

MINISTERE DE LA SANTE

REGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**LA REANIMATION ADULTE : ENQUETE SUR LES  
REPRESENTATIONS DES ETUDIANTS DE MASSO-  
KINESITHERAPIE**

Mémoire présenté par Geoffrey BENASSI,  
étudiant en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de  
Masseur-Kinésithérapeute 2014-2017

## **GLOSSAIRE**

**MK** : Masseur-Kinésithérapeute

**ILFMK** : Institut Lorrain de Formation de Masso-Kinésithérapie

**PEC** : Prise En Charge

**K3** : Etudiant en troisième année d'étude de masso-kinésithérapie

**SKR** : Société de Kinésithérapie de Réanimation

**SFAR** : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

**SRLF** : Société de Réanimation de Langue Française

**VNI** : Ventilation Non Invasive

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**EMI** : Entraînement des Muscles Inspiratoires

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**IRR** : Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

**ENS** : Echelle Numérique Simple

**NSP** : Ne Sais Pas

**M** : Maximum

**m** : minimum

**MCE** : Massage Cardiaque Externe

**VVC** : Voie Veineuse Centrale

**bpm** : Battements Par Minute

**ECMO** : Extracorporeal Membrane Oxygenation (Oxygénation par membrane extra-corporelle)

**ZPD** : Zone Proximale de Développement

## SOMMAIRE

### RESUME

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>2. DEMARCHE THEORIQUE ET REFLEXIVE DE L'ENQUETE</b> .....	2
2. 1. La réanimation.....	2
2. 1. 1. Historique de la réanimation .....	2
2. 1. 2. La profession de Masseur-Kinésithérapeute en réanimation adulte .....	3
2. 1. 2. 1. Cadre législatif français .....	3
2. 1. 2. 2. Pratiques actuelles et place du MK en réanimation adulte .....	3
2. 1. 2. 3. Conditions d'exercices et réalité du terrain .....	5
2. 2. Les représentations sociales .....	7
2. 2. 1. Origines et concepts de base .....	7
2. 2. 2. Genèse d'une représentation .....	7
2. 2. 3. Objectifs des représentations .....	8
2. 2. 4. Limites des représentations .....	9
<b>3. MATERIEL ET METHODES</b> .....	10
3. 1. Méthodes de recherches bibliographiques .....	10
3. 2. Population et diffusion .....	10
3. 3. Matériel .....	11
3. 3. 1. Le questionnaire .....	11
3. 3. 2. Les questions.....	11
3. 4. Méthodes statistiques .....	13
<b>4. RESULTATS</b> .....	13
4. 1. Données générales .....	14
4. 2. Représentation et ressenti personnel .....	14
4. 2. 1. Terme principal décrivant la réanimation adulte .....	14
4. 2. 2. Qualité principale du MK en réanimation adulte.....	15
4. 2. 3. Déficience principale du patient de réanimation adulte.....	15
4. 2. 4. Généralités .....	16
4. 2. 5. La profession de MK en réanimation adulte .....	16
4. 2. 6. Evaluation de l'anxiété.....	17

4. 3. Evaluation des connaissances.....	18
4. 3. 1. Prise en charge respiratoire.....	18
4. 3. 2. Mobilisation active.....	19
4. 3. 2. 1. Au fauteuil.....	19
4. 3. 2. 2. Au lit.....	19
4. 3. 3. Notions supplémentaires.....	20
4. 4. Une fois diplômé(e).....	20
4. 4. 1. Les gardes.....	20
4. 4. 2. Milieu hospitalier et réanimation.....	21
<b>5. ANALYSES.....</b>	<b>22</b>
5. 1. Analyse descriptive et statistique.....	22
5. 2. Analyse sociologique.....	25
<b>6. DISCUSSION.....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONCLUSION.....</b>	<b>30</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## RESUME

La réanimation adulte est un milieu où le Masseur-Kinésithérapeute (MK) tient une place de choix. Polyvalent, il s'intègre au sein d'une équipe pluridisciplinaire où il prend en charge les patients souffrant de défaillances multiviscérales et dont le pronostic vital est parfois engagé. Malgré cette place prépondérante, la profession au sein du milieu hospitalier et plus particulièrement au sein de cette spécialité, ne semble pas être attrayante auprès des étudiants et des MK de façon générale. Au-delà de nos préférences, nos représentations sociales peuvent jouer un rôle non négligeable dans la construction mentale d'un environnement. Par conséquent, elles peuvent avoir un impact direct sur le parcours professionnel du futur diplômé.

