strate cutanée	désunion cicatricielle

Tableau II. Fonctions et dysfonction incluses.

Fonction	Dysfonction
se transférer	transfert impossible
se transférer	transfert précaire
se mettre debout	difficulté pour se relever du sol
s'asseoir	difficulté pour s'asseoir
marcher en terrain plat	difficulté pour marcher, dysbasie, abasie
marcher en terrain plat	boiterie d'origine douloureuse
marcher en terrain plat	marche prothétique incertaine avec risque de chute
marcher en terrain plat	instabilité du genou prothétique libre
maintien axial	déséquilibre de la statique générale
maintien axial	absence de maintien de la tête
s'équilibrer	réduction des capacités d'équilibration
maintenir l'équilibre assis	équilibre assis précaire
maintenir l'équilibre bipodal	équilibre bipodal précaire, dystasie
percevoir la douleur	hyperalgésie, allodynie, anesthésie douloureuse
respirer	dyspnée au moindre effort
inspirer	difficulté pour inspirer
tousser	toux inefficace
expectorer	difficulté pour expectorer
déglutir	difficulté pour déglutir, dysphagie
déglutir	fausse-route
ne pas éprouver de douleur	douleur par excès de nociception
être détendu	stress : nervosité, perturbation du contrôle tonico-émotionnel

Quelle est la pathologie responsable ?

Sélection

Traite la
Maladie

MÉDECIN

INFIRMIER

Soigne
l'Individu

Compréhension

Quelle est la réaction humaine ?

**DES
DIAGNOSTICS
?**

KINÉSITHÉRAPEUTE

Traite la
Gestuelle

Confrontation

Quelle est la gestuelle possible ?

- Appareil circulatoire
- Appareil cutané
- Appareil labyrinthique
- Appareil locomoteur
- Appareil nerveux
- Appareil respiratoire