

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES



Mémoire présenté en vue de l'obtention du
DIU Européen de Rééducation et d'Appareillage en Chirurgie de la Main

- **Session 2021-2023** -

**Rééducation de la main et pansements :
proposition d'un outil en vue d'optimiser
la récupération fonctionnelle après une plaie de la main.**

Membres du Jury :

- Docteur Forli A.
- Docteur Gras M.
- Monsieur Gerlac D.
- Madame Poirier Coutansais N.

Léna ASTHER
Masseur-kinésithérapeute
Tours

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement le Docteur Alexandra Forli, Monsieur Denis Gerlac, le Professeur François Moutet ainsi que tous les intervenants du DIU pour leurs enseignements passionnants et grâce auxquels j'ai beaucoup appris. Merci pour cette transmission de savoirs inestimable.

Mes remerciements vont également aux responsables de stages et à leurs équipes pour leur accueil et le temps précieux que vous nous avez accordé. Ces moments furent très enrichissants. Je remercie aussi l'équipe administrative pour leur efficacité durant ces 2 années intenses.

J'aimerais saisir cette occasion pour remercier l'équipe du SOS Main de Tours, chirurgiens passés et présents, infirmières et infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et tout les membres de l'équipe ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire. Nos échanges inspirants et stimulants sont source de motivation depuis toutes ces années.

Une pensée pour toi Manon, avec qui je partage tant autour de cette passion commune.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes collègues et amies, Sophie-Anne et Aurélie, pour leur écoute bienveillante au quotidien et leur aide précieuse pour la relecture de ce mémoire.

À mes proches, mes amis et mes collègues libéraux, pour vos encouragements et votre soutien indéfectible tout long de cette aventure.

À ma famille, pour votre soutien sans faille et à ma mère pour ses conseils avisés, essentiels à l'aboutissement de ce projet.

Et à toi Joris, merci pour ta présence, ta patience et ton humour qui m'ont permis d'accomplir tant de choses.

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

SES : Syndrome d'Exclusion Segmentaire

SDRC : Syndrome Douloureux Régional Complexe

DLM : Drainage Lymphatique Manuel

CCM : Capacité Cutané Maximale

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4-5
INTRODUCTION.....	6-7
A- LE RÔLE DE CHACUN.....	7
1- Infirmières Diplômés d'État (IDE).....	7
a. Décret de compétences.....	7-8
b. Soins spécifiques aux plaies et aux pansements.....	8
2- Masseur-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE).....	9
a. Décret de compétences.....	9
b. Soins spécifiques à la main.....	9-11
3- Le patient.....	11-12
4- Le pansement.....	12-13
B- TYPES DE CICATRISATION : DÉLAIS ET PANSEMENTS.....	13
1- Généralités.....	13
a. La peau.....	13-14
b. La cicatrisation.....	15-16
2- Fermeture simple.....	16
3- Cicatrisation dirigée.....	16-17
4- Brûlure et greffe de peau.....	17-18
5- Lambeau.....	19
C- L'INFLUENCE DU PANSEMENT SUR LA RÉCUPÉRATION OPTIMALE DE LA MAIN.....	19
1- A propos de la mobilisation précoce.....	19-24
2- A propos de la stimulation de la sensibilité cutanée.....	24-26
3- A propos du schéma moteur et de l'exclusion segmentaire.....	26-27
4- A propos de l'auto rééducation.....	27-29
5- A propos des orthèses.....	29-30

D- LA MISE EN PLACE DES CRITÈRES D'APPLICATION D'UN PANSEMENT DE LA MAIN ET DES DOIGTS.....	31
1- Critères.....	31
2- Support.....	32-34
E- DISCUSSION.....	34-36
CONCLUSION.....	36-37
BIBLIOGRAPHIE.....	38-41
ANNEXES.....	42-68

INTRODUCTION

La main est un outil primordial à la communication non verbale ainsi qu'à la réalisation des actes de la vie quotidienne. Pour Kapandji, « la main de l'Homme est un merveilleux outil, capable d'exécuter d'innombrables actions grâce à sa fonction principale essentielle : la préhension » [1].

De part sa nature et sa fonction, la main est une structure très exposée aux lésions traumatiques. En 2016, les traumatismes de la main représentent environ 10% des motifs de consultations dans les services d'urgence en France [2].

Les plaies sont l'une des principales causes de ces consultations et concernent 35 à 51% des blessures de la main. Au travail, les blessures de la main sont les plus fréquentes. La moitié des accidents de travail engendrant une incapacité persistante, résulte de ces blessures. [3]

Ces traumatismes peuvent donc être ouverts mais aussi fermés et un geste chirurgical pourra y être associé si besoin. La prise en charge de pathologies traumatiques de la main nécessite donc fréquemment la mise en place de soins locaux tels que des pansements.

La main est aussi le siège de nombreuses maladies : Maladie de Dupuytren, arthrose à localisations multiples, doigt à ressaut, syndrome du canal carpien, polyarthrite rhumatoïde, main congénitale, neurologique et autres. Ces pathologies dites « chroniques » peuvent avoir un impact plus ou moins invalidant sur la vie sociale et professionnelle du patient. Lorsque la douleur et l'altération de la fonctionnalité de la main deviennent trop importantes, elles pourront nécessiter une prise en charge chirurgicale. L'utilisation de pansements sera donc indispensable et il sera essentiel qu'ils n'entravent pas la rééducation du patient, fondamentale au retour des capacités fonctionnelles de la main.

D'après Le Lardic, « les pathologies de la main ont une incidence économique considérable pour notre société ». Leur prise en charge est un enjeu de santé publique en raison du nombre important de jours d'arrêt de travail et de l'incapacité fonctionnelle qui en découle. [4]

L'application de pansements selon des critères bien spécifiques pourrait faciliter la rééducation et l'auto-rééducation du patient, essentielles pour retrouver rapidement son autonomie et son quotidien. Ainsi, nous parlerons de comment et pourquoi la réalisation des pansements peut influencer la récupération fonctionnelle de la main.

Le travail pluridisciplinaire est indispensable pour une prise en charge complète et optimale du patient. La coopération entre les Infirmier(ère)s Diplômé(e)s d'État (IDE) et les Masseurs-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE) sera primordiale dans la mise en place de ces critères.

A- LE RÔLE DE CHACUN

1. Infirmier(ère)s Diplômé(e)s d'État (IDE)

a. Décret de compétences

Les compétences des IDE sont définies par l'arrêté du 15 août 2009, (Annexe 1) [5] :

- « 1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*
- 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers*
- 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*
- 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique*
- 5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*
- 6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*
- 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle*
- 8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*
- 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes*
- 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation ».*

Le rôle propre d'après l'Article R4311-5 [6] :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- ...
- *20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;*
- *21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;*
- ...
- *27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ».*

Le rôle prescrit d'après l'Article R4311-7 [6] :

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- ...
- 20° Soins et surveillance d'une plaie ».

b. Soins spécifiques aux plaies et aux pansements

Lors de la réfection de pansement, l'IDE respectera des règles d'hygiène strictes. Comme par exemple le lavage des mains du praticien, nettoyage de la plaie, ainsi que beaucoup d'autres gestes pour prévenir des potentielles infections [7].

Les IDE auront un rôle important dans la surveillance des signes de complications comme l'aspect, la rougeur et l'odeur par exemple [8]. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les 4 principales complications sont une désunion de plaie opératoire, une infection, un hématome et une nécrose [9]. Une allergie au pansement, une saillie du matériel ainsi que des cicatrices pathologiques seront aussi des complications auxquelles les IDE seront attentifs. Ces derniers surveilleront également la réimplantation digitale, la prise de greffe ou de lambeau [8].

Les IDE contrôleront et conseilleront le patient sur la gestion de la douleur, de l'œdème, du positionnement et des mobilisations à faire [8]. Ces dernières concerneront les articulations non immobilisées ou autorisées à bouger d'après le protocole de rééducation mis en place.

Le pansement sera positionné de façon à ce que la partie adhésive ne soit pas sur la plaie.

Pour retirer les pansements, l'IDE devra veiller à rester autant que possible en infra-douloureux. Du sérum physiologique pourra être utilisé pour humidifier les pansements cartonnés et/ou collés à la plaie. Une traction du pansement tangentielle à la plaie sera exercée pour que les adhérences de la compresse sur la plaie cèdent sans tirer. Le patient a la possibilité de prendre des antalgiques avant les soins pour que ce geste, souvent douloureux, ne le soit pas. [8]

Une fois que le pansement n'est plus nécessaire et que la plaie est refermée, le lavage est autorisé et se fait normalement ce qui permet au patient de commencer à se réapproprier sa main blessée [8, 9]. La cicatrice sera laissée à l'air libre pour favoriser la récupération rapide de la motricité et de la fonction de la main [8].

Les soins infirmiers se feront toujours dans le respect du patient, prenant en compte ses composantes psychologique, physiologique, économique, sociale et culturelle. [10]

2. Masseur-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat (MKDE)

a. Décret de compétences

Les compétences des MKDE sont définies par l'arrêté du 15 septembre 2015, (Annexe 2) [11]:

- « 1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation
3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage
4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie
5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie
6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie
7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources
10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation ».

Les MKDE n'ont pas les compétences de pratiquer des soins de plaies et n'appliquent pas de pansements. Ces rôles sont principalement dédiés aux IDE.

b. Soins spécifiques à la main

La rééducation doit être commencée le plus tôt possible pour prévenir des raideurs, l'apparition de l'œdème, l'orientation de la cicatrisation grâce au maintien des plans de glissements et des amplitudes articulaires [4].

La main est une partie du corps très importante pour l'être humain. La notion de main outil et de la main sociale avec son côté esthétique sont primordiales. La difficulté à assumer les mutilations ou les déficits des performances motrices et sensitives de la main a bel et bien un impact non négligeable sur la récupération du patient [12].

La rééducation d'un patient opéré de la main se fait en tête à tête et implique une relation de confiance importante qui sera bénéfique à la réussite du traitement.

Le MKDE commencera sa prise en charge par un bilan initial lors de la première séance. Il permettra d'établir des objectifs hiérarchisés pour adapter au mieux la rééducation et de communiquer avec l'ensemble des soignants le plan de traitement [8].

Après une opération, la première séance est aussi très importante car cela peut être la première fois que le patient découvre ses plaies. Il faut être rassurant et enlever le pansement avec douceur. Le rééducateur surveillera l'état de la peau (cicatrisation, infection). Il expliquera au patient ses lésions, le déroulé de l'opération avec le compte rendu opératoire et le déroulé des séances de rééducation pour l'impliquer d'autant plus dans sa prise en charge. [4]

La notion d'auto-rééducation sera mise en place rapidement pour obtenir de meilleurs résultats. Il est essentiel que le patient effectue correctement ces exercices et donc que le MKDE enseigne les bons mouvements à réaliser, idéalement en actif, pour mobiliser tous les plans de glissements les uns par rapport aux autres. Le but étant de limiter d'éventuelles séquelles (adhérences, rétractions,...). [4]

Si une orthèse est prescrite par le chirurgien, le MKDE aura un rôle dans sa surveillance pour vérifier sa tolérance et son efficacité qui sont impératives pour obtenir des résultats [13, 14]. Elle ne doit pas créer de point d'appuis ou entraver la circulation sanguine, et ne pas engendrer des contraintes inadaptées. Elle doit être non douloureuse et confortable. Le volume de la main peut augmenter ou diminuer de part l'évolution de l'œdème ou encore des pansements. Cet ensemble sera à contrôler régulièrement et pourra conduire à une réfection de l'orthèse si besoin. [13, 15]

« La prévention de la douleur demeure son meilleur traitement » [16]. La gestion de la douleur et son apprentissage auprès du patient font aussi parti du rôle du MKDE. Pour atténuer la douleur, les professionnels de santé informeront le patient des soins qui suivront [17]. Le rééducateur veillera à adapter les contraintes appliquées sur les différents tissus lors des séances et à ce que le patient les respecte quand il reproduira les exercices.

Si les limites sont dépassées, les risques d'une réponse inflammatoire augmentent et donc un surcroît de fibrose. [4, 8]

Le rééducateur participe à la surveillance de la prise adéquate des antalgiques par le patient grâce à la prescription du médecin ou du chirurgien : une bonne observance pour une meilleure efficacité. En effet, il communiquera avec ces derniers si lors des soins le patient rapporte une douleur quotidienne non soulagée par le traitement mis en place. Il pourra être réajusté si besoin avec une nouvelle prescription médicale. [4, 17]

Le contrôle de l'œdème sera primordial et le MKDE aura plusieurs moyens pour lutter contre : Drainage Lymphatique Manuel (DLM), bandages, déclive.

Avec la lutte contre la douleur, la lutte contre l'œdème permet de diminuer les résistances au mouvement. [4]

A terme, lors d'une prise en charge de rééducation de la main, nous espérons une récupération fonctionnelle de la main dans les meilleurs délais, en limitant au maximum l'apparition de certains risques principaux comme le Syndrome d'Exclusion Segmentaire (SES), le Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC), les raideurs, les douleurs, ... [4].

3. Le patient

Dès le début des soins, l'équipe soignante doit tout mettre en place pour que le patient soit acteur de sa prise en charge pour optimiser les résultats. Comme évoqué précédemment, il lui sera expliqué son traumatisme, ses lésions, les gestes chirurgicaux et les soins paramédicaux qui suivront. Cela permettra au patient de mieux comprendre et d'être d'autant plus impliqué dans sa prise en charge. [4]

Lors de la première séance de rééducation, le MKDE apprendra au patient les consignes et exercices que ce dernier reproduira à son domicile. La notion d'auto-rééducation sera introduite rapidement grâce à une bonne explication des mouvements idéalement de manière active, l'importance du contrôle de l'œdème avec la mise en déclive du membre supérieur par exemple, et également tout ce que le patient pourra mettre en place pour se protéger ainsi qu'éviter de potentielles séquelles. [4]

Toutes ces consignes seront réalisées dans les limites de la douleur du patient. Il faudra être attentif à ses expressions verbales, ses réactions comportementales et ses indicateurs physiologiques de stress qui constituent l'expérience de la douleur. Le patient exprimera sa douleur et aura un rôle actif grâce à une auto-évaluation qui sera toujours préférée car elle est plus valide. [4, 18]

Un traitement antalgique lui sera également administré dans des délais suffisants avant un examen clinique douloureux, une séance de rééducation ou un soin infirmier comme par exemple la réfection d'un pansement. L'efficacité du traitement sera évaluée régulièrement par les différents professionnels de santé et par le patient. [16]

Le programme d'auto-rééducation sera une décision conjointe entre le patient et le MKDE. Il mêlera à la fois les attentes/besoins du patient et les conclusions du bilan thérapeutique. Ce programme personnalisé intégrera aussi les dimensions psychologique et sociale du patient avec ses contextes personnels et environnementaux. Une prise en charge globale du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire, la bonne compréhension des exercices qui lui sont donnés et surtout l'adhésion du patient permettront une meilleure efficacité de son auto-rééducation. Il est primordiale que tout soit mis en place pour lui permettre de réaliser ses exercices de mobilisation, notamment un pansement qui entrave le moins possible les mouvements. [4, 8]

4. Le pansement

Un pansement est un dispositif médical occlusif et stérile mis en place au niveau d'une plaie dans le but de la protéger et d'en favoriser la guérison [8, 19].

La prescription médicale est nécessaire pour réaliser ce soin et avoir son indication. Elle permet d'indiquer [9] :

- Le type de la plaie, sa localisation et ses dimensions ;
- La durée de traitement tenant compte de l'ablation des points de suture, ainsi que la fréquence ou le nombre de renouvellements prévus ;
- La classe des pansements et leurs dimensions ;
- Une indication sur le caractère adhésif ou non des pansements.

Les attentes envers le pansement post-opératoire sont résumées par le principe « PACA » [9] :

- Protection : vis-à-vis des frottements, mouvements inadaptés, germes ;
- Absorption : exsudats / hémorragies ;
- Compression : limiter le risque d'hématome et d'œdème post-opératoire ;
- Action sur les tensions exercées sur les bords de la plaie.

Le pansement protégera la plaie du patient ce qui favorisera une diminution de la douleur et de mieux vivre sa plaie au quotidien en « l'habillant de manière plus esthétique ». [8]

La première réfection du pansement intervient généralement à J1-J2 après la chirurgie.

Un pansement simple sera renouvelé tous les 2-3 jours avec une surveillance de la plaie et de son évolution. Pour les plaies simples fermées avec des points de suture, leur ablation se fera généralement autour de J15 et en dehors de toute complication, un pansement ne sera plus nécessaire. Le patient pourra se laver normalement. [9]

La coordination entre MKDE et IDE sera très importante pour l'application du pansement et suivre la règle des 4P de Raymond Vilain [10], un « pansement le plus petit possible » qui laisse libre au maximum les extrémités et les zones sensibles afin de ne pas « aveugler » les pulpes et la paume. Il faudra qu'il soit le plus minimaliste possible pour ne pas bloquer les articulations et entraver leurs mobilisations. Toutes ces consignes permettront aux fonctions essentielles de la main et des doigts de se réaliser : toucher et prendre des objets. La taille du pansement aura également un impact sur la mise en place des orthèses. Un pansement trop volumineux entravera leur ajustement. [4, 8, 10]

B- TYPES DE CICATRISATION : DÉLAIS ET PANSEMENTS

1. Généralités

a. La peau

La peau est l'organe le plus étendu du corps humain. Elle enveloppe et protège l'organisme du monde extérieur : des dommages mécaniques, des infections microbiennes, des rayons ultraviolets et des températures extrêmes. La peau de la main est aussi garante de souplesse et de sensibilité permettant à la main de remplir son rôle de préhension. [4, 8, 20]

La peau palmaire est épaisse, peu extensible et glabre. Elle est riche en mécanorécepteurs et est organisée en crêtes papillaires ce qui permet d'optimiser les capacités vibrotactiles. C'est la face fonctionnelle de la main et permet une bonne préhension. Elle est aussi constituée de tissus graisseux, tissus conjonctifs et des glandes sudoripares qui la rendent plus résistante aux agressions extérieures grâce à un film hydrolipidique produit par ces dernières.