Nous avons interrogé 71 étudiants en dernière année d'étude à l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie (ILFMK) de Nancy avec un questionnaire de 57 questions en abordant à la fois l'aspect théorique, pratique, mais également sociologique de la réanimation adulte. Les étudiants ayant effectué un stage ont été séparés des novices pour former deux groupes distincts afin de prendre en compte le maximum de paramètres dans l'élaboration des représentations. Les résultats descriptifs et sociologiques ont montré une image réduite du milieu, centrée essentiellement autour de la gravité de la situation du patient et sa prise en charge (PEC) majoritairement « respiratoire ». Il faut toutefois noter que ceux ayant déjà une expérience semblent avoir une vision plus concrète de la réanimation adulte. L'intérêt porté à ce milieu reste mitigé. Qu'ils soient novices ou non, plus de 45% des étudiants ne veulent pas y travailler mais 80% émettent la possibilité de suivre une formation pour découvrir ce milieu.

Des solutions telles que l'optimisation des cours théoriques, les stages professionnels ou encore la simulation sont à envisager, afin de confronter l'étudiant au potentiel de la réanimation adulte pour qu'il se forge une vision plus réaliste et attractive. Cette initiation à l'étude des représentations sociales permet de mettre en avant l'importance de l'aspect pratique qui ne peut se substituer à l'approche qualitative, fondamentale en ce qui concerne l'élaboration de notre identité professionnelle future.

Mots clés : étudiants ; masso-kinésithérapie ; réanimation ; représentation.

Key Words : students ; physiotherapy ; critical/intensive care ; representation.

## 1. INTRODUCTION

Selon le Larousse Médical, la réanimation correspond à un « ensemble de moyens mis en œuvre soit pour pallier la défaillance aigüe d'une ou de plusieurs fonctions vitales, dans l'attente de la guérison, soit pour surveiller des malades menacés de telles défaillances du fait d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale. Ces soins sont dispensés par des médecins réanimateurs spécialisés (...) » (1). Nous comprenons ainsi que la réanimation est un secteur où la situation des patients est instable. Chaque thérapeute est prêt à réagir en cas d'urgence et leur vigilance est omniprésente. La réanimation se décompose en réanimation néonatale, pédiatrique et adulte. Chacune de ces disciplines possède ses propres particularités (2). Pour ces raisons, nous traiterons uniquement dans ce travail de la réanimation adulte.

L'activité de la réanimation adulte concerne approximativement 300 MK en France et se pratique en milieu hospitalier ou dans certaines cliniques (3). Le MK occupe une place prépondérante au sein de ces services et une formation spécifique lui est nécessaire (4). C'est un milieu où les possibilités technologiques et thérapeutiques en font un domaine d'avenir dans la recherche. Pour autant, de nombreux postes restent encore vacants avec une durée d'attente moyenne de 2 ans avant de trouver un remplaçant (5).

D'un point de vue épidémiologique, l'exercice libéral est de plus en plus le mode d'exercice préférentiel (6). De 2012 à 2015, le nombre de MK exerçant en libéral est passé de 79% à 84%, alors que le nombre de salariés hospitaliers est passé de 17 à 11% (7, 8). Parallèlement, en 2016, le nombre de nouveaux diplômés est en hausse de 3% par rapport à 2015 et de 15% par rapport à 2012 (9). Cette augmentation constante d'effectif aux prémices d'une réforme inédite des études, nous mène à penser que la profession de MK est en plein développement, tant au niveau de l'exercice professionnel que de la formation initiale (10).

Ces données témoignent d'un probable désintérêt chronique pour la réanimation dont l'image serait mise en défaut. En effet, les notions d'instabilité, d'urgence et de spécialisation peuvent jouer un rôle dans l'élaboration des représentations de chacun, en particulier auprès des étudiants qui sont en pleine construction de leur identité professionnelle. Elles se construisent à partir d'éléments contextuels mais aussi propres à chacun.

Nos expériences personnelles, professionnelles, nos émotions et nos connaissances, influencent directement notre vision des choses et l'intérêt que nous pouvons y porter. Ces représentations, dites sociales par Serge Moscovici, vont dicter notre comportement et notre interaction avec le monde qui nous entoure (11). Elles sont le fruit d'une multitude de paramètres permettant à chacun de construire son présent mais également son avenir, notamment pour les étudiants en dernière année à l'aube de leur carrière professionnelle.

Au vu des éléments cités précédemment, nous pouvons émettre l'idée que les représentations des étudiants en dernière année de kinésithérapie (K3) concernant la réanimation adulte seraient éloignées de la réalité et entraîneraient un désintérêt avéré pour ce milieu. En d'autres termes, la représentation de la réanimation adulte auprès de ces étudiants est-elle réellement erronée ? Si oui, sur quels aspects ont-ils une mauvaise image de ce secteur ? Quelles solutions peuvent être apportées afin de corriger si nécessaire, cette vision faussée ?