La peau dorsale est très fine, extensible et mobile par rapport au tissu sous-jacent. Elle doit rester souple et permettre la flexion complète des doigts. C'est la face sociale de la main. [8, 21, 22]

La peau est constituée de 3 couches : épiderme, derme, hypoderme (figure 1 et 2).

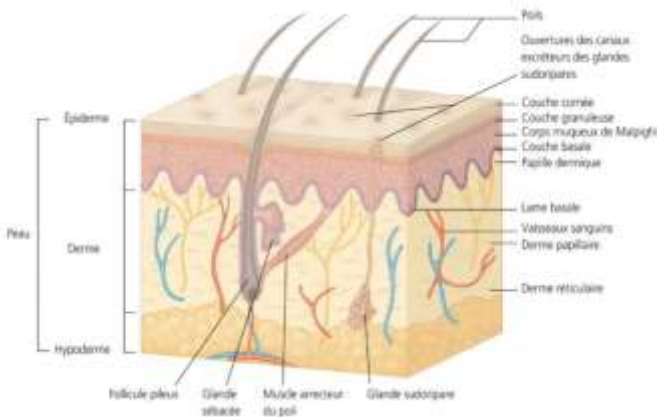


Figure 1 : La structure de la peau [20]

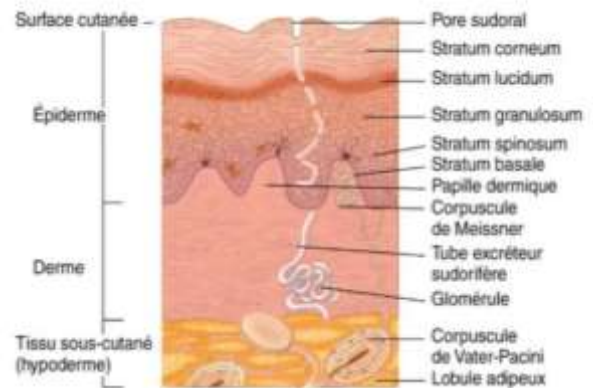


Figure 2 : La structure de la peau [20]

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau. Cet épithélium de revêtement pluristratifié non vascularisé est composé d'un couche basale, la plus profonde, qui se renouvelle sans cesse. Les kératinocytes constituent 90% des cellules de l'épiderme qui migrent vers la surface et se transforment en cornéocytes pour constituer la couche cornée la plus externe de l'épiderme. Les cellules de Langerhans (participent au système immunitaire), les mélanocytes (protègent des rayons ultraviolets et pigmentent les tissus) et les cellules de Merkel (mécanorécepteurs) composent les 10 à 20% restants. [8, 20, 23]

La jonction dermo-épidermique est une membrane basale complexe jouant le rôle de liaison entre l'épiderme et le derme. [8, 20]

Le derme est un tissu conjonctif de soutien. Son rôle est de donner de la solidité et de l'élasticité à la peau. Il a également un rôle sensitif, nutritif et de vascularisation. Il est composé de fibroblastes qui assurent cette cohérence et cette souplesse en produisant, entre autres, du collagène de type I et III, de l'élastine et de l'acide hyaluronique. [8, 20, 23]

L'hypoderme est un tissu adipeux et aussi la partie la plus profonde de la peau. Cette strate est composée principalement de cellules adipeuses (adipocytes). Son rôle est d'amortir les blessures mécaniques, de constituer une réserve énergétique et d'être un isolant thermique pour participer à la thermorégulation. [8, 20, 23]

b. La cicatrisation

La cicatrisation se fait en 3 étapes : une phase vasculo-inflammatoire (figure 3 : a et b), une phase proliférative (c) et une phase de remodelage (d). [4, 8, 21, 23]

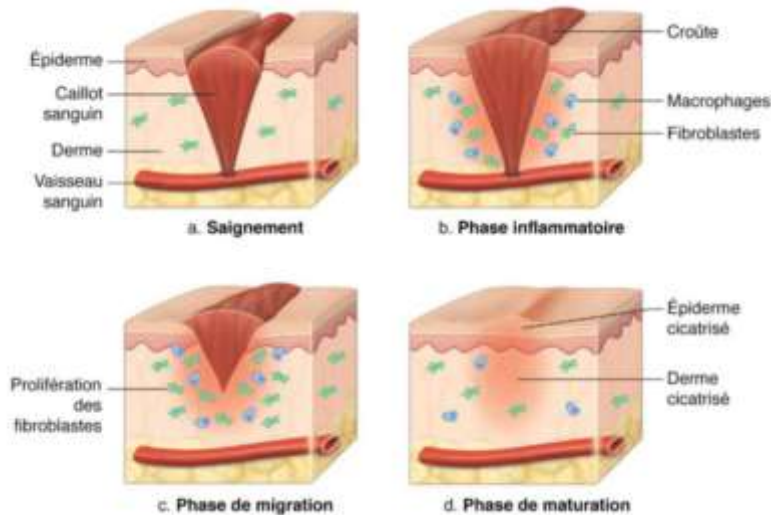


Figure 3 :
phase de la
cicatrisation [20]

La première phase agit directement après le traumatisme et pendant 3-4 jours. Elle commence par l'hémostase pour arrêter le saignement, former un thrombus et créer une fermeture provisoire. En parallèle, une phase de détersion s'active pour nettoyer la plaie et une réaction vasculaire se met en place pour créer une néo-vascularisation. Ainsi l'apport des nutriments nécessaires et le maintien de l'homéostasie de l'oxygène permettront la prolifération cellulaire et la régénération tissulaire.

La deuxième phase est la phase de bourgeonnement. Elle commence à J3-4 et se termine entre J12 et J21. Le but de cette phase est de développer le tissu de granulation et de combler la perte de substance. A la fin de cette phase, le thrombus aura disparu et laissera place à une cicatrice blanche.

La troisième et dernière phase est la phase de maturation de la cicatrice. Elle marque normalement l'arrêt des processus de cicatrisation pour que la cicatrice reste physiologique. Elle est aussi déterminante pour obtenir une qualité fonctionnelle, esthétique et structurelle des tissus. Une fois la plaie refermée et la cicatrisation acquise les pansements pourront être retirés et la cicatrice laissée à l'air libre.

Afin d'obtenir une meilleure cicatrisation, le patient peut respecter quelques règles qui seront véhiculées par les différents professionnels de santé : [8, 21]

- Ne pas fumer,
- Ne pas boire d'alcool et bien s'hydrater,
- Avoir une alimentation équilibrée et riche en protéines,
- Contrôler sa température corporelle (sport),
- Respecter l'ordonnance des médicaments prescrits par le chirurgien,
- Ne pas retirer le pansement sans l'IDE pour ne pas être en contact direct avec plaie
- Ne pas le salir, ni le mouiller et appeler l'IDE en cas de doute.

Le procédé de cicatrisation de la peau sera choisi en fonction de la lésion : sa localisation, sa forme, sa profondeur et son étendue [4].

2. Fermeture simple

Une plaie simple peut être refermée par des sutures permettant de rapprocher les berges de la plaie : soit avec des strips, de la colle biologique, des agrafes, des fils résorbables ou non, en point séparés ou en surjet par exemple. En général l'ablation des fils se fait à J15, en fonction de l'avancée de la cicatrisation. Selon la localisation et la technique de suture utilisée, le délai peut aller de 5 à 21 jours. [24]

La fermeture simple d'une plaie peut être retrouvée après une opération ou un traumatisme. Par exemple après une maladie de Dupuytren opérée, une section de tendons fléchisseurs ou extenseurs, un phlegmon, un traumatisme complexe de la main, ... Toutes ces pathologies auront des pansements le temps de la cicatrisation et nécessiteront de séances de rééducation rapidement après l'opération [4].

3. Cicatrisation dirigée

La cicatrisation dirigée se destine aux plaies peu profondes et peu étendues, lorsqu'il existe une perte de substance qui ne peut être suturée et dont le sous-sol est correctement vascularisé, sans exposition d'éléments nobles. Elle sera soit à titre exclusive ou soit dans l'attente d'une greffe ou d'un lambeau. [4, 25]

Le principe de cette cicatrisation consiste en une détersion rigoureuse de la plaie pour permettre le développement simultané d'un bourgeon à partir de la profondeur et d'une épithélialisation à partir des berges ou d'îlots d'épithélium résiduel, pour permettre la fermeture progressive de la plaie. Elle s'effectue selon le mode rétractile. [4, 26]

Ce procédé de cicatrisation peut être utilisé par exemple lors d'un traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren avec la technique dite de « paume ouverte » (technique MacCash). La durée de cicatrisation varie de 3 à 6 semaines selon les auteurs. Les pansements seront à changer tous les jours si nécessaire et resteront en place jusqu'à ce que la plaie soit totalement refermée. La rééducation débutant dès les premiers jours post-opératoire, les pansements feront parti intégrante des mobilisations et du quotidien du patient lors des premières semaines. [27-30]

4. Brûlure et greffe de peau

Les brûlures de la main sont très fréquentes et sont une des premières localisations anatomiques de brûlures. Selon la profondeur et l'étendue de la brûlure, il pourra être choisi plusieurs solutions de prise en charge [22, 31] :

- Pour les brûlures de premier degré, un pansement à partir de corps gras pourra être mis en place pendant 48 heures afin de limiter la douleur.
- Pour les brûlures de deuxième degré superficiel, qui sont très douloureuses, un pansement sera fait jusqu'à la cicatrisation intervenant entre J10 et J12.
- Les brûlures de deuxième degré intermédiaire bénéficieront de pansements quotidiens, ce qui permettra une évaluation de l'évolution qui déterminera la nécessité ou non d'une greffe. Elle interviendra entre J15 et J21.
- Pour les brûlures de deuxième degré profond, les pansements seront changés jusqu'à J15 afin de laisser la chance à la cicatrisation spontanée et de différencier correctement les différents degrés présents lors d'une brûlure mixte.
- Les brûlures de troisième degré feront obligatoirement l'objet d'une prise en charge chirurgicale, précédée de pansements pré opératoire pendant maximum 3 à 7 jours.

Plusieurs jours ou semaines seront souvent nécessaires avant de pouvoir greffer, ce qui augmente le temps de présence des pansements. [22, 31, 32]

Le choix d'une greffe de peau peut donc se présenter lorsque les plaies sont de tailles moyennes ou lorsque les brûlures sont au moins égales au second degré intermédiaire, sinon si la brûlure concerne le second degré superficiel la reconstitution de la peau se fera selon le mode de cicatrisation dirigée. Pour permettre la prise du greffon, qui est un tissu totalement désolidarisé de son site donneur et non vascularisé, il ne doit pas exister d'exposition d'éléments nobles pour que le sous-sol du site receveur soit suffisamment vascularisé. [4, 31-33]

En post-opératoire, les pansements seront gras et compressifs au site receveur et au cinquième jour la vérification de la prise de greffe sera faite. Si elle est bonne, les pansements seront changés tous les 2 jours jusqu'à la fin de la cicatrisation qui interviendra entre la deuxième et troisième semaine. [32, 34]

Pendant la période de couverture chirurgicale, il ne pourra pas y avoir de mobilisations car le greffon doit être immobilisé, par le biais d'attelles de posture afin de maintenir une position fonctionnelle, pour être en contact avec la zone receveuse. La prise de greffe se faisant par revascularisation à partir de la profondeur, il ne doit pas y avoir d'espaces morts ni de mouvements de cisaillement. Elle sera validée par les chirurgiens à J5 de l'opération et permettra aux rééducateurs de commencer à mobiliser le membre greffé. [26, 32, 34]

Lors de la cicatrisation, des adhérences avec les tissus sous-jacents apparaîtront et les mobilisations aideront à les réduire. Une greffe de peau totale permettra de diminuer les rétractions, sera plus esthétique et plus vite sensible qu'une greffe de peau mince. Ce type de greffe sera donc utilisée préférentiellement au niveau de la main. [4, 31, 33]

Le site donneur sera considéré comme une brûlure du second degré superficiel et cicatrisera selon le mode de cicatrisation dirigée. Le pansement sera renouvelé régulièrement et ce jusqu'à 2 à 3 semaines, délais de la cicatrisation complète. Des mobilisations pourront être appliquées en post opératoire immédiat selon la douleur du patient. [4, 31-34]

Dans les premiers temps, les pansements des patients brûlés ou greffés sont souvent composés de plusieurs compresses, d'interfaces grasses et de bandages pour être non adhérents, ce qui augmente leur épaisseur. Il est difficile de suivre la règle des 4P de Raymond Vilain. Le MKDE s'adaptera aux pansements et aux blessures du patient. Il pourra profiter de l'hospitalisation du patient et de la présence des IDE, pour que les séances de mobilisations soient faites pendant la réfection du pansement.

Leur réalisation et leur disposition auront une incidence sur la possibilité d'exécuter des mouvements et donc sur les séquelles fonctionnelles et esthétiques à long terme [22].

5. Lambeau

Les lambeaux sont une zone cutanée et/ou musculaire autonome, prélevée en zone donneuse saine, tout en conservant sa vascularisation grâce à un pédicule nourricier ou à un réseau vasculaire sous-cutané, vers une zone receveuse. Le pédicule peut être extériorisé ou tunnélisé mais dans tous les cas il ne faudra jamais le comprimer ainsi que le lambeau, et ce pendant 2 à 3 semaines jusqu'à son sevrage et sa cicatrisation.

Ils peuvent être locaux, loco-régionaux ou à distance (pédiculés, libres). Ils sont utilisés lors d'une perte de substance avec une exposition d'éléments nobles et n'ont pas besoin d'un plancher vascularisé puisqu'ils possèdent leur propre vascularisation. [4, 35, 36]

Le pansement sera fenêtré pour permettre la surveillance du lambeau toutes les 2 à 4 heures dans les 5 premiers jours post opératoire puis des interfaces grasses seront appliquées. Il devra également être non compressif.

Une décharge complète du pédicule et du lambeau sera obligatoire mais la mobilisation sera autorisée en étant attentif à ne pas comprimer les 2 éléments cités auparavant. Cette technique chirurgicale permet une cicatrisation et une rééducation rapide. [22, 35, 36]

Ils assureront une couverture de qualité pour retrouver une bonne préhension et améliorer le pronostic fonctionnel, en minimisant les risques de séquelles. En effet, ils ne créent pas d'adhérences avec les tissus sous-jacents, le risque de brides ou de rétractions est plus faible que les greffes et ils permettent une bonne souplesse cutané. [4, 22, 35]

C- INFLUENCE DU PANSEMENT SUR LA RÉCUPÉRATION OPTIMALE DE LA MAIN

« Il est important de récupérer rapidement la motricité et la fonction de la main ». [8]

1. A propos de la mobilisation précoce

Les bénéfices des mobilisations de la main en post opératoire immédiat sont multiples et permettent de limiter l'apparition de possibles séquelles. Après l'accord du chirurgien, la mobilisation précoce en rééducation de la main permet de lutter contre l'enraidissement causé par l'œdème, la douleur, l'immobilisation thérapeutique et l'immobilisme du patient [4, 8].

Elle aura donc un rôle important dans la prévention des perturbations histologiques et neurologiques qui peuvent être causées par différents mécanismes (figure 4) et mener à l'installation de cette raideur [37]. La prévention est le meilleur moyen pour l'éviter.

Dans la mesure du possible, le pansement ne doit pas ou peu faire obstacle aux mouvements préconisés pour lutter contre une perte d'amplitude. Il ne doit pas créer une restriction supplémentaire de mobilité.

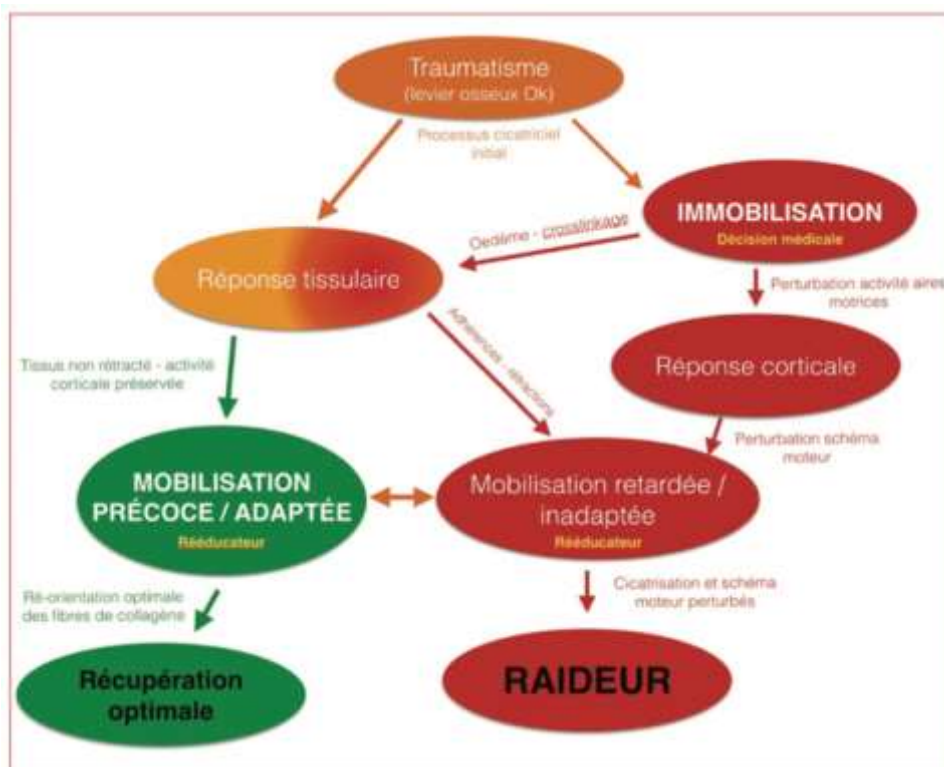


Figure 4 : Mécanismes de la raideur

Les mobilisations articulaires réalisées dans toute l'amplitude disponible du mouvement sont bénéfiques. En passif ou en actif, elles nourrissent les surfaces articulaires par imbibitions, allongent les tissus péri-articulaires et stimulent les mécanorécepteurs. Les avantages supplémentaires qu'offrent les mouvements actifs sont l'activation musculaire, l'amélioration de la circulation, la stimulation proprioceptive et la stimulation de l'activité osseuse sur le site d'attachement musculaire. [8]. Ils permettent aussi d'obtenir une mobilisation des différents plans de glissements les uns par rapport aux autres, et de limiter l'apparition d'adhérences [4].