## **2. DEMARCHE THEORIQUE ET REFLEXIVE DE L'ENQUETE**

### **2. 1. La réanimation**

#### **2. 1. 1. Historique de la réanimation**

La poliomyélite sévissant en Europe du Nord au début des années 1950, le monde médical était face à un fléau inédit où la prise en charge des défaillances respiratoires était au cœur de toutes les réflexions (12). En France, des précurseurs de la réanimation tels que les médecins Claude Bernard, Jean-Jacques Pocidalo et le neurologue Pierre Mollaret anticipèrent cette épidémie (13). En 1954 apparaît pour la première fois le terme de « réanimation médicale » grâce au médecin Jean Hamburger, grand avant-gardiste de la physiologie rénale (13). Selon lui, une médecine inédite venait de naître avec comme motivation première, la prise en charge des patients ayant un risque vital à court terme. En 1989, la Société de Kinésithérapie de Réanimation (SKR) est créée permettant de promouvoir la kinésithérapie dans ce milieu encore peu connu (14). Sur le plan international, le terme de « intensive care » traduit littéralement « soins intensifs » ne semble pas être approprié, de par son aspect réducteur en terme de pratique, ce qui ne correspond pas véritablement à l'identité de la réanimation (15).

## 2. 1. 2. La profession de Masseur-Kinésithérapeute en réanimation adulte

### 2. 1. 2. 1. Cadre législatif français

La profession de MK est régie par le Code de la Santé Publique, en particulier par le décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-870 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (16). Concernant les règles communes à tous les modes d'exercices de la profession, « le masseur-kinésithérapeute participe à la permanence des soins dans le cadre de lois et des textes qui l'organisent » (17). Par rapport à son exercice en réanimation, « l'établissement doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation » (18).

Sa pratique quant à elle se base essentiellement sur le Référentiel de compétences et d'aptitudes du masseur kinésithérapeute de réanimation en secteur adulte établi par la SKR (19). Ce référentiel a été conçu en se basant sur les articles R 4321-1 à 13 du Code de la Santé Publique. Les soins de réanimation s'organisent selon le décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé (20). Au-delà du cadre législatif, le MK respecte les protocoles de soins établis dans les services (21).

### 2. 1. 2. 2. Pratiques actuelles et place du MK en réanimation adulte

La réanimation adulte est un milieu exigeant des compétences spécifiques et des connaissances théoriques concernant de nombreux domaines (4, 19). Contrairement aux Etats-Unis ou encore aux autres pays européens où la distinction entre « physiotherapist » et « respiratory therapist » est établie, la profession de MK de réanimation en France se distingue par sa polyvalence (22, 23). Il doit être capable de faire face à tout type de pathologie et de situation, allant de la prise en charge des dysfonctions cardio-respiratoires, neurologiques, motrices, à la prise en charge de la douleur entre autres. Cette polyvalence a pour objectif la réhabilitation précoce et ce en gravitant autour de deux axes de rééducation principaux :

- **La mobilisation précoce** : elle est présentée de nos jours comme une priorité pouvant s'appliquer à la quasi-totalité des patients qu'ils soient intubés, ventilés ou même dans le coma, l'objectif final étant la réautonomisation du patient (24–26) (cf Figures ANNEXE I).

Elle permettrait notamment de diminuer la durée de séjour d'hospitalisation et aurait une action favorable dans la gestion de la sédation et le sevrage ventilatoire, le tout concourant à une meilleure récupération musculaire (23, 26, 27). Cependant, l'instabilité hémodynamique des patients semble être la principale limite à cette pratique (24, 28). Elle est également confrontée à un réel manque d'initiative et d'effectif pour pouvoir l'appliquer de façon rigoureuse (23, 26, 28, 29). De plus, le manque de recommandations en font une pratique encore en voie de développement (23, 27, 30).

- **La prise en charge respiratoire** : elle est au cœur d'une discussion encore plus marquée. Par exemple, la place du MK dans la gestion des suites post-extubation fait l'objet d'un accord fort dans les dernières recommandations 2016 de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) (31). De plus, en 2015, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) confirme le rôle du MK dans le succès de l'extubation et recommande l'utilisation de la Ventilation Non Invasive (VNI) post-extubation chez le patient atteint de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) (grade A) (32).

Cependant, la littérature manque encore de preuves et d'unanimité sur l'ensemble des techniques respiratoires. En effet, qu'elles soient manuelles ou mécaniques, elles ne font pas toutes l'objet d'un consensus fort (27). En prenant l'exemple du renforcement des muscles inspiratoires (EMI) chez le patient ventilé, la SRLF ne recommande pas cette pratique pour la prise en charge post-extubation (grade A) (32). Dans le cas du sevrage de la ventilation mécanique, son utilité dépendrait des soins standards pratiqués, d'autant qu'il ne permettrait qu'un simple gain de force sans bénéfice à long terme cliniquement significatif. De plus, l'EMI pourtant recommandée par l'European Respiratory Society depuis 2008 pour les patients présentant une « défaillance des muscles respiratoires en échec de sevrage » (Grade C), et confirmée par la méta-analyse de 2011 de Moodie et.al, est rarement utilisé en France (33, 34).