Par exemple, lors d'une lésion des tendons fléchisseurs digitaux, un protocole en flexion active protégée est mis en place le plus précocement possible pour créer un glissement optimal des tendons suturés et limiter les adhérences qui prédominent lors d'une immobilisation. Elle permettra une diminution de l'œdème digital et du tendon par effet de pompage. Elle augmentera également la cicatrisation tendineuse ainsi que sa résistance par une augmentation des phénomènes cellulaires de cicatrisation, de la concentration de collagène et de la densité vasculaire péri-tendineuse. De ce fait, la période de fragilité tendineuse ou de ramollissement tendineux (*Lag Time*) après une suture sera absente car elle n'est présente que lors d'une immobilisation. Cet ensemble est donc favorisé par une mobilisation active protégée qui peut être permise en partie par l'obtention d'un pansement adapté, si cela est réalisable, afin de ne pas contrarier la flexion digitale. Ils participeront à la diminution du *Work Of Flexion* et de cette manière, à ne pas mettre en danger les sutures tendineuses en réduisant les contraintes sur celles-ci. [4, 38]

Il en est de même pour les lésions du système extenseur de la main. La mise en place d'immobilisation statique le temps de la cicatrisation du tendon lésé engendrerait des adhérences importantes et laisserait des séquelles irrécupérables. Lors de la rééducation, la mobilisation active précoce pour toutes les zones est donc indispensable. [4, 39]

Les conséquences de l'immobilisation ou de la sous-utilisation suite à un traumatisme ou une chirurgie de la main ne sont pas négligeables car elles causent l'apparition d'adhérences, de rétractions capsulo-ligamentaires, d'amyotrophies et d'autres complications. Ceci explique pourquoi les chirurgiens essaient de diminuer le temps d'immobilisation le plus possible pour limiter toutes ces complications. [4, 8]

D'autres exemples nous illustrent l'importance de la mobilisation active en rééducation de la main et donc l'importance également d'un pansement le plus optimal possible pour la permettre.

La prise en charge des ténolyses des fléchisseurs digitaux demande un maintien du libre glissement tendineux grâce à des mobilisations actives qui engendrent une contraction active des fléchisseurs pour réaliser un glissement concentrique total du tendon et éviter la formation de nouvelles adhérences. La lutte contre l'œdème et le maintien de la liberté articulaire, à l'aide de mobilisations passives, sont primordiaux pour préparer la mobilisation active du tendon libéré en maintenant ou en améliorant les amplitudes obtenues pendant l'opération. Ces dernières permettront, en extension passive, de réaliser un glissement excentrique presque complet du tendon opéré. [4]

Lors de mobilisations passives des articulations, réalisées à l'aide de prises et contre-prises, l'intérêt d'un pansement le plus fin et le moins étendu possible peut être utile aux rééducateurs pour avoir une meilleure visibilité des segments à mobiliser. Au cours de ce travail analytique articulaire, le MKDE doit être au plus proche de l'articulation à traiter grâce à un pansement le plus minimaliste, ne couvrant pas une trop grande surface. [8]

Après une opération de doigts à ressaut, si le patient présente un enroulement complet de la chaîne digitale opérée et aucun déficit d'extension de l'inter-phalangienne proximale, il sera également important qu'il puisse mobiliser et utiliser sa main le plus précocement possible. En effet, le patient n'aura pas d'attelle et une des consignes données est l'auto-mobilisation immédiate quotidienne malgré la présence des points de suture et le pansement. [4, 13]

Pour la réalisation de ce dernier, l'IDE pourra le faire le plus minimaliste possible et ainsi permettre au patient de se servir de sa main au quotidien pour travailler sa préhension. [4]

Lorsqu'un patient est opéré pour une maladie de Dupuytren, une rééducation précoce lui sera proposée. Elle sera composée en partie de mobilisations passives pour entretenir le bénéfice d'extension obtenue en per opératoire et pour garder les amplitudes de fermeture de la main avant la chirurgie. Une mobilisation active immédiate peut être proposée et notamment le protocole grenoblois qui la met en place dès J1 ou à partir de J15 selon le type d'opération et le stade d'évolution de la maladie au moment de l'intervention (Annexe 3). Les pansements seront donc encore en place quand la rééducation débutera. Il sera aussi demandé au patient d'enlever son attelle pour pouvoir faire ses exercices d'auto-rééducation régulièrement à domicile. [29]

En cas de brûlures, la priorité est le pronostic fonctionnel. Même pour des brûlures superficielles ou de petites surfaces, il faudra tout de même prendre en charge le patient en rééducation pour prévenir l'apparition de séquelles et favoriser la récupération des amplitudes articulaires. La rééducation sera précoce ou différée, si besoin après la prise de greffe par exemple, pour éviter l'installation de raideur et d'adhérences, surtout aux niveau des doigts. Les mains sont très sensibles à l'immobilité, source de raideurs et d'attitudes vicieuses.

Dans la mesure du possible, les pansements pourront laisser les pulpes libres, si elles ne sont pas touchées, ce qui donnera la capacité à la main de garder une fonction pour assurer des prises. Dans le même but, ils pourront descendre jusqu'aux commissures afin d'individualiser chaque doigt et être le plus fins possible pour donner plus d'aisance à la mobilisation des chaînes digitales. [22, 34]

Nous avons donc pu apercevoir l'importance de la mise en place des mobilisations actives en rééducation de la main avec un pansement qui doit autant que possible ne pas l'entraver. Elle permettra de diminuer l'apparition d'adhérences et de rétractions qui pourraient causer un enraidissement. « L'objectif principal est la mobilisation active précoce pour aider le patient blessé à retrouver sa gestualité, sa spontanéité, et plus tard son habilité ». [4]

Le pansement pourra libérer au maximum les articulations non concernées par des plaies, individualiser les doigts et créer des découpes au niveau des plis de flexion, assouplissant le pansement donnant ainsi plus de possibilité de mouvement (figure 5).

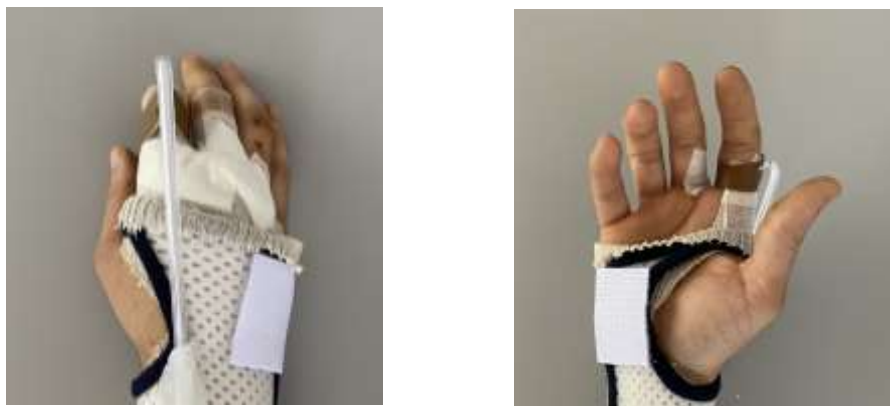


Figure 5 : Pansement minimaliste permettant la mobilisation des articulations non concernées par des plaies. (Photos du service SOS main CHRU Trousseau à Tours)

Il est possible que le pansement soit aussi un frein aux mouvements lorsqu'il n'est pas appliqué avec une position de mise en Capacité Cutané Maximale (CCM) de la peau. En effet son allongement est plus limité que celui de la peau, de part sa composition plus raide et sa partie adhérente, surtout si il s'agit de pansements tissés. Par conséquent il n'autorise pas l'étirement complet de la peau autant que sa CCM le permet au moment des soins.

Nous prendrons comme exemple, un patient opéré pour une maladie de Dupuytren au niveau du 5^e doigt. Lors des premiers soins post-opératoires, et sous couvert des recommandations chirurgicales, l'équipe soignante parvient à positionner le doigt et la main en rectitude. Au moment de la réfection du pansement post-opératoire avec l'IDE, le patient pose sa main sur la table de façon à présenter la face palmaire pour réaliser le soin.

La main est fréquemment placée en position de repos avec un léger enroulement des doigts (figure 6), d'autant plus que le doigt opéré a eu l'habitude d'être dans cette position du fait de sa pathologie. Pour que le pansement n'empêche pas le doigt de s'ouvrir, il faudrait le placer en ouverture maximale (figure 7) et appliquer le pansement dans cette position. L'objectif serait de ne pas figer le doigt en position d'enroulement. En cas d'indication au port d'une orthèse, cela faciliterait sa mise en place et permettrait de ne pas diminuer son efficacité.



Figure 6 :
Main gauche en position de repos



Figure 7 :
Main droite paume ouverte en rectitude

Le principe serait donc de mettre les doigts en position de CCM pour ne pas être limité par le peu d'extensibilité qu'offre le pansement. Selon la localisation de la plaie, la position de la main sera différente et adaptée autant qu'il est possible si cela est autorisé par le protocole indiqué. Par exemple, pour une plaie dorsale il faudrait mettre en enroulement le segment concerné et pour une plaie palmaire le mettre en ouverture. Cela évitera une mise en position de raccourcissement pouvant provoquer une hypo-extensibilité musculaire, qui peut aussi être à l'origine d'un déficit d'amplitude [37] et également de prévenir ou de limiter le risque de rétraction cutané [40].

En résumé, il est essentiel lors de l'application d'un pansement de la main de trouver un compromis entre la protection de la plaie et la liberté de mouvement pour ne pas entraîner une raideur importante par manque de mobilisations. Des restrictions de mobilité pourraient engendrer des conséquences fonctionnelles et pour les éviter il faut que l'ensemble des articulations soient libres d'effectuer leurs mouvements. [8]

2. A propos de la stimulation de la sensibilité cutanée

La main est dotée d'une sensibilité bien développée grâce à de nombreux récepteurs, environ 17000 unités tactiles dans la main, ce qui en fait une experte dans le sens du toucher. Cela lui concède une précision essentielle lorsqu'elle doit effectuer différents mouvements de préhension. Ces récepteurs de la peau sont sensibles aux stimulations thermiques, mécaniques et douloureuses. [41]

La main n'est pas seulement un organe de préhension ou d'exécution. En effet, la présence d'une grande densité de terminaisons nerveuses, en particulier au niveau des pulpes, en fait aussi un récepteur sensoriel d'une grande précision. Une bonne sensibilité de la main offre la capacité d'interagir en sécurité avec son environnement. [22, 41]

Si aucune plaie n'y est localisée, le pansement pourrait donc « ne pas aveugler les pulpes ou camoufler la paume » pour garder leur fonction primordiale : « toucher, effleurer, prendre » [8]. A contrario, si la main est gênée et enfermée par les pansements, elle pourra perdre cette fonction du toucher.

En effet, la sensibilité de la main et du poignet fait parvenir les informations nécessaires au cortex pour qu'il puisse déclencher une réponse motrice adaptée. Cette sensibilité s'obtient par l'intermédiaire des mécanorécepteurs cutanés de la main. Ils sont plus nombreux et plus précis à la face palmaire, pour permettre une sensibilité plus développée, fondamentale à l'utilisation de la main. Ces mécanorécepteurs transforment le stimulus mécanique en influx nerveux par le biais de diverses fibres nerveuses. Selon celles qui sont stimulées, cela permet de déclencher différents types de sensibilité comme par exemple la sensibilité vibrotactile, correspondant au tact fin. Cette dernière donne la perception des déplacements, des pressions et des vibrations nécessaires au bon fonctionnement de la main avec une préhension efficace. [8, 41]

Par conséquent, l'équipe soignante pourrait collaborer afin d'obtenir un pansement le plus minimaliste possible permettant à la main de prendre des objets de la vie quotidienne et de réaliser des séances de rééducation [4]. Il sera ainsi plus facile d'accéder aux zones les plus sensibles, pulpaire et palmaire, de manière à ne pas ou peu engendrer de troubles sensitifs dû à une sous utilisation. Cela sera d'autant plus indiqué dans le cas d'une lésion nerveuse, où la rééducation sensitive aura toute sa place lors de la prise en charge.

Si la sensibilité de la main est affectée, les sensations le seront aussi et pourront avoir un impact sur la fonction globale de la main ainsi que sur les activités de la vie quotidienne du patient. En laissant libre accès les parties sensibles de la main, il sera également envisageable de mettre en place différentes techniques de rééducation. Selon le stade de l'atteinte, le patient pourra par exemple tenir et toucher divers objets afin de varier les formes, les textures, les températures et le poids pour stimuler la sensibilité et donc la fonction globale de la main. [8, 41]

En pratique chez les patients brûlés par exemple, la réalisation des pansements de la main se fera en évitant de recouvrir les pulpes et la paume, si elles ne sont pas atteintes, dans le but de préserver leur sensibilité. Cette précaution permettrait de prévenir l'apparition de troubles sensitifs séquellaires causés par l'aveuglement des terminaisons nerveuses. [22]

Elle laissera la possibilité au patient d'utiliser sa main autant que possible pour conserver sa fonctionnalité lui permettant d'assurer des gestes de préhension. [22]

3. A propos du schéma moteur et de l'exclusion segmentaire

« Le Syndrome d'Exclusion Segmentaire correspond à une sous-utilisation d'un segment de membre, principalement la main ou les doigts (fréquemment l'index), qui est potentiellement réversible sous l'exhortation verbale d'un tiers et qui survient en l'absence de toute lésion du système nerveux central » [8].

Un SES peut survenir pour de multiples raisons. Le plus souvent il fait suite à une inflammation post-lésionnelle ou à l'immobilisation mise en place car elles provoquent une modification des afférences sensitives. [4, 8]

Après un traumatisme, les récepteurs sensitifs et proprioceptifs sont affectés par l'inflammation et l'œdème. Cela déclenche l'envoi d'informations incorrectes au cerveau et crée des réponses motrices incorrectes. Elles se traduisent par une non-utilisation de la main, plus ou moins associée à une attitude en protection comme l'index en extension. Une perturbation du schéma corporel et un remaniement cortical de la cartographie somatosensorielle s'ajoutent à cette modification des afférences sensitives. Ils sont induits par l'immobilisation et la non-utilisation de la main. [4, 8]

Selon une étude de Roll et al., il suffit de 5 jours d'immobilisation pour avoir une altération significative des réseaux cérébraux qui permettent d'exprimer les activités sensorimotrices de la main. Son activation corticale est également diminuée après l'immobilisation. [37]

Nous pourrions aussi noter que le volume de la représentation corticale d'un muscle ou de la main diminuera proportionnellement avec la durée de leur immobilisation ou de leur non-utilisation. Dès lors, le schéma moteur peut être altéré et provoquer une perturbation de la cinématique digitale. L'étape suivante est l'apparition d'une l'exclusion fonctionnelle d'un doigt ou de la main. [4, 8, 37]

Toutes ces complications peuvent en partie entraîner une diminution de la force, en raison d'un recrutement non optimal des unités motrices par le patient [8].

« Si les troubles mécaniques peuvent mener à des perturbations du schéma moteur, l'inverse est également vrai » [37]. Il est donc important de réaliser rapidement des stimulations proprioceptives et vibrotactiles de manière à limiter ces perturbations. Elles seront accompagnées de mobilisations précoces pour prévenir des troubles mécaniques au niveau des articulations. Lorsqu'un remaniement cortical et un désapprentissage du geste apparaissent, ils pourront être réversibles à condition que les rééducateurs les prennent en compte dans leur séances et le patient dans leur quotidien. [8, 37]

C'est pour l'ensemble de ces raisons que l'application du pansement pourrait prendre en compte, autant que possible, toutes les consignes énoncées dans les parties précédentes afin de permettre la mobilisation précoce principalement active et la stimulation sensitive cutanée.

En effet, ces techniques ont pour but de prévenir l'apparition d'un SES. Cela consisterait donc à réaliser un pansement le plus fin et le moins étendu possible, libérer les pulpes voir la paume de la main, individualiser les doigts en les séparant au niveau des commissures, et enfin placer la main ou le doigt en position de CCM selon la localisation de la plaie (dorsale ou palmaire).

4. A propos de l'auto-rééducation

En chirurgie de la main, l'enraidissement et l'exclusion des doigts sont des complications couramment observées après une lésion et ce, quelle que soit sa gravité. La prévention de ces complications pourra se faire grâce à l'auto-rééducation et l'éducation du patient qui auront une place prépondérante lors de la prise en charge. [42]

Après une opération pour une maladie de Dupuytren, le patient débutera une rééducation précoce qui sera accompagnée d'exercices d'auto-rééducation. D'après le protocole grenoblois, ils doivent être simples et peu nombreux pour permettre leur bonne intégration et une exécution la plus fidèle possible. Pour cela, les exercices seront tout d'abord expliqués par le rééducateur pendant la séance puis mis en application par le patient à son domicile. Le MKDE et le patient feront ensuite une vérification de leur réalisation afin de s'assurer qu'ils soient correctement effectués. Le patient pourra retirer son attelle pour les mettre en pratique.

Le but est d'entretenir, par un travail spécifique, la flexion et l'extension des doigts, ainsi que la sensibilité de la main entre les séances de rééducation. Selon le Dr J.-H. Levame, l'auto-rééducation permet de « poursuivre la rééducation seul et hâter les progrès ». [29]

Lors d'une rééducation à la suite de sutures des tendons fléchisseurs digitaux, l'auto-mobilisation est rapidement mise en place si elle est autorisée par le chirurgien. En effet, l'objectif est de réaliser des mouvements de glissements tendineux soient reproduits régulièrement en dehors des séances de rééducation. L'adhésion et l'éducation du patient seront essentielles au bon déroulement des exercices d'auto-rééducation. Les mouvements proposés pourront « être lents, globaux, doigt par doigt, en insistant sur les doigts lésés », avec une amplitude la plus maximale possible (figure 8). Pour faciliter leur apprentissage et leur exécution, ils devront être simples, contrôlés et adaptés par le rééducateur lors des séances. [4]

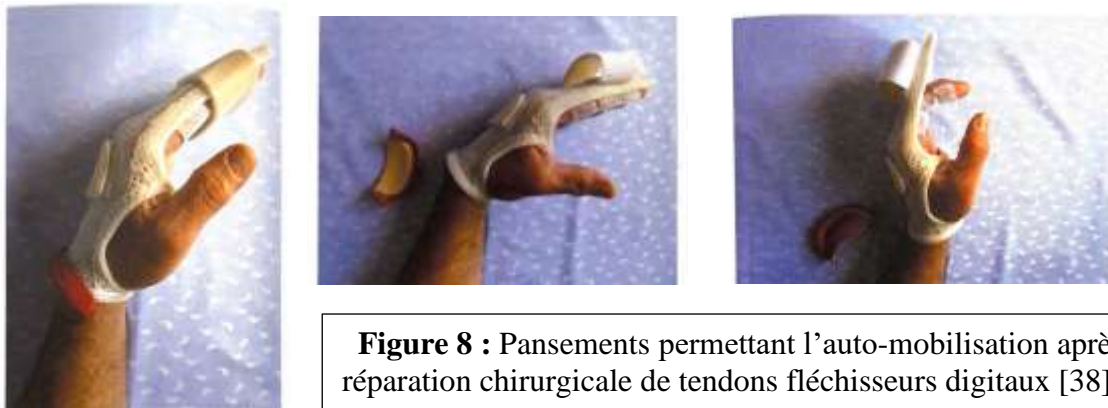


Figure 8 : Pansements permettant l'auto-mobilisation après une réparation chirurgicale de tendons fléchisseurs digitaux [38].

De plus, afin de prévenir l'apparition d'un SES, nous avons pu comprendre qu'il était impératif d'éviter une sous-utilisation ou une immobilité du membre atteint lorsqu'il n'y a pas de contre indication par rapport à la lésion initiale. Le patient devra donc se mouvoir et utiliser sa main autant que possible. Cela comprendra des exercices d'auto-mobilisation. Il faudra s'assurer de la motivation et de l'implication du patient car elles seront nécessaires pour obtenir une concentration maximale lorsqu'il réalise ses gestes quotidiens. L'objectif sera de les automatiser en répétant les différentes prises incluant le membre atteint. [4, 8]

Les exercices d'auto-rééducation montrent un bénéfice dans la récupération de la fonction. Ils peuvent être passifs ou actifs, et devront être adaptés au patient. Ce dernier sera acteur de sa prise en charge et mettra tout en œuvre pour accélérer son évolution. Dans cet optique, le pansement ne devra pas être un frein à l'auto-rééducation et être facilitant lors des différents mouvements de la vie quotidienne. Le but étant d'optimiser l'apport de chaque séance de rééducation. [4, 8]

Pour rappel, les auto-mobilisations exercées par le patient ne devront pas dépasser les limites de la douleur. Il faudra qu'il puisse adapter les contraintes appliquées sur les différents tissus pour ne pas entraîner une réaction inflammatoire, un œdème ou même des micro-traumatismes qui pourraient causer un surcroît de fibrose. [4]

Elles devront donc être bien dosées et infra douloureuses. L'auto-gestion de la douleur fera partie de l'apprentissage du patient et lui permettra d'être d'autant plus acteur de sa prise en charge. [8]

5. A propos des orthèses

Après une opération de la main, le chirurgien peut prescrire une orthèse d'immobilisation, de restriction, de suppléance tendineuse ou articulaire, ou de posture pour le segment atteint. Elle est souvent confectionnée 1 ou 2 jours après l'intervention et le pansement sera encore en place pour 15 jours au minimum. L'orthèse sera donc moulée dans un premier temps sur une main probablement œdématisée suite à l'opération et avec l'épaisseur du pansement initial, généralement plus volumineux qu'en fin de soin de la plaie. [13]

Par la suite, l'orthèse s'adaptera à l'évolution du volume de la main et du pansement du patient. Au fur et à mesure, l'orthèse sera rectifiée et notamment après l'ablation du pansement. Il faudra vérifier régulièrement qu'il n'existe pas de points d'appui avant et après les modifications. En effet, ils pourraient être douloureux pour le patient, et si l'orthèse n'est pas rapidement modifiée, entraîner des inflammations, des phlyctènes puis des escarres. [8, 13]

En phase de cicatrisation chez les patients brûlés, une orthèse est couramment utilisée pour prévenir des séquelles. Elle sera mise en place jour et nuit, la main installée en position anti-rétraction (CCM), en vue d'écarter l'installation d'attitudes vicieuses, de limiter l'apparition de raideurs et donc de conserver les amplitudes articulaires. L'orthèse devra être modifiée au fur et à mesure de l'évolution de la cicatrisation et des changements de pansement. [13]

Après une opération pour une maladie de Dupuytren, une orthèse peut être proposée au patient selon les indications prescrites par le chirurgien pour conserver et maintenir les amplitudes d'extension obtenue au bloc opératoire. Elle permettra d'éviter une éventuelle rétraction en fermeture de la main et sera faite en fonction de l'acte chirurgical ainsi que sa localisation. Elle sera réalisée sur mesure dans les jours suivant l'opération. [13].

D'après Merle *et al.*, il sera primordial de vérifier l'adaptation de l'appareillage après la réfection du pansement car il est essentiel qu'il soit ajusté pour être efficace. Cette vérification sera également importante pour s'assurer de la tolérance de l'orthèse par le patient. En effet, en fonction de l'étendue du geste opératoire, le chirurgien pourra prescrire un port diurne ainsi que nocturne et l'orthèse devra donc être parfaitement tolérée pour permettre un port prolongé gage de son efficacité. [13]

Un pansement bien ajusté dans la mesure du possible après l'opération permettra d'obtenir une orthèse la plus adaptée lors de son moulage et qui le restera dans le temps pour être efficace.

Dans le cas d'un section de fléchisseurs digitaux, une immobilisation sera mise en place dans le but de protéger les sutures tendineuses. Une orthèse de type Duran peut être prescrite par le chirurgien à la suite de l'opération. Elle sera confectionnée de l'extrémité des doigts au 2/3 distal de l'avant-bras. [38]

Pour sa réalisation, l'idéal est d'avoir un pansement fin, sans bandages, individualisant les doigts et libérant la pulpe des doigts pour la rééducation. Cela permettra d'avoir une orthèse adaptée plus longtemps, voir même jusqu'à l'ablation du pansement de manière à limiter les manipulations de la main sans l'orthèse, ce qui sera non négligeable pour ne pas mettre en danger les réparations tendineuses.

En résumé, plus le pansement est petit et fin, plus l'orthèse restera adaptée dans le temps et moins il sera nécessaire de la modifier. Un pansement adapté à la lésion sera préféré à un pansement imposant qui empêchera l'ajustement de l'orthèse [8].

En individualisant les doigts au maximum jusqu'aux commissures, cela permettra d'ajuster au mieux l'orthèse (figure 9), en particulier pour les orthèses dynamiques qui utilisent une potence avec un hamac au niveau de la première phalange pour chaque doigt atteint.



Figure 9 : Pansements individualisant chaque doigt jusqu'aux commissures permettant une bonne installation des orthèses. (Photos du service SOS main CHRU Trousseau à Tours)

D- PROPOSITION DE CRITÈRES D'APPLICATION DES PANSEMENTS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

1. Critères

Il est important de rappeler que seul les IDE et les médecins réalisent les pansements après une plaie ou une chirurgie de la main. Il y aura des impératifs à respecter lors de leur mise en place et il sera nécessaire de les appliquer pour obtenir une bonne cicatrisation.

Il faudra protéger la plaie avec des pansements de taille adaptée, ne débordant pas de manière excessive au-delà de la plaie autant que possible. [8, 9]

Le pansement devra être en capacité d'absorber les exsudats ou hémorragies se dégageant de la plaie grâce à des compresses stériles. L'épaisseur et le nombre de compresses seront ajustés en fonction des besoins observés pour ne pas retarder la cicatrisation par macération. [7-9]

Une compression pourra être appliquée afin de limiter le risque d'hématome et d'œdème post-opératoire. Des bandages aideront à créer cette compression et augmenteront l'épaisseur du pansement. Ils seront souvent mis en place en post-opératoire immédiat dans le but d'arrêter un saignement. [8, 9]

Le pansement respectera aussi le confort du patient et pourra être un « habillage esthétique de la plaie » afin que le patient puisse « mieux vivre sa plaie au quotidien ». Il devra également être atraumatique [8, 13].

Les professionnels de santé réalisant le soin décideront de la manière de procéder et les critères suivants ne pourront pas toujours être satisfaits. La mise en place du pansement sera donc un compromis entre tous les impératifs cités précédemment et ces critères :

- Libérer les pulpes des doigts et la paume de la main.
- Séparer les doigts en les individualisant jusqu'aux commissures.
- Être le plus fin possible, sans bandages et ne pas ajouter de sur-épaisseur en utilisant des pansements adhésifs.
- Placer la main ou le doigt en position ouverture si la plaie est localisée sur la face palmaire ou en position de fermeture si la plaie est localisée sur la face dorsale (selon traumatismes et indications du protocole mis en place).

2. Support

Un support sous forme de tableau peut être utilisé pour sensibiliser les IDE exerçant en libéral et qui réaliseront les soins au domicile des patients. Ils auront aussi à leur disposition une prescription médicale détaillée et adaptée qui leur permettront de prendre en charge au mieux les plaies du patient [9].

Ce tableau (tableau n°1) indiquera les critères spécifiques de l'application des pansements de la main. Il expliquera également dans quel but et pourquoi son positionnement est important, ainsi que les particularités auxquelles il faudra faire attention pour ne pas mettre en danger le patient. Par exemple, en cas de lésions d'un tendon fléchisseurs de la main, lors de la réfection du pansement il ne faudra pas aller au-delà de l'ouverture des doigts et du poignet prédéfinis par les angles de l'orthèse pour ne pas risquer une rupture secondaire de la suture tendineuse. Il en sera de même en cas de lésion d'un tendon extenseur de la main. Il faudra respecter le protocole indiqué selon la zone touchée et s'en remettre à la position des doigts et du poignet dans l'orthèse mise en place.

Les patients pourront également avoir à disposition ce tableau pour mieux comprendre l'importance des exercices donnés par les rééducateurs et permettre une meilleure compréhension. Cela contribuera à augmenter l'adhésion du patient au traitement et leur implication. Plus le patient sera acteur de sa prise en charge, plus les résultats de la rééducation seront améliorés.

Critères	Pourquoi ?	Contre-indications
Libérer les pulpes des doigts et la paume de la main Ne pas les « aveugler »	Favoriser : - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) en permettant un contact direct avec la peau - la stimulation sensitive cutanée de ces zones importantes et ne pas créer de troubles de la sensibilité	- Présence d'une plaie au niveau de ces zones - Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures en voie de cicatrisation (os, tendons, vaisseaux, nerfs)

<p>Séparer les doigts en les individualisant jusqu'aux commissures</p>	<p>Permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) en permettant un contact direct avec la peau 	<p>Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures en voie de cicatrisation (os, tendons, vaisseaux, nerfs)</p>
<p>Être le plus fin et le plus petit possible, sans bandages et ne pas ajouter de sur-épaisseur en utilisant des pansements adhésifs</p>	<p>Permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'exsudat ou d'écoulement de sang nécessitant une épaisseur supplémentaire - Présence de risques d'hématome et d'œdème post-opératoire nécessitant une compression supplémentaire - Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures en voie de cicatrisation (os, tendons, vaisseaux, nerfs)

Placer la main ou le doigt en position ouverture si la plaie est localisée sur la face palmaire ou en position de fermeture si la plaie est localisée sur la face dorsale (selon traumatismes et indications du protocole mis en place)	Dans le but de ne pas être limité par la faible extensibilité du pansement et permettre : - la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée)	- Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures en voie de cicatrisation (os, tendons, vaisseaux, nerfs) - Si une immobilisation est en place, rester dans la position définie par l'orthèse
---	--	--

Tableau n°1 : Critères et explications pour l'application des pansements de la main.

Pour que ce tableau soit plus lisible, il sera proposé un support présenté en une seule feuille (Annexe 4).

E- DISCUSSION

Lors du parcours de soin d'un patient blessé ou opéré de la main, ce dernier passe généralement d'une structure de soin, comme un hôpital ou une clinique, à des soins en ville avec entre autre un IDE et un MKDE.

Le lien entre un établissement de santé et la ville n'est pas toujours aisé de part une logistique propre à chacun, que ce soit en terme de fonctionnement, de temps et de lieu d'exercice.

Ici, ce lien pourrait être propice à la diffusion de ces critères avec l'aide du réseau de soin assurant leur continuité. En effet, il serait intéressant qu'ils soient véhiculés aux soignants de la ville grâce au dossier patient transmis par ces établissements.

Pour que la lecture de ces critères soit facilitée, il peut se poser une question : comment doivent-ils être diffusés ? Faut-il les diffuser grâce à une feuille papier ajoutée au dossier, ou un lien vers un page internet, ou encore un QR code redirigeant directement vers cette page internet ?

Un support papier est peut être plus facilement accessible et consultable [8], contrairement à un QR code et à un lien internet qu'il faudrait saisir. Si il est possible de l'agrafer avec l'ordonnance des soins infirmiers, cela permettrait d'y prêter attention lors de la réfection du pansement. Ainsi, il aura peut-être plus de visibilité parmi l'ensemble des courriers donnés à la sortie de la consultation ou de l'hospitalisation du patient.

L'idéal serait d'avoir un retour de l'utilisation de ces critères et des moyens mis en place pour les diffuser, par les IDE et principalement les professionnels exerçants en libéral. De fait, ils sont souvent moins en contact avec ces patients que les équipes soignantes des centres spécialisés en chirurgie de la main et donc moins sensibilisés à leur prise en charge. En effet, cela permettrait de perfectionner leur compréhension et leur application afin d'obtenir un pansement qui ne gênerait pas ou peu les mobilisations exercées par les MKDE et le patient.

Les échanges entre les différents professionnels de santé seront fondamentaux et la notion de prise en charge pluridisciplinaire prend tout son sens dans la réflexion pour la méthode d'application des pansements de la main. Le but final étant la récupération fonctionnelle la plus optimale possible de la main du patient.

Il serait également intéressant de réaliser une étude afin d'approfondir, d'objectiver et de prendre la mesure de l'impact d'un pansement sur la récupération fonctionnelle de la main.

Une autre question peut se poser quant à la pratique de la rééducation de la main lorsqu'un pansement est encore en place. De préférence, il serait nécessaire de retirer le pansement pour surveiller l'état de la peau et pouvoir mobiliser librement la main et les doigts (figure 10) [4].



Figure 10 :
Mobilisation sans
pansement [4].

Cependant, il n'est pas toujours possible qu'un IDE soit présent à la suite de la séance sans pansement et dans ce cas il ne pourra pas être retiré au risque de ne pas pouvoir respecter les règles d'hygiène. De plus, en cabinet libéral non spécialisé en rééducation de la main, les infrastructures ne sont pas nécessairement imaginées pour accueillir des IDE devant s'occuper de la réfection du pansement.

C'est pourquoi, ces critères d'application des pansements de la main sont ainsi proposés afin d'aider au mieux la réalisation des mobilisations précoces, non négligeables pour obtenir un rétablissement rapide de la fonction de la main.

Sans écarter la réflexion de la mise en place d'un système de consultation kinésithérapique puis infirmière avec un déballage et une réfection du pansement dans des conditions stériles.

Une fois de plus, la notion d'équipe pluridisciplinaire a toute son importance pour améliorer les échanges à propos de ce sujet afin de mettre en place des structures adaptées pour la pratique de ces soins.

Toutefois, la présence de points de suture et de pansements ne doit pas décourager le patient à bouger et à faire ses exercices d'auto-rééducation dans les limites imposées par le protocole mis en place pour sa pathologie.

L'ensemble des professionnels de santé auront pour rôle d'expliquer au patient qu'il a le droit et qu'il faut effectuer des mouvements doux et lents du membre atteint afin de prévenir l'apparition d'éventuelles complications. Le rééducateur les lui apprendra lors des séances de rééducation et le sensibilisera à propos des gestes à effectuer ou non au quotidien. Les IDE participeront également à cette prévention, en conseillant et en motivant le patient à s'exercer grâce aux auto-mobilisations apprises ou par la simple utilisation de la main dans les activités de la vie quotidienne [8].