Seulement un tiers des MK français de réanimation se disent pratiquer l'EMI. Or, les principales techniques utilisées sont la spirométrie incitative et la respiration abdomino-diaphragmatique qui ne sont pas des techniques de renforcement pur (3). Elles n'offrent pas de réelle résistance mais, associées à l'EMI, favorisent tout de même le renforcement des muscles inspiratoires (35). Ce paradoxe vient renforcer l'idée que la prise en charge respiratoire, tout comme la mobilisation précoce, manquent encore de preuve, ce qui peut mettre à défaut la vision du métier de MK en réanimation.

- **La réhabilitation précoce** : elle est un véritable « objectif de soin » et repose sur la culture de la réhabilitation intensive dans le service, des effectifs suffisants, la connaissance de la maladie et la gestion de la sédation (29). Elle s'appuie essentiellement sur la diminution des sédatifs afin d'avoir une participation plus active du patient (30). En post-chirurgie, une nouvelle pratique se développe : le « fast-track ». Elle correspond à un ensemble de stratégies orientées vers une récupération rapide et comprenant une technique d'anesthésie appropriée, une extubation précoce, une analgésie efficace, un désencombrement ainsi qu'une nutrition et une déambulation précoces (26). Cette approche place le MK en tant qu'initiateur et coordinateur d'une équipe pluridisciplinaire ayant comme objectif principal, le devenir fonctionnel du patient (24).

Malgré ce rôle clé, nous avons constaté que la pratique du MK de réanimation adulte faisait l'objet de nombreuses discussions pouvant affecter la vision de ce métier. De plus, le terme étatsunien « respiratory therapist » participe également à une représentation réduite du rôle du MK. En excluant la mobilisation précoce, ce terme le limite ainsi à une pratique dont la validité scientifique est mise en défaut. Cette discordance entre réalité pratique et théorique et cette vision réductrice pourraient donc altérer la représentation de ce secteur et du MK.

### 2. 1. 2. 3. Conditions d'exercices et réalité du terrain

- **Salariat vs Libéral** : au vu des données épidémiologiques, l'exercice de la profession de MK hospitalier semble peu attractif. Ainsi, nous notons une diminution de la qualité des soins prodigués aux patients du fait d'un nombre insuffisant de kinésithérapeutes en milieu hospitalier, et donc en réanimation adulte (36). Pourtant, selon un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, les avantages du salarié hospitalier sont nombreux. Ce secteur ne semble néanmoins pas répondre aux exigences principales du futur diplômé, en particulier sur le salaire jugé trop insuffisant (37, 38) (cf Tableau I ANNEXE II).

- **Environnement de travail** : le MK en réanimation ne se limite pas qu'aux soins curatifs. En effet, il prévient aussi les complications liées à l'hospitalisation et ce, dans un environnement humain et matériel particulier. Les dispositifs (drains, sondes...) et les alarmes perpétuelles obligent le MK à s'adapter en permanence (4).

De plus, le MK exécute certains gestes nécessaires, parfois sans le consentement du malade (dans le cadre d'un délirium par exemple) ou de la personne de confiance (39).

- **Gardes et astreintes** : ces notions ont été définies et fixées par décret (40). Bien que la durée de travail hebdomadaire soit de 35 heures en fonction publique hospitalière, le MK est, depuis l'arrêté du 24 avril 2002, autorisé à réaliser des astreintes (41). Basées sur le volontariat et donnant lieu à une compensation horaire ou financière, elles se différencient des gardes qui ne sont pas citées dans le décret et semblent être considérées comme un aménagement du temps de travail, « compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit » (40) . La formation du personnel est essentielle pour optimiser cette continuité des soins. Néanmoins, 41% des MK travaillant en centres hospitaliers ne se déclarent pas toujours compétents pour traiter des patients en garde et 85% reconnaissent ne pas être spécifiquement formés (42).

- **Vie des soignants** : la 6<sup>ème</sup> conférence de consensus « Mieux vivre la Réanimation » , de la SRLF datant de 2009, a mis en avant la vie des soignants au sein des services de réanimation (43). La notion de « burn-out » (état psychologique résultant d'une exposition prolongée à un travail stressant) est notamment abordée. Ce phénomène a pour conséquence notable, une diminution de la qualité des soins ou encore un absentéisme plus important.

Notons d'ailleurs qu'en 2012, de nombreuses recommandations ont été établies par les sociétés savantes à propos des structures et de l'organisation des unités de réanimation et notamment la recommandation R211 qui stipule que : « Le service doit disposer d'indicateurs d'épuisement professionnel (absentéisme, turn-over, accidents de travail, score de burn-out) » (44). Ainsi, cette prise de conscience sur les conditions d'exercices en réanimation est au cœur de nombreuses réflexions et témoigne d'un milieu de travail difficile pour les soignants.