CONCLUSION

L'impact d'un pansement épais, étendu, ne séparant pas les doigts, « aveuglant » les pulpes et la paume, installant la main en position de raccourcissement peut empêcher le patient de toucher, de se mobiliser et de saisir des objets avec sa main. Le risque est de causer un enraidissement articulaire, une perte de sensibilité cutanée, voir même un SES crée par une sous-utilisation de la main. Cet ensemble engendrerait l'atteinte d'une de ses fonctions fondamentales : la préhension.

A l'inverse, un pansement fin, petit, individualisant les doigts, libérant les pulpes et la paume de la main, n'entravant pas ses mouvements en épousant au maximum ses courbes, peut aider au mieux les mobilisations précoces exercées par les rééducateurs et par les patients eux-même lors de ses exercices d'auto-rééducation.

De toute évidence, ces critères ne pourront pas toujours être satisfaits de part la localisation des plaies et la méthode choisie pour les traiter efficacement. Les médecins et les IDE seront les professionnels de santé en charge de cette tâche.

Les rééducateurs quant à eux apprendront aux patients les mouvements qu'ils auront le droit d'effectuer pendant et en dehors des séances. Ils expliqueront l'importance et la nécessité de les mettre en applications à l'aide de l'auto-rééducation ou par l'utilisation de la main dans les activités de la vie quotidienne.

Cette outil (figure 11) pourrait donc être transmis aux patients et aux IDE pour les sensibiliser à propos de l'importance d'une mobilisation précoce de la main et des conséquences que cela engendrerait si elle ne pouvait être mise en place à cause de pansements gênants.

CRITÈRES ET EXPLICATIONS CONCERNANT L'APPLICATION DES PANSEMENTS DE LA MAIN.

Pourquoi ?

Favoriser, permettre :

- l'utilisation de la main au quotidien (si autorisée) avec un contact direct avec la peau,
- la stimulation sensitive cutanée de zones importantes (pulpes et paume de la main) et ne pas créer de troubles de la sensibilité,
- la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation et d'auto-rééducation

Dans le but de ne pas être limité par la faible extensibilité du pansement.

Contre-indications :

- Présence d'une plaie au niveau de ces zones,
- Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien : ne pas mettre en danger les structures en voie de cicatrisation (os, tendons, vaisseaux, nerfs),
- Présence d'exsudat ou d'écoulement de sang nécessitant une épaisseur supplémentaire,
- Présence de risques d'hématome et d'œdème post-opératoire nécessitant une compression supplémentaire,
- Si une immobilisation est en place, rester dans la position définie par l'orthèse.

Critères :

- **Libérer les pulpes des doigts et la paume de la main afin de ne pas les « aveugler ».**
- **Séparer les doigts en les individualisant jusqu'aux commissures.**
- **Être le plus fin et le plus petit possible, ne pas ajouter de sur-épaisseur et sans bandage.**
- **Placer la main ou le doigt en position ouverture si la plaie est localisée en palmaire ou en position de fermeture si la plaie est localisée en dorsale (selon traumatismes et indications du protocole mis en place).**

Figure 11 : Récapitulatif concernant l'application des pansements de la main.

Afin que les professionnels de santé puissent obtenir plus de précision concernant cet outil, un lien ou un QR Code permettant d'accéder à ce mémoire pourront être créés et y être insérés.

Les blessures et les opérations de la main peuvent avoir un impact fonctionnel mais aussi social et économique pour les patients. Il faudra donc mettre tout mettre en œuvre pour diminuer au maximum le risque de complications et de séquelles.

Un pansement bien adapté et bien ajusté pourrait augmenter les chances de « récupérer rapidement la motricité et la fonction de la main » [8].

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Kapandji A-I. (2014). *Anatomie fonctionnelle – tome 1 MS* (6^e édition). Paris : Maloine.
- [2] Fédération des Services d’Urgences de la Main. (2019). *Livre blanc : État des lieux des urgences de la main en France*. <https://www.sfcm.fr/wp-content/uploads/2019/07/livreblanc-sfcm.pdf>
- [3] Castel L-C, Hurst S, Masméjean E, Gregory T. (Décembre 2022). Hand wounds: An analysis of topography and related damage to underlying structures. *Injury*, 53 (12), p4048-4053. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.10.022>
- [4] Boutan M, Thomas D, Célérier S, Caroline V, Moutet F. (2013). *Rééducation de la main et du poignet : Anatomie fonctionnelle et techniques*. Paris : Elsevier-Masson.
- [5] Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports. (2009). *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’Etat d’Infirmier*, p266-274. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf
- [6] Fédération Nationale des Infirmiers. (2018). *Décret de compétences, Actes professionnels*. https://www.fni.fr/wp-content/uploads/2018/04/Decret_actes.pdf
- [7] HAS. (Avril 2011). *Les pansements : Indications et utilisations recommandées*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
- [8] Mesplié G. (2021). *Thérapie de la main : examen clinique et outils de prise en charge rééducative avancée du poignet et de la main*. Sauramps Medical.
- [9] HAS. (2022). *Pansements pour plaies suturées, à la suite d’une intervention chirurgicale : Principes généraux et bonnes pratiques*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/pansements_pour_plaies_suturees_a_la_suite_dune_intervention_chirurgicale_-_fiche_but.pdf
- [10] Société Française de Médecine d’Urgence. (2014). *Les traumatismes de la main*. https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/096.pdf

- [11] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. (2015). *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute*, p21-36. <https://legislation.ordremk.fr/wp-content/uploads/2015/09/arrete-du-2-septembre-2015-JORF-no-0204-du-4-septembre-2015.pdf>
- [12] Mitz V, Nicquet A. (1985). *Rééducation de la main post-traumatique : techniques opératoires et kinésithérapiques*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- [13] Isel M, Merle M. (2012). *Orthèses de la main et du poignet : protocoles de rééducation*. Paris : Elsevier-Masson.
- [14] Paysant J, Foisneau-Lottin A, Gâble C, Gavillot-Boulangé C, Galas J-M, Hullar M, Kwiatek H, Lechaudel C, Pétry D, André J-M. (2006). *EMC Kinésithérapie Médecine Physique Réadaptation : Orthèse de la main*. Paris : Elsevier-Masson.
- [15] Dumitrache A, Sanchez K, Esnouf S, Roren A, Vidal J, Rannou F, Poiraudau S, Lefèvre-Colau M-M. (Décembre 2013). Rééducation de la main en pathologies médicale et chirurgicale : ergothérapie, orthèse et kinésithérapie. *La presse Médicale*, 42 (12), p1632-1649. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.074>
- [16] Gatt M-T. (Septembre 2006). La douleur périopératoire en chirurgie de la main. *Chirurgie de la main*, 25 (3-4), p119-125. <https://doi.org/10.1016/j.main.2006.08.002>
- [17] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2018). *La douleur en question : Quand les professionnels de santé vous expliquent la douleur et les traitements*. https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/livret-la_douleur-final-2018.pdf
- [18] Bragard D, Decruynaere C. (2010). Évaluation de la douleur, aspects méthodologiques et utilisation clinique. *EMC Kinésithérapie Médecine Physique Réadaptation*. Elsevier-Masson.
- [19] Pillon F. (Mars 2016). Les différents types de pansements. *Actualités pharmaceutiques*, 55 (554), p27-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2016.01.005>
- [20] Brigas-Dos Santos L, Cittee T, Letrocquer R, Pain D. (2018). *Bien débiter : Plaies, cicatrisation et pansements*. Elsevier-Masson.
- [21] Perret A. (2022). *DIU cours : Traitement des cicatrices*.

- [22] Duteille F. (Avril-juin 2019). Brûlures de la main. *Revue francophone de cicatrisation*, 3 (2), p37-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.refrac.2019.04.006>
- [23] Varaud N. Cicatrices et kinésithérapie après cancer du sein. In : Ferrandez J-C, Serin D. *Cancer du sein: rééducation, réadaptation, qualité de vie*. Paris : Elsevier-Masson ; 2022 : p 122-130.
- [24] Cogrel O, Amici J-M. (Janvier-février 2011). Sutures cutanés : le plan superficiel. *Imagerie en dermatologie*, 4 (1), p1-2.
- [25] Duquennoy-Martinot V, Guerreschi P, Depoortère C. (2020). Cicatrisation dirigée. *EMC Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*. Paris : Elsevier-Masson. DOI : 10.1016/S1286-9325(20)92062-9
- [26] Rivera J-C. Cicatrisation dirigée et greffes cutanées. In : Le Nen D, Hu W, Laulan J. *Approche pratique de la couverture des pertes de substance cutanée de la main et des doigts*. Springer ; 2007 : p9-16.
- [27] Lellouche H, Roulot E, Lermusiaux J-L. (Mars 2005). La maladie de Dupuytren : prise en charge et traitements. *Rhumatos*, 2 (6), p95-109.
- [28] Hurst L. N. (2002). *Maladie de Dupuytren*. <https://www.wsiat.on.ca/fr/MedicalDiscussionPapers/fdupuytren.pdf>
- [29] Gerlac D, Moutet F, Forli A, Corcella D. (2014). Rééducation après maladie de Dupuytren opérée : protocole grenoblois. *Kinésithérapie Scientifique*, (551), p17-21.
- [30] Chammas M, Waitzenegger T, Delcour T. (Octobre 2015). Maladie de Dupuytren (2^e partie) : traitements. *La lettre du rhumatologue*, (415), p26-33.
- [31] Barry L, Jeanne M, Martinot-Duquennoy V, Pasquesoone L. (Avril-juin 2019). Greffes de peau chez les patients brûlés : principes et techniques. *Revue francophone de cicatrisation*, (2), p26-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.refrac.2019.06.003>
- [32] Forli A. (2021). *DIU cours : La main brûlée*.
- [33] Magalon G, Vanwijck R. (2003). *Guide des plaies : du pansement à la chirurgie*. John Libbey Eurotext.

- [34] Blatière V. (2022). Greffes cutanées: greffes de peau d'épaisseur variable et totale. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie-FMC*, 2 (7), 521-542.
- [35] Forli A. (2021). *DIU cours : Couverture main et doigts*.
- [36] Legré, R. (2004). Les «petits lambeaux» en chirurgie de la main. *Chirurgie de la main*, 23 (3), 119-130. DOI :10.1016/j.main.2004.04.002
- [37] Geoffroy C, Mesplié G. (Juin 2020). Les origines de la raideur de la main. *Kinésithérapie La Revue*, 20 (222), p20–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2020.03.006>
- [38] Delaquaize F, Giroud M. (Juin 2020). Intérêt des protocoles en flexion active protégée lors d'une lésion des tendons fléchisseurs : vers toujours plus de liberté contrôlée. *Kinésithérapie La Revue*, 20 (222), p51–60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2020.03.009>
- [39] JC Rouzaud J-C, Zu Reckendorf, G-M, Roux J-L, Barthes S, Amara B, Boukari C, Allieu Y. (Juin 2020). De l'extension des doigts. *Kinésithérapie La Revue*, 20 (222), p41-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2020.03.008>
- [40] Rienmeyer, H., & Rochet, J. M. (2011). Principes et rééducation de la main brûlée adulte en phase secondaire. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 2(27), 74-81. DOI : 10.1007/s11659-011-0269-9
- [41] Arrate B, Branchet, M-C. (2020). Les troubles sensitifs de la main. *Kinésithérapie, la Revue*, 20 (222), p61-68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2020.03.010>
- [42] Maes Clavier C, Borowski A, David E, Rotari V, Najjari H. (2018). Une application dédiée à la prise en charge postopératoire des pathologies de la main peut elle être utile pour les patients ?. *Hand surgery and rehabilitation*, 37 (6), p436. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2018.10.165>

ANNEXES

Annexe 1 : Décret de compétences IDE [5]

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ANNEXE II

DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...);
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.	Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...) ; Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe ; Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ; Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente.
2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.	Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ; Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ; Les informations sélectionnées sont prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence du diagnostic de situation clinique posé.	Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis ; La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle ; Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés ; Le lien entre les éléments recueillis est expliqué ; Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués ; Les connaissances utilisées sont précisées.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité ;
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité ;
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées ;
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants ;
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et inter-professionnelles (transmission, staff professionnel...);
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers.	Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation ; Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation ; Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée ; Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation ; Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources ; Les étapes du parcours de soins sont identifiées ; Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés ; Les réajustements nécessaires sont argumentés.
2. Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins.	Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage ; Les réactions du patient sont décrites ; Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité sont respectées ; Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; Le geste est réalisé avec dextérité ; Les réactions du patient au soin sont prises en compte ; La qualité et l'efficacité du soin réalisé sont évaluées ; La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte ; Les règles de traçabilité sont respectées.
4. Pertinence des réactions en situation d'urgence.	Les situations d'urgence et de crise sont repérées ; Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre ; Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées.
5. Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins.	La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée ; La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; L'organisation prend en compte le contexte et les aléas ; Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées.

Compétence 3

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins (1) quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage ;
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps ;
3. Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité ;
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne ;
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique ;
6. Evaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne.	Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne ; Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie.
2. Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques.	La pudeur et l'intimité de la personne sont respectées ; Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées ; Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation ; Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées ; Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités ; Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées.

(1) La notion de soin s'entend ici comme « action ou ensembles d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ». Il s'agit des soins liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé ». *Dictionnaire des soins infirmiers*, Masson, 2005.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention.	Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués.

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste ;
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie ;
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements ;
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne ;
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux ;
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique ;
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutique ;
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne ;
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique ;
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques ;
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité, traçabilité sont respectées ; Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires ; Les gestes sont réalisés avec dextérité ; La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre ; La procédure d'hémovigilance est respectée.
2. Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes.	La thérapeutique administrée est conforme à la prescription ; Les anomalies manifestes sont identifiées et signalées.
3. Exactitude du calcul de dose.	Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose.
4. Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens.	Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés ; La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre ; Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles.
5. Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention.	Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués ; Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés ; Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués ; Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
6. Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques.	L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire ; Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation.
7. Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques.	Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées ; La dynamique relationnelle est analysée ; Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe.
8. Fiabilité et pertinence des données de traçabilité.	La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation ; La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques ; Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 5

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique ;
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement ;
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé... ;
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées ;
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives ;
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes ;
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de la séquence éducative.	Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte ; Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées ; La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe.
2. Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs.	La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action ; La participation de la personne ou du groupe est recherchée ; Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée ; Les actions réalisées sont évaluées.
3. Pertinence de la démarche de promotion de la santé.	La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible ; Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations ; Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes.

Compétence 6

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ;
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ;
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique ;
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement ;
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité ;
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle.	La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte ; Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées ; Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées.
2. Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage.	Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre ; Une attention est portée à la personne ; La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient ; Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne ; La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant-soigné et vise au respect de la personne.
3. Justesse dans la recherche du consentement du patient.	Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire.

Compétence 7

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle ;
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;
3. Évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée ;
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques ;
5. Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité ;
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence ;
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée.	L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie ; - de traçabilité ; - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ; Les propositions de réajustement sont pertinentes.
3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation.	Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte.
4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés.	Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés.
5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail.	La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ; Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte.

Compétence 8

Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles ;
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement ;
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées ;
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles ;
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre ;
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée.	Les données scientifiques pertinentes sont recherchées ; Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques ; Les bases documentaires sont utilisées ; Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente ; Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes, questionnaires...).
2. Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel.	Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles.

Compétence 9

Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences;
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes;
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Ou'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs.	Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient ; Les ressources externes sont identifiées ; La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants.
2. Cohérence dans la continuité des soins.	Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; La continuité et la traçabilité des soins sont assurées.
3. Fiabilité et pertinence des informations transmises.	Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais ; Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...); Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 10

Informier, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins;
2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants;
3. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage;
4. Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration;
5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique;
6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant.	Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignants sont identifiés et pris en compte dans l'action ; La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées.
2. Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire.	Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises ; Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire ; La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire.

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Référentiel de compétences

Compétences

1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation
3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage
4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie
5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie
6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie
7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources
10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétences 1

Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

1. Apprécier dès la prise de contact le degré d'urgence et la gravité d'un trouble à partir des éléments et des moyens à disposition du masseur-kinésithérapeute, ainsi que les risques inhérents à une prise en charge en masso-kinésithérapie.
2. Repérer et analyser la plainte et les attentes du patient et/ou de son représentant légal ou le tiers de confiance.
3. Rechercher, analyser et interpréter les différentes catégories de données nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique.
4. Adapter le questionnement anamnestique aux hypothèses induites par les informations collectées auprès du patient.
5. Élaborer une démarche diagnostique à partir des éléments recueillis au cours de l'entretien relatif à la plainte et à l'anamnèse.

6. Identifier les étapes, les modalités et les outils nécessaires à la réalisation du bilan masso-kinésithérapique et les éléments d'information indispensables pour analyser la situation du patient.
7. Organiser, planifier et réaliser le bilan masso-kinésithérapique et le bilan d'évolution.
8. Explorer les structures et les fonctions : observer, palper, mesurer des paramètres biométrieques, physiologiques en utilisant les tests et outils appropriés.
9. Structurer, hiérarchiser, synthétiser et interpréter les informations pour résoudre des situations complexes.
10. Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques à partir de la synthèse des informations collectées et des éléments perçus au cours de la rencontre.
11. Compléter et/ou réorienter l'évaluation en cours de bilan, si nécessaire, en fonction de ces hypothèses formulées.
12. Élaborer un diagnostic kinésithérapique précisant le type de difficulté, dysfonctionnement, déficience, leur spécificité ou non et leur évolution probable à partir du relevé des capacités du patient et du degré de sévérité de ses difficultés/dysfonctionnements et en sélectionnant les terminologies adéquates parmi les termes diagnostiques en usage en masso-kinésithérapie.
13. Réaliser un diagnostic kinésithérapique s'appuyant notamment sur un diagnostic différentiel.
14. Émettre et réajuster un pronostic kinésithérapique à partir du diagnostic réalisé, de la difficulté ou du dysfonctionnement constaté, son degré de sévérité, des hypothèses d'évolution probable des troubles et des effets attendus de l'intervention en masso-kinésithérapie.
15. Évaluer la pertinence de l'intervention en masso-kinésithérapie.
16. Rédiger un compte rendu du bilan masso-kinésithérapique en respectant la réglementation en vigueur.