Un aspect fondamental de la pratique de MK en réanimation concerne sa place dans la décision de limitation et d'arrêt des traitements (19, 45). La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie met en avant l'importance d'une réflexion pluridisciplinaire sur le choix de certains traitements face à une situation d'accompagnement de fin de vie (46, 47). Les MK sont donc amenés à faire face à ce type de situation qui affecte de manière non négligeable leurs conditions de travail.

La médicalisation de la mort entraîne inexorablement une confrontation du soignant face à cette situation émotionnelle difficile. Ces sentiments d'impuissance et de frustration peuvent être à l'origine d'anxiété vis-à-vis de ces « deuils inachevés » (48).

Au-delà de son aspect organisationnel et législatif, la profession de MK en réanimation adulte apparaît comme humainement difficile, autant d'un point de vue purement salarial que d'un point de vue plus personnel et émotionnel, ce qui pourrait nuire à l'image de la profession.

## 2. 2. Les représentations sociales

### 2. 2. 1. Origines et concepts de bases

Selon le Larousse, une représentation se définit par l'« action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe ». En psychologie, elle correspond également à une « perception, image mentale, (...) dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, (...) du monde dans lequel vit le sujet » (49). Nous comprenons par ces définitions que les représentations dans le domaine social ont une dimension à la fois individuelle, mais également collective liée au monde extérieur. Ces deux aspects sont les piliers de deux précurseurs des représentations sociales du XIX<sup>ème</sup> siècle, que sont le sociologue français Emile Durkheim et le sociologue allemand Max Weber (50).

Il existe cependant une véritable hégémonie française dans l'étude des représentations sociales. En effet, au-delà de ces deux protagonistes, le sociologue français Serge Moscovici a fondé les bases mêmes de cet objet d'étude. Son ouvrage « La psychanalyse, son image, son public » est la source princeps de nombreuses réflexions au cours des décennies qui suivent, que ce soit en France ou même à l'étranger (11, 50, 51).

### 2. 2. 2. Genèse d'une représentation

Les connaissances scientifiques apparaissent comme initiales dans l'élaboration des représentations. Acquises antérieurement, elles se mêlent aux éléments nouveaux que nous rencontrons. Elles constituent ainsi notre savoir, qui prend également en compte la dimension symbolique qu'une représentation doit véhiculer (52).

A cela s'ajoute aussi, selon Denise Jodelet, l'expérience et la communication. Le tout concourt à façonner le sujet qui se retrouve au cœur de la représentation qu'il s'est créée (53). En reprenant la théorie de la relation « sujet-alter-objet » décrite par Moscovici, Jodelet montre que la représentation est un processus dynamique d'une triade dépendante de la communication. En effet, cette dernière est indispensable à la diffusion d'une représentation. Elle peut se diviser en deux processus scientifiques que sont l'interaction avec l'environnement et la conversation.

La construction d'une représentation est donc soumise à des éléments à la fois concrets et abstraits, mais aussi théoriques et pratiques. Au cœur d'une relation interdépendante avec la personne et son environnement, ces éléments ont chacun une influence réciproque. Nous comprenons ainsi que les représentations de la réanimation adulte auprès des étudiants se basent sur leurs connaissances qui, selon le moment où les cours leur sont enseignés, peuvent être parcellaires et stéréotypées. Moscovici parle lui des processus d'objectivation et d'ancrage, le premier étant à visée théorique, pour s'approprier la notion dans notre esprit et le second, plutôt à visée pratique, pour acquérir pleinement la notion (11) (cf Tableau I ANNEXE III).

### 2. 2. 3. Objectifs des représentations

Selon Moscovici, une représentation est : « une préparation à l'action (...) qui guide le comportement (...) qui reconstitue les éléments de l'environnement ». Il la définit également comme le « reflet interne d'une réalité externe (...) qui détermine le champ des communications possibles (...) et les conduites désirables ou admises. » (11). Au-delà de son aspect purement cognitif, la représentation a bel et bien une visée pratique puisqu'elle structure notre relation avec le monde, mais également nos pratiques sociales. Véritables sources de connaissances et de dialogues, les représentations sociales permettent à l'Homme de se façonner une vision du monde. Cela donne ainsi une dimension sociale à un phénomène initialement individuel.

Les représentations sociales sont des objets complexes. Moscovici parle en effet de « polyphasie cognitive », où chacun se fait sa propre réinterprétation de la réalité, son propre avis qui nous permet à la fois de se positionner, de s'affirmer ou de résister à un fait social imposé par le milieu. Elles nous permettent ainsi de construire notre propre identité (54).