Critères d'évaluation: Ou'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Appréciation du degré d'urgence et de gravité	<p>Les principaux signes d'alerte sont identifiés et priorisés.</p> <p>Les risques iatrogènes sont identifiés.</p> <p>Le questionnement est adapté et tient compte des éléments d'informations apportés par le patient ou le professionnel de santé.</p> <p>Les informations sont hiérarchisées en fonction de critères d'objectifs précis.</p> <p>La proposition de prise en charge en masso-kinésithérapie ou de réorientation est adaptée.</p> <p>Les éléments justifiant une prise en charge en urgence sont identifiés et expliqués.</p>
2) Qualité de l'anamnèse : pertinence et exhaustivité des données au regard de la situation de la personne ou du groupe	<p>Les demandes et les attentes de la personne ou de l'institution sont prises en compte.</p> <p>Les données disponibles (anamnèse, informations issues du dossier médical, imagerie médicale, examens médicaux, audiogrammes, ...) sont comprises, explicitées et prises en compte.</p> <p>Les informations clés sur le patient et son entourage sont recherchées et identifiées:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les connaissances du patient et/ou de son entourage sur ses troubles; - les habitudes de vie du patient, son histoire et son rapport à son histoire; - les traitements en cours, résultats d'examens médicaux; - les aides et adaptations dont bénéficie le patient; - la qualité de vie du patient et de son entourage; - les interactions du patient avec son environnement et avec le masseur-kinésithérapeute. <p>Le choix des informations est pertinent.</p> <p>Les éléments explicites et implicites composant la plainte sont identifiés.</p> <p>Les répercussions et le retentissement du trouble sur la vie quotidienne, l'environnement et l'état psychologique du patient sont identifiés.</p> <p>L'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux est pris en compte en fonction de la situation.</p> <p>Les besoins d'informations ou de connaissances complémentaires, notamment sur une pathologie, sont repérés.</p> <p>La nécessité d'investigations complémentaires est évaluée et expliquée.</p>

<p>3) Modalités d'entretien, d'observation, d'examen, de tests, mesures et épreuves conformes aux bonnes pratiques et adaptées à la situation</p>	<p>Le recueil des informations est réalisé dans le respect de l'éthique, de la déontologie et des règles professionnelles. Le choix des outils d'investigation et les modalités d'examen tiennent compte de l'état du patient, de sa demande et de ses réticences. Les outils d'investigation sont adaptés à chaque patient, à sa pathologie et son degré d'évolution. Le niveau de vigilance, de compréhension du patient et son degré de coopération sont évalués. Le déroulement de l'entretien et des évaluations est adapté à la situation. Les questions adéquates et pertinentes sont posées et contextualisées. Les outils adéquats d'investigation sont choisis. Les procédures et outils utilisés sont validés et la qualité du système de mesure vérifiée. Les échelles et indicateurs de mesures utilisés sont adaptés. Les sources d'information sont analysées de façon systématique et exhaustive (fiabilité, validité). Les tests et mesures sont réalisés correctement. Les spécificités des appareils de mesure sont maîtrisées. Les observations et explorations sont réalisées conformément aux bonnes pratiques. L'entretien, les observations, examens, tests et mesures choisis permettent de recueillir toutes les informations nécessaires. Les supports de transcription sont adaptés.</p>
<p>4) Justesse et pertinence des données observées et mesurées</p>	<p>Les critères sélectionnés déterminent une logique structurelle de l'information. Les informations utiles sont reconnues. Les résultats des tests et mesures sont exacts. La restitution du contenu des informations est exacte.</p>
<p>5) Qualité de l'analyse diagnostique</p>	<p>Les informations sont structurées, hiérarchisées et synthétisées. La structuration des informations est adaptée à la situation. Les résultats sont pris en compte et intégrés à la réflexion dans leur exhaustivité. Les résultats sont interprétés avec pertinence eu égard à la situation du patient. Les erreurs ou les sources de biais sont repérées, évaluées et intégrées dans le processus de réflexion. Des liens sont faits entre l'observation et la connaissance. L'ensemble des connaissances est mobilisé. Les sciences fondamentales et biomédicales sont exploitées et mises en lien à l'appui des hypothèses envisagées. Les théories sont transposées et adaptées à la situation. La problématique est analysée. Des hypothèses pertinentes sont élaborées. Une prise de recul est manifestée. Le point de vue est argumenté. Le ou les problèmes sont formulés de manière pragmatique dans la perspective de la conception du plan de soin.</p>

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation

1. Élaborer une stratégie d'intervention, définir et hiérarchiser à court, moyen et long terme les objectifs thérapeutiques en fonction des résultats du bilan masso-kinésithérapique, des besoins et des demandes du patient.
2. Prévoir les mesures appropriées dans le champ de la masso-kinésithérapie en situation d'urgence ou de crise, en référence aux normes et protocoles existants.
3. Identifier les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient ou son entourage.
4. Identifier et mesurer les obstacles à la mise en œuvre du projet thérapeutique et définir les solutions envisageables.
5. Définir le calendrier et les modalités de mise en œuvre du projet thérapeutique.
6. Déterminer les matériels, équipements et locaux nécessaires à l'intervention en masso-kinésithérapie.
7. Sélectionner les méthodes thérapeutiques, systèmes de facilitation, compensation, aides techniques et humaines, systèmes alternatifs, adaptés aux besoins et aux demandes du patient et/ou de son entourage.
8. Identifier, proposer et définir des adaptations et aménagements dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant d'améliorer la sécurité, la qualité de vie, l'autonomie du patient et de son entourage.

9. Identifier les interventions à conduire auprès du patient et/ou de son entourage dans le cadre du projet thérapeutique en tenant compte du projet individuel du patient, de ses capacités de compréhension, d'investissement et d'appropriation.
10. Identifier les professionnels concernés par la mise en œuvre du projet thérapeutique.
11. Définir les critères, les échéances, les outils d'évaluation permettant un suivi du patient à partir des axes thérapeutiques choisis.
12. Formaliser par écrit le projet thérapeutique en masso-kinésithérapie en argumentant ses choix et ses pratiques.
13. Évaluer l'état du patient, de son environnement et leurs évolutions tout au long du projet thérapeutique.
14. Analyser les écarts avec les résultats attendus et réajuster le projet thérapeutique en conséquence.
15. Créer et utiliser des outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant au soin des personnes.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de la définition des objectifs du projet et conception du projet de soin	<p>Les objectifs thérapeutiques sont en adéquation avec les résultats du bilan masso-kinésithérapique. Les objectifs thérapeutiques sont en adéquation avec le projet de soins global et les attentes du patient. Les objectifs thérapeutiques sont accessibles pour le patient et le masseur-kinésithérapeute, identifiables et inscrits dans le temps.</p> <p>Les choix effectués en termes de priorisation à court, moyen et long terme des objectifs prennent en compte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pathologie du patient; - la gravité des troubles et des difficultés et leur potentiel d'évolution; - les besoins et les attentes du patient; - le degré d'adhésion du patient au projet thérapeutique; - les capacités physiques et matérielles du patient; - l'environnement du patient. <p>Le projet thérapeutique est élaboré, formalisé et argumenté avec la personne soignée, il comprend les objectifs de soin prioritaires, les moyens thérapeutiques et les étapes et évaluations.</p>
2) Pertinence du choix des interventions et de leurs modalités de mise en œuvre	<p>Les outils et modalités d'intervention retenus sont réalistes au regard des capacités du patient. Les outils et modalités d'intervention retenus sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques et les attentes du patient, notamment au regard de ses capacités d'observance, d'investissement et d'appropriation.</p> <p>La prise en charge est coordonnée avec les autres acteurs de santé. Des outils de transmission, des supports d'évaluation et de communication avec les autres acteurs de santé sont formalisés. Les interventions à conduire auprès de l'entourage du patient sont identifiées.</p> <p>Les outils et modalités d'intervention sont correctement ciblés en référence aux priorités de l'intervention.</p> <p>Les dispositifs de prise en charge: protocoles, techniques, outils et modalités d'intervention sont adaptés en fonction des intérêts, réticences, réactions exprimées par le patient et/ou son entourage. La pertinence de la programmation de séances individuelles ou collectives est évaluée et explicitée. La structure de prise en charge et ses équipements, sont en adéquation avec le projet thérapeutique défini.</p> <p>Un dispositif d'urgence est envisagé en cas de nécessité.</p> <p>Les indications et modalités de recours à d'autres professionnels sont identifiées et explicitées. Les aménagements et adaptations nécessaires au patient ainsi que leurs modalités de financement sont identifiées, explicités auprès du patient et de son entourage et argumentés auprès des interlocuteurs compétents.</p>
3) Pertinence et de l'adéquation du projet thérapeutique	<p>Le projet est élaboré conformément aux normes éthiques en vigueur, il respecte la personne et ses valeurs.</p> <p>Le contexte est pris en compte.</p> <p>Le projet thérapeutique est présenté au patient de manière claire et adaptée.</p> <p>L'échéancier de la prise en charge, en fréquence de séances et en temps, est réaliste et clairement expliqué.</p> <p>L'adhésion du patient au projet de soins et aux objectifs du traitement est recherchée.</p> <p>L'expression du patient vis-à-vis du projet thérapeutique, ses résistances sont prises en compte.</p> <p>Le projet de soin et les modalités de mise en œuvre sont ajustés en fonction du feedback du patient.</p> <p>Le dispositif répond aux besoins et à la situation.</p> <p>L'innocuité du dispositif ou du protocole est contrôlée.</p> <p>Les arguments permettant d'accompagner le patient et/ou l'entourage dans l'acceptation de son trouble et des moyens techniques mis à sa disposition sont identifiés.</p>

<p>4) Pertinence du suivi de l'évolution du patient et de l'évaluation du projet</p>	<p>La définition des modalités de suivi du patient (objectifs d'étape, bilans d'évolution...) est cohérente avec le projet thérapeutique défini. Les objectifs d'étape sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques et réévalués en fonction de l'évolution de la situation de soin. Les objectifs d'étape définis sont réalistes, atteignables et définis dans le temps. Le choix des outils d'évaluation est adapté aux caractéristiques du patient, de sa pathologie et de son évolution, et fonction du projet thérapeutique. Les outils d'évaluation sont mis en œuvre de manière adaptée. Le transfert des acquis de la prise en charge dans la vie du patient est évalué, favorisé, pris en compte et partagé avec les autres professionnels de santé. L'ensemble des éléments nouveaux apparaissant en cours de la prise en charge est pris en compte. Les données qualitatives et quantitatives obtenues dans le cadre du bilan d'évolution et des actions d'évaluation sont comparées aux données du bilan initial. L'analyse comparative de ces données met en évidence l'évolution du patient et les caractéristiques de cette évolution. Les données recueillies dans le cadre de cette analyse sont comparées aux résultats attendus et les écarts sont identifiés. Les données obtenues dans le cadre de cette analyse sont présentées au patient et/ou à son entourage. L'expression du patient et/ou de l'entourage vis-à-vis des résultats obtenus est prise en compte dans le réajustement de l'intervention. Les éléments permettant d'infirmier ou de confirmer le diagnostic kinésithérapique sont recherchés, évalués et pris en compte dans la conduite des soins. Les objectifs thérapeutiques sont réajustés en cours d'intervention. Des aménagements sont proposés, le cas échéant, et leur acceptation par le patient est évaluée.</p>
---	---

Compétence 3

Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage

1. Intégrer les politiques de santé et les priorités de santé publique dans sa pratique professionnelle, et proposer des démarches de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage.
2. Placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé.
3. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage.
4. Conduire une démarche d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage à partir d'un diagnostic éducatif, en identifiant les besoins d'apprentissage du patient, des personnes et des groupes et les actions à entreprendre.
5. Concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques.
6. Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé.
7. Évaluer les effets de la démarche d'éducation thérapeutique, d'éducation, de prévention ou de dépistage et définir et mettre en œuvre les réajustements nécessaires.
8. Concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des pathologies chroniques, des polyopathologies ou pathologies complexes.
9. Dépister et prévenir des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne ou des groupes de personnes.
10. Élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et formation de populations ciblées, notamment en lien avec les priorités de santé publique.
11. Conduire des actions d'entraînement des patients et /ou de leur familles en vue de leur permettre de s'approprier les techniques d'intervention proposées par le masseur-kinésithérapeute.
12. Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé.
13. Conseiller, informer ou former à la prévention en masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Prise en compte des priorités de santé publique dans les actions d'éducation, de prévention et de dépistage	Les politiques de santé publique sont connues, notamment les plans et les priorités. Les institutions et structures impliquées en santé publique sont identifiées. Les actions d'éducation, de dépistage et de prévention tiennent compte des priorités de santé publique, des structures et acteurs impliqués, ainsi que des directives et protocoles édictés dans ce domaine. Les personnes ou groupe de personne sont inclus de façon pertinente.
2) Qualité de la posture éducative du masseur-kinésithérapeute	Une démarche proactive est adoptée. Les signes d'appel et dysfonctions sont perçus. Les aspects cliniques et paracliniques sont intégrés dans le raisonnement pour dépister les problèmes de santé. Les résultats cliniques et paracliniques sont interprétés et pris en compte. Les processus d'apprentissage sont identifiés. Leur mise en œuvre est structurée et tient compte des aptitudes et besoins du patient. La relation éducative est adaptée au niveau de communication du patient. La participation active du patient est recherchée et sa prise de décision éclairée favorisée. Un recul réflexif est exercé dans une vision systémique.
3) Pertinence de l'analyse des besoins	Les besoins des patients, de leur entourage et des groupes cibles sont identifiés, le cas échéant en faisant appel aux compétences d'autres professionnels. Les pathologies à risque, les milieux, les situations, les populations sont identifiées et analysés. Les risques liés aux troubles susceptibles d'être traités en masso-kinésithérapie sont repérés et identifiés. Les risques spécifiques aux populations ou groupes étudiés sont repérés.
3) Pertinence de l'analyse des besoins	Les besoins en matière d'acquisition de compétences, de gestes techniques, d'aménagement de l'environnement et d'adaptation à l'environnement liés aux troubles du patient sont identifiés avec le patient et/ou son entourage. Des objectifs d'intervention en éducation thérapeutique, accompagnement, dépistage ou prévention sont formulés en cohérence avec les besoins des patients, de leur entourage ou des populations cibles.
4) Pertinence de la démarche éducative ou d'accompagnement	Les situations dans lesquelles le recours à l'éducation thérapeutique est pertinent sont identifiées. Le problème de santé est intégré dans sa globalité. L'environnement de la personne est analysé. Un diagnostic éducatif est réalisé avec le patient en partenariat avec les autres professionnels de santé. Les conditions permettant au patient et/ou à son entourage d'apprendre à gérer son traitement, et d'adapter son mode de vie sont clairement explicitées. Ces conditions sont en cohérence avec le mode de vie et les capacités du patient. Les ressources sanitaires, sociales et économiques mobilisables par le patient et/ou son entourage sont identifiées et prises en compte. La capacité du patient à comprendre sa maladie et à expliquer comment il adapte son mode de vie en conséquence est mesurée. La démarche éducative ou d'accompagnement est adaptée à sa cible. Une surveillance active est assurée et relayée. La surveillance est modulée en fonction de l'évolution des paramètres. Les moyens de surveillance et de sécurisation sont mis en place en réponse aux besoins. Les paramètres physiques et physiologiques sont intégrés pour réguler l'intervention. Les signaux d'appel sont exploités. La démarche éducative, de conseil ou de prévention est réalisée en partenariat avec les autres professionnels de santé. Les collaborateurs adéquats sont identifiés. La prise en charge éducative est coordonnée avec les autres professionnels de santé. Les échanges sont argumentés. Un suivi thérapeutique cohérent est assuré en partenariat avec les autres acteurs. La limite des compétences est identifiée, ainsi que le cadre de référence des autres acteurs. Les aidants naturels, entourage familial, sont associés à la démarche éducative. La démarche éducative ou d'accompagnement respecte la législation et la réglementation en vigueur.
5) Pertinence du choix des outils pédagogiques	Le choix des supports et des outils pédagogiques est cohérent avec les objectifs de l'action, les caractéristiques de la population cible et son environnement. Les dispositifs d'aide sont adaptés en fonction des réticences, des peurs ou des réactions de défense du patient et/ou de son entourage. Le choix et les conditions de mise en œuvre des outils pédagogiques sont élaborés en lien avec les autres professionnels intervenant auprès du patient. Cette adaptation est inscrite dans le cadre d'un accord partenarial entre patient, entourage et professionnels en charge du patient.