#### 2. 2. 4. Limites des représentations

La base empirique des représentations est au cœur de nombreux débats (51). En effet, l'expérience sensible constitue, avec la fonction symbolique, la part d'incertitude dans l'élaboration des représentations. De plus, elles sont sujettes à de nombreuses réinterprétations ce qui en font par la suite des éléments instables à la fois sur leurs origines, sur leurs utilisations mais aussi sur leurs explications. La subjectivité dans l'analyse sociologique est donc un facteur à prendre en compte. Des similitudes notables peuvent ressortir entre les différentes personnes. Néanmoins, chacun de nous a sa propre démarche d'analyse. Cette diversité peut influencer la compréhension des phénomènes et donc leur interprétation. Le libre pensé de chacun empêche également la distinction du réel de l'imaginaire et concourt à une certaine « bataille de la vérité » où chacun veut imposer sa vision sans se remettre en question (54).

De par cette instabilité polymorphe, les représentations sociales peuvent faire l'objet de mauvaises compréhensions et aboutir ainsi à des visions faussées. La communication étant un élément fondateur des représentations, nous comprenons aussi qu'elle peut être à l'origine de la dispersion d'une fausse information au sein d'un groupe. De plus, lors de l'objectivation, une étape de tri est réalisée pour ne retenir que la part symbolique de l'élément étudié, ce qui peut aboutir à une vision trop réduite, génératrice de mauvaises représentations (11) (ANNEXE III).

Ces 3 piliers que sont l'individu, l'environnement et l'objet de la représentation selon Moscovici, sont donc vulnérables. Cette relation fondatrice « sujet-alter-objet » peut ainsi être au cœur de fausses perceptions et donc de comportements inadaptés.

Dans le cadre de notre étude, le probable désintérêt pour le monde hospitalier et en particulier pour la réanimation adulte, peut s'expliquer par une représentation faussée. L'attitude des étudiants qui en découle peut s'avérer négative et donc participer au désintérêt chronique constaté précédemment.

### 3. MATERIEL ET METHODES

#### 3. 1. Méthodes de recherches bibliographiques

Afin d'établir le cadre épidémiologique et législatif, nos recherches se sont centrées sur le site internet de LegiFrance du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, ainsi que sur le site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Les bases de données scientifiques PubMed, Pedro et Science Direct ont été consultées pour affiner les recherches et créer ainsi le questionnaire. Des recherches ont été également effectuées à la bibliothèque Réedoc située à l'Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation de Nancy (IRR). La Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy fut également consultée. Enfin, les bases de données Cairn et Physiotherapy Research International furent consultées pour la partie sociologique des représentations. Nous nous sommes également rendus à la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Lettres de Nancy afin de trouver les ouvrages s'y rapportant.

Les mots clés utilisés sont : **étudiants** (students) ; **masso-kinésithérapie** (physiotherapy) ; **réanimation** (critical/intensive care) ; **représentation** (representation).

#### 3. 2. Population et diffusion

Le questionnaire fut distribué le lundi 7 novembre 2016 à 08h00, avant le premier enseignement théorique de « Ventilation et Réanimation ». Cette date fut choisie dans l'optique d'interroger les étudiants sans qu'ils aient eu de cours sur le sujet. La possibilité d'avoir effectué un stage est cependant envisageable. Nous avons eu 71 réponses sur 86 possibles, soit un taux de réponses de 82,6% et un taux d'absentéisme de 17,4% (ANNEXE IV).

Le questionnaire fut distribué en format papier et récupéré directement après qu'il ait été rempli. Cette saisie unique et anonyme des données nous a permis de garantir l'honnêteté, la spontanéité et l'égalité des réponses comparativement à un document internet du type Google Drive, l'étudiant pouvant en effet faire des recherches annexes. Un pré-test a été réalisé au mois d'octobre sur une population de 18 étudiants de deuxième année pour réajuster certaines questions et ainsi favoriser une réponse au questionnaire la plus précise possible.

### 3. 3. Matériel

#### 3. 3. 1. Le questionnaire (ANNEXE V)

Selon François de Singly, le questionnaire en sociologie permet de saisir « les schèmes de perception durablement incorporés » (55). En interrogeant ainsi la cognition automatique des étudiants, nous cherchons par ce questionnaire à étudier l'essence même de leur image de la réanimation. Rapide à remplir, avec des questions précises et concrètes, le questionnaire a pour objectif premier de faire un état des lieux de la vision des étudiants. Il est composé de 57 questions, dont 5 questions ouvertes, 2 questions semi-ouvertes et 50 questions fermées. Cette initiation à l'étude des représentations sociales abordera les aspects théoriques et pratiques pour être en phase avec les fondements sociologiques de Moscovici.