<p>6) Pertinence des outils et des actions de dépistage et de prévention mis en œuvre</p>	<p>Les règles déontologiques et d'éthique professionnelle spécifiques aux actions de prévention ou de dépistage en masso-kinésithérapie sont identifiées et respectées. La pertinence de l'intervention du masseur-kinésithérapeute dans les actions de dépistage ou de prévention envisagées est identifiée. Les éléments clés du cahier des charges fourni au masseur-kinésithérapeute sont identifiés et pris en compte. Le choix des outils de dépistage est adapté aux objectifs de l'action de dépistage et/ou de prévention. Des outils de dépistage adaptés aux objectifs des actions et aux caractéristiques des personnes ou populations ciblées sont élaborés. L'approche se réfère aux connaissances et bases de données scientifiques. Des solutions alternatives sont prévues le cas échéant. Des documents sont élaborés concernant la prévention, l'éducation et le suivi de la maladie. Le choix et les conditions de mise en œuvre des outils de dépistage ou de prévention est réalisé en lien avec les autres professionnels intervenant auprès des populations cibles. La place et les limites du champ d'intervention du masseur-kinésithérapeute dans le cadre des actions de prévention et de dépistage sont clairement explicitées. Les actions à mettre en place ou les informations à délivrer en fonction des résultats du dépistage ou de l'action de prévention sont clairement explicitées.</p>
<p>7) Mesure des effets de la démarche d'éducation, de prévention ou de dépistage</p>	<p>Les effets des actions mises en œuvre sont évalués de manière adaptée. Le plan de traitement intègre des indicateurs de type SMART. Les actions sont réajustées en fonction des résultats. Un suivi est proposé sur le long terme.</p>

Compétence 4

Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie

1. Organiser et adapter les conditions d'accueil et d'utilisation des locaux et des équipements nécessaires au bon déroulement de la séance.
2. Identifier les risques iatrogènes de l'intervention en masso-kinésithérapie.
3. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel, liés à l'activité masso-kinésithérapique et déterminer les mesures préventives.
4. Planifier les activités et les priorités, définir le contenu de la séance en fonction des avancées du projet thérapeutique.
5. Évaluer l'état psychologique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances.
6. Informer la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques.
7. Mettre en œuvre l'intervention masso-kinésithérapique par des gestes, des techniques, des méthodes, un accompagnement et des supports adaptés au patient et à sa pathologie.
8. Adapter les protocoles et la durée de la séance en fonction de l'évolution de la situation clinique du patient et de ses réactions.
9. Sélectionner et mettre en place des conduites et compensations dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant au patient de dépasser sa situation de handicap.
10. Prescrire les aides techniques adaptées à la pathologie traitée dans le respect de la réglementation et des recommandations.
11. Concevoir et conduire une séance de groupe seul ou en coanimation.
12. Analyser le déroulement de la séance, évaluer ses résultats obtenus et intégrer les adaptations nécessaires au projet thérapeutique.
13. Enregistrer les données relatives aux séances réalisées dans le respect de la déontologie et de la réglementation.
14. Assurer la traçabilité des soins en kinésithérapie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de l'organisation de la séance	<p>Le lieu de la séance est organisé en fonction des caractéristiques et des besoins du ou des patients. Les objectifs de la séance individuelle sont déterminés et/ou réajustés en tenant compte des objectifs d'étape de la prise en charge, de l'évolution du patient, de sa plainte, de sa motivation, de ses capacités et des contraintes sociales.</p> <p>Les objectifs d'une séance de groupe sont élaborés en fonction des objectifs thérapeutiques individuels. Un planning de travail précis est élaboré en accord avec le patient et en coordination avec les autres intervenants.</p> <p>Le choix de la constitution du groupe de patients est explicite.</p> <p>Les moyens d'atteindre les objectifs de la séance sont identifiés.</p> <p>Les risques inhérents à l'état du patient et aux activités proposées sont identifiés et mesurés. Les mesures préventives afin de limiter les risques sont identifiées et mises en œuvre.</p> <p>Les équipements, outils et matériels nécessaires à la séance sont identifiés.</p> <p>Les équipements, outils et matériels nécessaires à la séance sont préparés, adaptés ou élaborés.</p>
2) Pertinence de la mise en œuvre de l'intervention	<p>La mise en œuvre du traitement respecte les principes éthiques et déontologiques. Les valeurs de la personne sont respectées (pudeur, intimité, vie privée, convictions...).</p> <p>Les règles de sécurité, d'ergonomie et d'hygiène sont respectées.</p> <p>Les indications et contre-indications des techniques sont identifiées.</p> <p>Les règles d'utilisation des outils sont respectées et leur innocuité assurée.</p> <p>Les actes, outils et techniques se réfèrent à des normes et/ou standards validés, à l'EBP et aux consensus qualitatifs.</p> <p>Les protocoles, procédures et recommandations existants sont respectés.</p> <p>Les techniques exploratoires, gestes et techniques de rééducation ou de réadaptation sont liés à la sphère et au domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes.</p> <p>Le choix des procédures et techniques est pertinent et cohérent en fonction du projet de soin.</p> <p>Les gestes, techniques et méthodes d'intervention employés sont adaptés au patient, à sa pathologie, à son âge, à sa culture et à son milieu socioculturel.</p> <p>La procédure et les techniques sont adaptées en fonction de la prise en charge pluridisciplinaire.</p> <p>Les gestes, techniques, équipements, outils et appareillages nécessaires aux examens, à la prise en charge et à la sécurité du patient sont mis en œuvre de manière adaptée.</p> <p>Les mesures sont précises et exactes.</p> <p>Les données sont recueillies et analysées de manière méthodique.</p> <p>Les gestes sont réalisés avec dextérité.</p> <p>La situation et son évolution sont observées et analysées avec minutie.</p> <p>Des initiatives cohérentes et pertinentes sont prises dans le cadre des compétences des masseurs-kinésithérapeutes.</p> <p>Les méthodes, techniques et outils sont diversifiés.</p> <p>Les techniques sont adaptées en fonction de l'environnement de travail.</p> <p>Le suivi du traitement, de l'application ou de la stratégie est assuré.</p>
3) Pertinence de la conduite de séance	<p>Les objectifs de la séance sont explicités au patient.</p> <p>Le vocabulaire technique et professionnel est utilisé de manière pertinente et compréhensible par le patient.</p> <p>Les moyens employés découlent du plan de traitement initialement projeté et de ses actualisations afférentes à l'évolution du patient.</p> <p>Le contenu de la séance est synthétisé dans le dossier du praticien.</p> <p>Le compte rendu de séance reprend les objectifs initiaux de la séance, le matériel utilisé, les résultats quantitatifs et qualitatifs, ainsi que la motivation du patient.</p> <p>Des gestes de premier secours sont éventuellement mis en œuvre en cas de risque vital chez le patient.</p> <p>La décision de poursuite ou d'arrêt d'un traitement repose sur les conclusions des évaluations, sur les observations cliniques et sur l'accord du patient ou de son entourage.</p>
4) Cohérence du contenu en lien avec le déroulement de la séance Les indicateurs sont un peu redondants avec ceux du critère 2	<p>Les aptitudes fonctionnelles du patient sont identifiées.</p> <p>Les fonctions déficitaires sont sollicitées et entraînées de manière adaptée dans différentes situations et différents contextes de soin.</p> <p>Des recommandations thérapeutiques sont formulées au patient et/ou à son entourage en vue d'un transfert et/ou d'un entraînement entre les séances.</p> <p>Les gestes, techniques et méthodes de prise en charge sont expliquées et mises en œuvre dans le respect des recommandations professionnelles.</p> <p>L'état du patient est évalué à son arrivée et pris en compte au cours de la séance: des réajustements sont effectués au besoin.</p> <p>Le choix des techniques, matériels, équipements et outils d'intervention, ainsi que la méthode, sont adaptés en fonction de l'état du patient, de sa demande et de ses réticences.</p> <p>L'évolution de l'état psychologique et attentionnel du/des patients au cours de la séance est identifié et pris en compte.</p> <p>Les modalités d'utilisation des techniques, équipements, outils et méthodes sont maîtrisées par le masseur-kinésithérapeute.</p> <p>En séance de groupe, la prise en charge est adaptée de manière individuelle à chaque patient.</p> <p>Les effets des interactions entre les patients lors d'une séance de groupe sont identifiés et pris en compte.</p>

<p>5) Qualité de l'analyse de l'évolution du patient</p>	<p>Les effets des séances sur la vie quotidienne du patient sont identifiés et évalués. Les pratiques sont ajustées en fonction du feedback, des objectifs et des moyens utilisés. Le processus est ajusté de façon responsable et appropriée. L'adéquation et la continuité du processus sont assurées. La mise en pratique des recommandations préconisées par le masseur-kinésithérapeute est vérifiée et éventuellement ajustée. Les données recueillies et les observations réalisées par le masseur-kinésithérapeute sont comparées d'une séance à l'autre. Les données transmises par le patient, son entourage et/ou les autres professionnels d'une séance à l'autre sont prises en compte. Les points forts et faibles, les acquis et les progrès sont identifiés. L'évolution des compétences et des anomalies touchant le patient est évaluée dans différentes situations et contextes et la prise en charge réajustée. Des outils et moyens d'évaluation de la qualité sont conçus et mis en œuvre.</p>
<p>6) Conformité de la traçabilité et de la transmission d'informations relatives au patient et à sa prise en charge masso-kinésithérapique</p>	<p>La traçabilité des données relatives aux séances et aux soins est réalisée conformément aux règles de déontologie, en tenant compte du cadre d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes (libéral ou salarié) et de la réglementation. Cet enregistrement est réalisé en référence à la nature des interventions conduites au cours de la séance. Le canevas et la démarche sont explicites. Le contenu est pertinent. Les termes adéquats sont utilisés. Le point de vue est argumenté. Des hypothèses sont élaborées. Les problématiques sont claires, pertinentes et explicites. Le contenu est contextualisé et actualisé en référence aux données scientifiques les plus récentes. Les conditions d'utilisation et de diffusion des données de la prise en charge masso-kinésithérapique dans le cadre des coopérations professionnelles, de formation ou de recherche, sont conformes aux règles de déontologie et à la réglementation. Le masseur-kinésithérapeute recueille l'accord écrit du patient ou de ses tuteurs légaux.</p>

Compétence 5

Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.
2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.
3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.
5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.
6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.
7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.
8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention.
9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat.
10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique.
11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Mise en place d'une relation de confiance et de partenariat avec le patient	<p>Les compétences relationnelles du masseur-kinésithérapeute sont identifiées au travers de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en compte de la spécificité du patient; - la mise en place d'une communication adaptée; - la qualité d'écoute: attentive, neutre et bienveillante; - la recherche d'expression du patient. <p>La communication est ajustée à l'interlocuteur et au contexte. Le contexte, les réactions et les besoins de la personne soignée sont prises en compte. Les valeurs de la personne sont respectées. Les droits du patient sont respectés. Les questionnements éthiques sont repérés et explicités. Le cadre déontologique de l'intervention est respecté. Les informations délivrées au patient sur sa pathologie, les objectifs et la mise en œuvre du traitement, l'organisation de la structure et sur l'environnement sont de nature à permettre au patient de prendre une part active à son traitement et à la gestion de sa pathologie de façon adaptée.</p>
2) Pertinence de l'analyse de la dimension relationnelle au cours de la situation de soin en masso-kinésithérapie	<p>Les conditions permettant de mettre en confiance le patient et d'instaurer un respect réciproque sont recherchées et explicitées tout au long de la relation de soin. Les attentes exprimées et les réactions du patient et/ou de son entourage sont prises en compte. Les conditions de déroulement et les objectifs des activités prévues lors de la séance sont explicités clairement. Un consensus est recherché avec le patient sur les modalités de l'intervention. Les droits et devoirs du patient sont expliqués. Les modalités de réalisation du bilan, ses résultats, le diagnostic masso-kinésithérapique sont expliqués. Une terminologie adéquate et spécifique au contexte est utilisée. Les propos sont argumentés dans un respect mutuel. Les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion, les réactions et comportements du patient ou du groupe de personnes sont repérés, analysés et pris en compte. Les besoins du patient sont repérés, pris en compte et réévalués régulièrement. Les informations dont la diffusion nécessite une attention ou des conditions particulières sont identifiées. L'importance des attentes pronostiques du patient et de l'entourage est analysée et prise en compte. L'impact des paroles, écrits, gestes, attitudes et comportements est mesuré et assumé. L'écart entre le ressenti du patient et la perception du trouble par le masseur-kinésithérapeute est pris en compte. La disponibilité du thérapeute est maintenue tout au long de la séance. Une distance thérapeutique est instaurée et respectée.</p>
3) Cohérence et adaptation du mode de communication utilisé à la situation de soin	<p>Les modes de communication verbale et non verbale utilisés sont adaptés à la personne ou au groupe de personnes. Une reformulation est proposée selon les besoins du patient et de son entourage. Les éléments de la communication sont décomposés le cas échéant pour clarifier le propos. Les échanges sont ciblés et exhaustifs. L'anamnèse est menée. Une terminologie adéquate et spécifique au contexte est utilisée. Les explications sont réitérées au cours de l'intervention masso-kinésithérapique. Une attitude bienveillante pour soutenir et encourager le patient est adoptée. Les éléments clés à prendre en compte et les comportements à adopter lors des situations relationnelles difficiles sont identifiés.</p>

Compétence 6

Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie

1. Rédiger un bilan ou rendre un avis dans un cadre médico-administratif.
2. Identifier et sélectionner les textes législatifs et réglementaires en vigueur afférents aux déficiences, incapacités, handicap.
3. Sélectionner et conseiller le matériel adapté aux déficiences, incapacités, handicap.
4. Construire des méthodes et outils d'enquête adaptés aux problèmes posés en santé publique dans le domaine de la masso-kinésithérapie dans différents contextes.
5. Conseiller les partenaires dans le cadre d'actions entreprises dans le domaine de l'ergonomie physique, de la prévention des troubles musculo-squelettique, des pathologies cardio-vasculaires, des accidents sportifs, etc.
6. Présenter, expliciter et argumenter auprès des professionnels partenaires concernés les recommandations en masso-kinésithérapie.
7. Évaluer les besoins d'une personne et ses capacités à pouvoir effectuer certaines tâches ou activités personnelles, professionnelles ou sociales, avec aide ou sans aide humaine ou technique, à partir d'une analyse de dossiers et de bilans masso-kinésithérapiques.
8. Informer le patient sur l'attribution des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence dans la prise en compte du contexte de l'intervention	Les spécificités du contexte de l'intervention sont prises en compte. L'environnement législatif et réglementaire en vigueur est identifié et pris en compte. Les spécificités du contexte de l'intervention sont prises en compte dans la rédaction des avis, bilans et synthèses.
2) Pertinence de la méthodologie d'intervention	Le choix de la méthode d'intervention est pertinent. L'analyse des besoins est pertinente et fait appel à des outils et des méthodes adaptés. Les conseils délivrés sont adaptés aux besoins identifiés et cohérents avec le cadre d'intervention du masseur-kinésithérapeute. Le rôle et les limites de l'intervention du masseur-kinésithérapeute en matière de conseil sont identifiés.
3) Pertinence de l'argumentation	Les choix effectués et les préconisations formulées par le masseur-kinésithérapeute sont clairement explicités. Les arguments développés sont pertinents et adaptés.
4) Pertinence de l'information délivrée au patient	Les informations délivrées au patient sur les modalités d'obtention d'avantages sociaux auxquels son état pourrait lui donner droit sont pertinentes et explicitées.

Compétence 7

Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle

1. Développer son activité professionnelle avec un esprit critique et dans une démarche réflexive intégrant l'innovation.
2. Connaître et intégrer la démarche qualité à son activité professionnelle.
3. Identifier les tutelles, les organisations et structures administratives en charge de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la réglementation en la matière.
4. Identifier et suivre les évolutions des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques professionnelles.
5. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé et des évolutions sociétales.
6. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster ses interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité.
7. Développer ses connaissances théoriques et techniques dans les domaines des sciences, des outils d'intervention et des nouvelles technologies de l'information et de la communication.
8. Adapter et transférer ses savoirs et ses compétences dans différents contextes professionnels et différents modes d'exercice.
9. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe, ou d'autres professionnels.
10. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en masso-kinésithérapie.
11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif.
12. Analyser et évaluer sa formation.
13. Autoévaluer, mettre en lien et intégrer ses acquis.
14. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur sa pratique professionnelle.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de l'analyse de la pratique professionnelle	Les valeurs professionnelles, la déontologie et l'éthique de la profession sont identifiées et intégrées à la pratique. Les sources d'information professionnelle permettant de suivre l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique professionnelle ainsi que des références théoriques sont identifiées. Une ouverture à la diversité de l'information est incluse dans la pratique professionnelle courante. Les changements, la remise en question et les nouvelles approches professionnelles sont intégrés à l'évolution professionnelle. Les ressources sont actualisées et les nouvelles ressources exploitées au regard de l'évolution des données de la science. Les nouvelles connaissances sont intégrées aux acquis professionnels. Leurs impacts sur la pratique du masseur-kinésithérapeute sont identifiés. Le sens des règles et des normes admises est questionnée dans la pratique professionnelle et les acquis remis en question. La confrontation de la pratique professionnelle avec des pairs en groupe d'analyse de la pratique est recherchée.
2) Hiérarchisation des types d'information pris en compte dans l'évaluation des interventions	Les éléments devant être pris en compte dans l'évaluation des interventions masso-kinésithérapiques sont identifiés: réglementation, recommandations professionnelles (relatives à la qualité, l'ergonomie, la sécurité, l'hygiène, la traçabilité), résultats de la recherche scientifique, satisfaction des patients...
3) Pertinence de la démarche d'analyse critique concernant les interventions en masso-kinésithérapie	Les informations permettant de mener la démarche d'évaluation sont repérées et les modalités de mise à jour de ces informations sont identifiées. Les données de recherches empiriques (qualitatives et quantitatives) dans le champ de la santé publique et de la prévention sont identifiées et utilisées. Les théories et évolutions scientifiques sont prises en compte dans la formulation des hypothèses qui orientent le travail masso-kinésithérapique et la recherche. La démarche d'analyse des activités du masseur-kinésithérapeute est fondée sur les résultats des bases de données, conférence de consensus, travaux de recherche et d'analyse interprofessionnelle. Les axes et les moyens d'évolution sont identifiés: formation personnelle à développer, domaines d'intervention sur lesquels les efforts doivent porter, recherches bibliographiques à effectuer. Des améliorations des interventions sont proposées.
4) Pertinence de la démarche de développement professionnel continu	Les sources d'information sur les actions de formation professionnelle continue sont identifiées et mobilisées avec efficacité. Une dynamique proactive d'ouverture aux nouvelles approches professionnelles et aux nouveaux apprentissages est mise en œuvre. Les acquis dans un domaine sont étendus à l'ensemble de la sphère d'apprentissage (généralisation du processus). De nouvelles stratégies d'apprentissage sont initiées. De nouvelles méthodes de travail personnalisées sont mises en place. Un processus d'échange sur les stratégies est initié avec des pairs. Un lien entre la ou les actions de formation suivies et l'analyse des pratiques professionnelles est établi.