#### 3. 3. 2. Les questions

Les questions portent sur des items précis en évoquant au minimum le terme de « représentation » qui pourrait influencer la réponse. En effet, nous cherchons à trouver le juste milieu entre objectivité et subjectivité afin que les étudiants expriment leur opinion sans émettre trop de jugements. Les questions fermées ont été privilégiées afin de cibler un élément précis. Pour obtenir une cohérence expressive, nous avons procédé à une standardisation des questions dans le but de permettre à l'étudiant interrogé, de garder le contrôle sur les réponses qu'il donne, mais également de ne pas subir « l'effet examen » (tendance à vouloir donner absolument la réponse juste) (55). Les données récupérées ont été traitées par le logiciel Microsoft EXCEL 2013®. Ainsi, nous avons les questions :

- **1.1. à 1.5. :** elles donnent les informations générales sur les étudiants interrogés et permettent ainsi de constituer nos groupes d'études et de comparaisons.

- **2.1. à 2.3. :** ce sont des questions ouvertes, basées sur la méthodologie du noyau central de Jean Claude Abric dans son ouvrage « Méthodes d'études des représentations sociales » (56). Cette méthodologie consiste à étudier quels sont les termes qui reviennent le plus fréquemment sur un sujet donné. Ainsi, l'étude de la représentation passe à la fois par son contenu mais également par son organisation.

En parallèle se trouve une zone muette ou périphérique constituée selon Abric, « d'éléments non verbalisés ou non évoqués dans une situation normale de production » (56). Pour constituer le noyau central, les termes les plus répétés ainsi que ceux appartenant au même champ lexical seront conservés. La zone périphérique se constituera donc des termes restants, mais pourra également comporter des termes répétés de manière moins prépondérante ou appartenant au même champ lexical que ceux restants. Ainsi, par ces trois questions ouvertes, nous cherchons à décrire ces deux zones en étudiant à la fois la vision pure des étudiants de la réanimation, du MK et du patient dans ce milieu.

- **2.4.1.à 2.4.3.** : ce sont trois questions plus générales, utilisant notamment la technique de substitution décrite par Abric (56). Elle permet de ne pas impliquer personnellement l'interrogé, mais en l'incluant dans un groupe qui est en lien avec lui, pour lever la pression normative du questionnaire.

- **2.5.1 à 2.5.7.** : elles concernent les conditions de travail du MK en réanimation adulte.

- **2.6.1.à 2.6.8.** : ces questions utilisent une échelle numérique simple (ENS) afin d'évaluer leur anxiété face à certaines situations sensibles. L'ENS a été adoptée pour varier les questions et aussi pour obtenir des résultats quantitatifs rendant l'analyse plus « vivante » (55).

- **3.1.1.à 3.1.9.** : elles évaluent les connaissances des étudiants sur la prise en charge respiratoire d'un patient. Afin de lever « l'effet examen », l'item « Ne sais pas » (NSP) a été rajouté. Les items se basent sur le référentiel de compétences du MK en réanimation (19). Seul l'item 3.1.3. se base sur la conférence de consensus de 2006 sur la Ventilation Non Invasive (VNI) au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë (57).

- **3.2.1.à 3.2.8.** : elles abordent la PEC d'un patient en réanimation pour une mobilisation active au fauteuil ou au lit selon différentes situations cliniques. Les items « Possible »/ « Impossible » ont été privilégiés. Moins catégoriques, ils permettent aux étudiants de mieux moduler leurs réponses car de nombreux facteurs peuvent influencer la prise en charge. La totalité des questions se base sur des recommandations d'un consensus d'experts sur la mobilisation active en réanimation d'un patient adulte placé sous ventilation mécanique (58).

- **3.3.1. à 3.3.3.** : elles traitent trois notions supplémentaires, dont leur mise en œuvre est souvent discutée entre MK. Une échelle de Likert a été adoptée dans le but de laisser un libre choix à l'étudiant. Les items se basent sur le référentiel de compétences du MK en réanimation (19) ainsi que sur un dossier de Kiné Actu sur la profession du MK en réanimation (4).

- **4.1.1. à 4.1.4.** : ces questions concernent les gardes et les astreintes avec notamment deux questions semi-ouvertes, offrant une plus grande variété dans la forme des questions.

- **4.2.1. à 4.2.6.** : elles traitent de leur projet professionnel afin d'étudier succinctement leur avenir, mais également l'évolution de la profession. Les trois items « Impossible », « Probable » et « Certain » sont utilisés pour ne pas être trop restrictifs.

### 3. 4. Méthodes statistiques

L'étude porte sur deux échantillons qualitatifs et indépendants non appariés. Ainsi, le test t de Student a été utilisé pour l'analyse des questions 2.6.1. à 2.6.8. car elles ont pour variable d'étude des données quantitatives. Concernant les variables qualitatives, le test du Chi 2 a été utilisé pour les questions comportant seulement les items « Oui » et « Non ». Le test exact de Fisher a été préféré pour les questions comportant plus de deux items afin de pouvoir étudier statistiquement des effectifs plus réduits. Cette analyse a été réalisée avec le logiciel de statistiques en ligne BiostaTGV® (59).