Compétence 8

Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques.
2. Conduire une recherche bibliographique.
3. Analyser et synthétiser les articles scientifiques et évaluer leur impact potentiel sur sa pratique professionnelle ou sur la recherche conduite.
4. Formuler un questionnement scientifique, permettant de dégager les objectifs de la recherche.
5. Élaborer un protocole de recherche.
6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans le cadre de la recherche.
7. Planifier et conduire une action de recherche de manière individuelle et en groupe.
8. Élaborer une communication orale et rédiger un rapport et un mémoire de recherche.
9. Communiquer en français et en langue étrangère par écrit et par oral sur la recherche réalisée.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de la démarche d'étude et de recherche dans son champ d'activités	La problématique est identifiée. Le cadre juridique et réglementaire est identifié. Les structures de référence sont identifiées. Le projet d'étude et de recherche dans son champ d'activités est structuré.

2) Qualité de la recherche d'informations	Les bases documentaires internationales sont utilisées. Les données scientifiques les plus récentes sont recherchées. Les partenaires institutionnels et associatifs clefs de l'action de recherche sont identifiés.
3) Pertinence de la méthode de recherche	L'objectif de la recherche est clairement identifié. Les informations sélectionnées sont adaptées à l'objectif de la recherche. Les informations et données sont actualisées, traitées et organisées. La méthode de recherche est expliquée avec clarté. Les méthodes utilisées sont conformes aux cadres méthodologiques de recherche énoncés par la communauté scientifique et aux cadres éthique et déontologique de la profession. Les outils d'enquêtes ou de recueil de données sont pertinents. Les informations collectées sont analysées selon les références théoriques nécessaires et les critères scientifiques en vigueur. L'analyse des informations permet d'aboutir à un résultat concret et cohérent avec les objectifs poursuivis. Le traitement des données qualitatives et/ou quantitatives sont pertinents. Les travaux sont adossés à l'expertise scientifique de membres de laboratoires de recherche ou de l'enseignement universitaire, ou à des masseurs-kinésithérapeutes (ou des professionnels de santé) ayant mené des travaux de recherche.
4) Conformité de la méthode de recherche avec les bonnes pratiques professionnelles	Le questionnement scientifique et la priorisation des objectifs de la recherche sont cohérents et pertinents. L'argumentation est fondée sur une démarche scientifique rigoureuse et des bases théoriques fondées et en lien avec les recommandations de la communauté scientifique. Les personnes et leur environnement sont respectés. Les règles et procédures sont respectées. La maîtrise des procédures de sécurité et des mesures de protection est assurée par tous les intervenants. Les intérêts et les limites pour la pratique professionnelle sont mentionnés.
5) Qualité de la production	Le résultat de la recherche est clair et accessible pour son public. La démarche de recherche et ses résultats sont explicités par écrit et par oral.

Compétence 9

Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources

1. Élaborer un projet de création et de fonctionnement d'une structure, d'un cabinet, en rapport avec des besoins de santé identifiés en veillant à la conformité avec la réglementation.
2. Mettre en place une organisation adaptée du point de vue logistique, équipement, personnel et de fonctionnement correspondant à l'offre de soin.
3. Contribuer au fonctionnement optimisé d'un cabinet ou d'une structure de masso-kinésithérapie.
4. Fédérer autour d'un projet dans une approche collaborative, en tenant compte des règles de gestion des ressources humaines en vigueur.
5. Prévoir un budget prévisionnel, réaliser le suivi et la gestion d'un budget.
6. Établir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable d'un cabinet.
7. Veiller à la conformité des locaux, des installations et des matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité.
8. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique utilisé par les professionnels.
9. Choisir le matériel adapté à la structure et aux activités de masso-kinésithérapie en rapport avec l'offre de soin et organiser les achats, la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks des matériels et des consommables utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes.
10. Organiser et contrôler la gestion des déchets dans le respect des règles et des procédures.
11. Organiser les plannings, les rendez-vous et la répartition des activités.
12. Organiser la gestion des archives dans le respect de la réglementation.
13. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activité...).

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Rigueur de la gestion de projet	Le projet s'appuie sur une vision globale et articulée du domaine. Une étude d'opportunité, de faisabilité, une analyse des besoins sont réalisées. Les partenaires du projet sont identifiés et leur engagement évalué. Un calendrier est envisagé incluant les étapes du projet. Le suivi est assuré depuis la conception jusqu'à l'achèvement. Le suivi et les indicateurs sont précisés dès la conception.

<p>2) Conformité des règles dans la gestion d'un budget</p>	<p>Les règles et modalités de fonctionnement des outils de gestion de l'activité, des outils statistiques et des tableaux de bord sont identifiées et expliquées avec clarté. Les erreurs ou incohérences figurant dans les outils de gestion de l'activité, les statistiques et tableaux de bord sont repérés. La structure et le fonctionnement d'un budget sont identifiés. Les éléments devant figurer dans un bilan comptable et un rapport d'activité sont identifiés. Les logiciels dédiés sont utilisés avec aisance.</p>
<p>3) Conformité aux règles d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité dans les locaux et matériels</p>	<p>Les équipements et matériels nécessaires au fonctionnement des activités de masso-kinésithérapie sont identifiés en tenant compte des règles de sécurité et d'hygiène en vigueur. Les normes et réglementations s'imposant aux locaux, installations et matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiées et expliquées avec clarté. L'organisation des lieux est fonctionnelle. Les matériels sont maintenus et suivis en adéquation avec les règles d'usage et les réglementations en vigueur. Les incidents sont systématiquement consignés et tracés. Les règles et recommandations en matière d'hygiène sont identifiées, consignées, voire affichées. Les règles régissant la circulation des déchets sont identifiées. Les non conformités des locaux, installations et matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiées et des mesures correctives adaptées sont proposées. Les informations permettant de suivre les évolutions du matériel et des normes sont utilisées.</p>
<p>4) Conformité dans l'application des règles de gestion du personnel</p>	<p>Les sources d'information sur les règles de gestion du personnel sont identifiées. Les règles sont identifiées et expliquées. Les modalités de gestion du personnel sont explicites.</p>
<p>5) Respect des règles de gestion administrative</p>	<p>Les règles concernant la gestion des dossiers et l'archivage sont explicites et conformes à la réglementation. Le suivi et l'enregistrement des dossiers sont conformes aux règles et rigoureux. Les dossiers des patients sont mis à jour de manière régulière et rigoureuse. Les documents et attestations sont établis conformément aux règles. Le travail administratif est planifié de manière régulière. Les tâches administratives sont organisées et exécutées en respectant les échéances. Le contenu des documents est vérifié et contrôlé.</p>

Compétence 10

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe

1. Organiser et planifier ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, ainsi que des interventions conduites en simultané par d'autres professionnels auprès de la personne ou du groupe, dans le respect de la déontologie et de la réglementation en vigueur.
2. Identifier les missions des différents acteurs intervenant pour la prise en charge de la personne ou du groupe, la nature des informations à leur transmettre ainsi que les ressources existantes sur le territoire de santé.
3. Établir des relations professionnelles de qualité basées sur le respect mutuel, en favorisant le dialogue, la concertation et les décisions consensuelles.
4. Instaurer et maintenir des liaisons et partenariats avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des patients (santé, médico-social, social, sportif, culturel, associatif...).
5. Développer et mettre en œuvre des activités ou des projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux.
6. Coordonner ses actions et soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants notamment dans le champ social, économique, sportif, éducatif pour élaborer en commun ou conduire des projets d'intervention pluriprofessionnels pertinents.
7. Sélectionner les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place avec efficacité.
8. Prendre en compte dans son activité les actions de prévention mises en place sur le territoire.
9. S'adapter à différents contextes professionnels et culturels, y compris dans une démarche ouverte à l'international.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de l'identification et de la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	Les champs d'intervention et les modalités d'interpellation des différents acteurs intervenant auprès des patients suivis par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiés. Les outils de transmission permettant de communiquer. Les éléments de sa pratique professionnelle sont identifiés. Les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie sont identifiées.
2) Pertinence des modalités de coopération et de collaboration mises en œuvre	Les ressources existantes sur le territoire et qui peuvent être mobilisées par le masseur-kinésithérapeute sont identifiées : structures sanitaires et sociales, associations, organismes, autres structures intervenant dans le dépistage... La collaboration mise en œuvre pour optimiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient ou du groupe de patients est expliquée et argumentée. Les informations disponibles sur le patient circulent efficacement entre les différents acteurs concernés dans le respect du lien thérapeutique établi. Les comptes rendus écrits de bilans masso-kinésithérapiques sont détaillés et compréhensibles pour les prescripteurs. La nature des informations à transmettre au prescripteur, au patient et aux autres professionnels est identifiée. Les notes de synthèse et documents d'information rédigés sont clairs et adaptés aux besoins de leurs destinataires. Les interventions lors des réunions respectent les règles de déontologie médicale concernant la confidentialité et le respect de la parole qui est adressée. Les rencontres et réunions institutionnelles sont réinvesties dans le travail avec le patient. Le positionnement lors des échanges au cours desquels il est nécessaire d'écouter et d'argumenter des opinions contradictoires est clair et efficace. Les modalités de sélection des informations transmises à l'extérieur sont explicitées.
3) Qualité de la prise en charge collective des patients	La prise en charge d'un patient en cas de trouble nécessitant une intervention d'urgence est organisée de manière efficace. L'apport potentiel du masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'un projet thérapeutique collectif dans l'institution est clairement identifié. Les différentes solutions de réorientations éventuelles si le bilan masso-kinésithérapique n'est pas indiqué en 1 ^{re} intention sont identifiées.
4) Conformité des actions mises en place pour la répartition des activités et des compétences	Les modes d'organisation et de répartition au sein de l'équipe pluriprofessionnelle tiennent compte des compétences de chaque acteur. Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités. Les spécificités de chaque acteur sont repérées et utilisées dans le cadre des actions de prévention conduites par les masseurs-kinésithérapeutes. Les complémentarités dans un domaine de compétence partagée entre plusieurs acteurs professionnels sont clairement formulées.
5) Qualité de l'organisation de l'activité de masso-kinésithérapie	Les différents types d'activités à conduire (bilans, rééducations, rédaction de documents et correspondances, préparation de supports, communication, etc) sont identifiés. La planification des différentes activités sur la semaine tient compte du flux patients et du temps et des ressources disponibles. Les absences sont anticipées. L'information recueillie à propos d'un patient est hiérarchisée de manière pertinente. Un dossier-type patient répondant à différents types d'utilisations est conçu. Le temps et les procédures nécessaires à la constitution et à la mise à jour du fichier/base de données patients sont prévus et planifiés.

Compétence 11

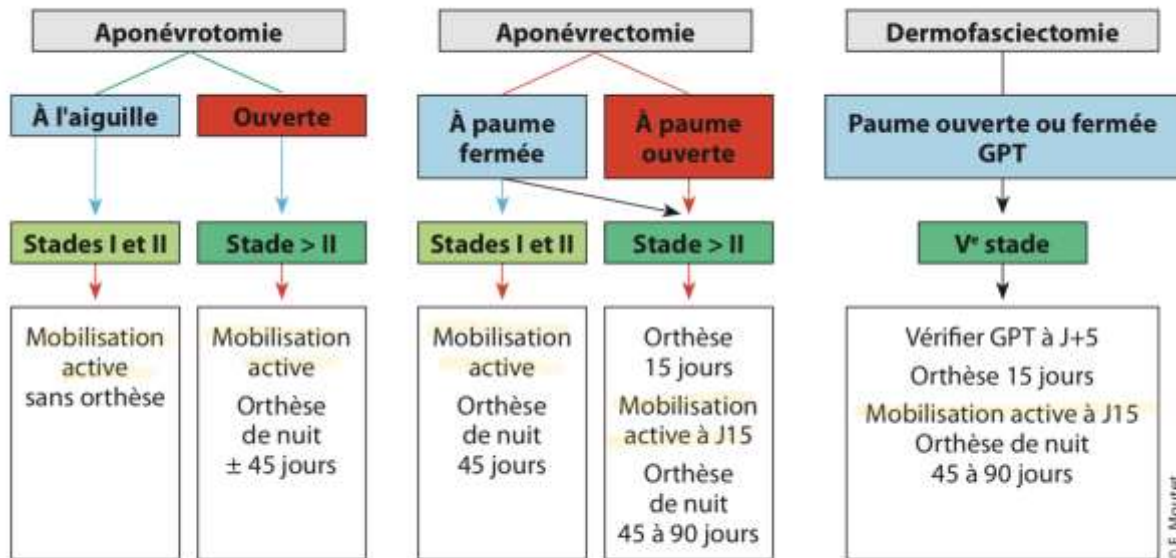
Former et informer les professionnels et les personnes en formation

1. Organiser l'accueil, l'information et l'accompagnement d'un professionnel, d'un étudiant ou d'une personne en formation dans le service ou la structure.
2. Contribuer à la formation des étudiants en masso-kinésithérapie dans le cadre d'actions de tutorat.
3. Repérer et expliciter les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation ou aux professionnels.
4. Préparer et animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels, d'étudiants, ou de futurs professionnels.
5. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels.
6. Superviser des situations et des activités d'apprentissage dans une démarche progressive d'autonomisation au bénéfice des stagiaires et étudiants.
7. Contribuer à évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires et les étudiants au regard des objectifs pédagogiques de stage et d'enseignements.
8. Communiquer sur sa profession.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence des informations prises en compte	<p>Les informations utiles pour accueillir un stagiaire, un étudiant ou un professionnel en formation sont identifiées.</p> <p>Le public à qui s'adresse l'information ou la formation est identifié.</p> <p>Les connaissances, savoir-faire, qualité de réflexion et d'analyse devant être acquis par les personnes recevant la formation sont identifiés.</p> <p>Les objectifs définis par et pour chaque stagiaire sont identifiés.</p>
2) Pertinence des actions conduites	<p>Une démarche d'accueil adaptée à chaque catégorie de publics (stagiaire, étudiant, nouvel arrivant professionnel, ...) est mise en œuvre.</p> <p>Les conseils, démonstrations, analyses commentées de la pratique et explications apportées tiennent compte du profil de chaque interlocuteur et des objectifs du stage. Les démarches d'analyse et de transmissions de savoir-faire et de connaissances sont organisées et adaptées au stagiaire ou à l'étudiant en tenant compte de son évolution et de ses difficultés.</p> <p>Les mises en lien théoriques avec la pratique professionnelle sont analysées et recherchées.</p> <p>Des axes et des moyens d'évolution permettant de faire progresser les professionnels et étudiants formés sont identifiés.</p> <p>Le support choisi est adapté à la situation de formation.</p>
3) Cohérence des actions conduites	<p>Les critères et indicateurs utilisés pour l'évaluation des stagiaires ou étudiants tiennent compte des objectifs prédéfinis.</p> <p>Les informations diffusées sur la profession tiennent compte du cadre légal et réglementaire d'exercice de la profession.</p>

Annexe 3 : Indications thérapeutiques dans la maladie de Dupuytren [29]

Maladie de Dupuytren - Indications thérapeutiques



► Figure 2

La rééducation et les attelles postopératoires sont conditionnées par la technique chirurgicale et le stade d'évolution de la maladie au moment de l'intervention

© F. Moutet

Annexe 4 : Critères et explications concernant l'application des pansements de la main.

Critères	Pourquoi ?	Contre-indications
<p>- Libérer les pulpes des doigts et la paume de la main</p> <p>- Ne pas les « aveugler »</p>	<p>Favoriser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) en permettant un contact direct avec la peau - la stimulation sensitive cutanée de ces zones importantes et ne pas créer de troubles de la sensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une plaie au niveau de ces zones - Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures touchées (os, tendons, vaisseaux, nerfs)
<p>Séparer les doigts en les individualisant jusqu'aux commissures</p>	<p>Permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) en permettant un contact direct avec la peau 	<p>Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures touchées (os, tendons, vaisseaux, nerfs)</p>
<p>Être le plus fin et le plus petit possible, sans bandages et ne pas ajouter de sur-épaisseur grâce à des pansements adhésifs</p>	<p>Permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'exsudat ou d'écoulement de sang nécessitant une épaisseur supplémentaire - Présence de risques d'hématome et d'œdème post-opératoire nécessitant une compression supplémentaire - Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures touchées (os, tendons, vaisseaux, nerfs)
<p>Placer la main ou le doigt en position ouverture si la plaie est localisée en palmaire ou en position de fermeture si la plaie est localisée en dorsale (selon traumatismes et indications du protocole mis en place)</p>	<p>Dans le but de ne pas être limité par la faible extensibilité du pansement et permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mobilisation des doigts et de la main en séance de rééducation - l'utilisation de la main au quotidien et la prise des objets (si elle est autorisée) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de la main au quotidien non autorisée par le protocole mis en place par le chirurgien afin de ne pas mettre en danger les structures touchées (os, tendons, vaisseaux, nerfs) - Si une immobilisation est en place, rester dans la position définie par l'orthèse