## 4. RESULTATS

Les résultats seront présentés en deux groupes. Le premier correspond aux étudiants ayant effectué un stage en réanimation adulte, et le deuxième à ceux qui n'en ont pas fait. Nous les noterons « Stage Réa » et « Pas Stage ». Ce choix permet d'explorer au mieux les différents facteurs d'influence des représentations. En effet, en distinguant ces deux groupes, nous explorons d'une part la place de l'expérience professionnelle, et d'autre part, la place des connaissances propres à chacun (partie 3 du questionnaire). Les éléments plus intimes comme l'expérience personnelle et l'aspect émotionnel sont abordés. Néanmoins, ils ne constituent pas de groupe à part entière de par leur complexité et leur diversité d'étude (11, 60).

Ces deux piliers fondamentaux que sont connaissances et pratique nous permettent d'explorer les deux processus fondamentaux de Moscovici que sont l'objectivation et l'ancrage.

Les valeurs des p statistiques ont été incluses dans les tableaux de résultats dans un but synthétique. Afin de faciliter la lecture des résultats, les questions ouvertes de la partie « Représentation et ressenti personnel » sont présentées sous la forme du noyau central et de la zone périphérique selon la méthodologie de Jean-Claude Abric vue précédemment.

#### 4. 1. Données générales

Sur un total de 71 réponses, 19 étudiants ont effectué un stage en réanimation adulte contre 52 qui n'en ont pas fait. Pour le groupe « Stage Réa », nous avons 42,1% d'hommes contre 57,9% de femmes. L'âge moyen est de 22,89 ans et la durée moyenne de leur stage est de 4,1 semaines. 31,5% soit 6 étudiants sur 19 ont une expérience personnelle en réanimation adulte. Pour le groupe « Pas Stage », 34,6% de la population est masculine contre 64,4% féminine. L'âge moyen est de 22,98 ans. Le seul redoublant interrogé fait partie de ce groupe. 17,3% soit 9 étudiants sur les 52 ont une expérience personnelle en réanimation adulte.

#### 4. 2. Représentation et ressenti personnel

##### 4. 2. 1. Terme principal décrivant la réanimation adulte

Tableau I : Terme principal décrivant la réanimation adulte pour le groupe « Stage Réa »

NOYAU CENTRAL			ZONE PERIPHERIQUE	
Risque x2	Gravité x2	Coma	Surveillance	Qui-vive
Respi x2	Détresse	Intubation	Imprévisibilité	Attention
Dépendance	Accident	Impuissance	Incertitude	Equipe
			Soins	

Tableau II : Terme principal décrivant la réanimation adulte pour le groupe « Pas Stage »

NOYAU CENTRAL			ZONE PERIPHERIQUE		
Urgence x6	Coma x5	Respi x5	Alité x2	Eveil x2	Branchements
Survie x4	Grave x4	Vital x3	Hôpital	Complexe	Calme
Dur x3	Stress x2	Eprouvant	Intubation	Scope	Entretien
Pesant	Inerte	Nécessaire	Réactivité	Vigilance	Palliatif

## 4. 2. 2. Qualité principale du MK en réanimation adulte :

Tableau III : Qualité principale du MK en réanimation adulte pour le groupe « Stage Réa »

NOYAU CENTRAL			ZONE PERIPHERIQUE		
Patience x5	Réactivité x3	Calme	Force mentale	Abstraction	Empathie
Adaptabilité x3	Prévoyant		Précis	Répétition	Polyvalence

Tableau IV : Qualité principale du MK en réanimation adulte pour le groupe « Pas Stage »

NOYAU CENTRAL		ZONE PERIPHERIQUE	
Patience x10	Réactif (ivité) x9	Responsable	Rigueur
Compassion x4	Adaptation x4	Kiné respiratoire	Prévention
Calme x3	Persévérance x2	Sang-Froid	Courage
Rapidité x2	Empathie	Régularité	Polyvalent
Mental x2		Observant	

## 4. 2. 3. Déficience principale du patient de réanimation adulte ;

Tableau V : Déficience principale du patient pour le groupe « Stage Réa »

NOYAU CENTRAL		ZONE PERIPHERIQUE	
Respiratoire x8	Fatigue x2	Seul	Inconscience
Volumes	Fragile	Décubitus prolongé	Non communication
Grabataire		Autonomie	Douleur

Tableau VI : Déficience principale du patient pour le groupe « Pas Stage »

NOYAU CENTRAL		ZONE PERIPHERIQUE		
Respiratoire x32	Encombrement x5	Coma	Impuissance	Neurologique
Cardio respi x3	Faiblesse x2	Raideur	Maladie	
Communication x2	Ventilatoire			
Saturation				

4. 2. 4. Généralités

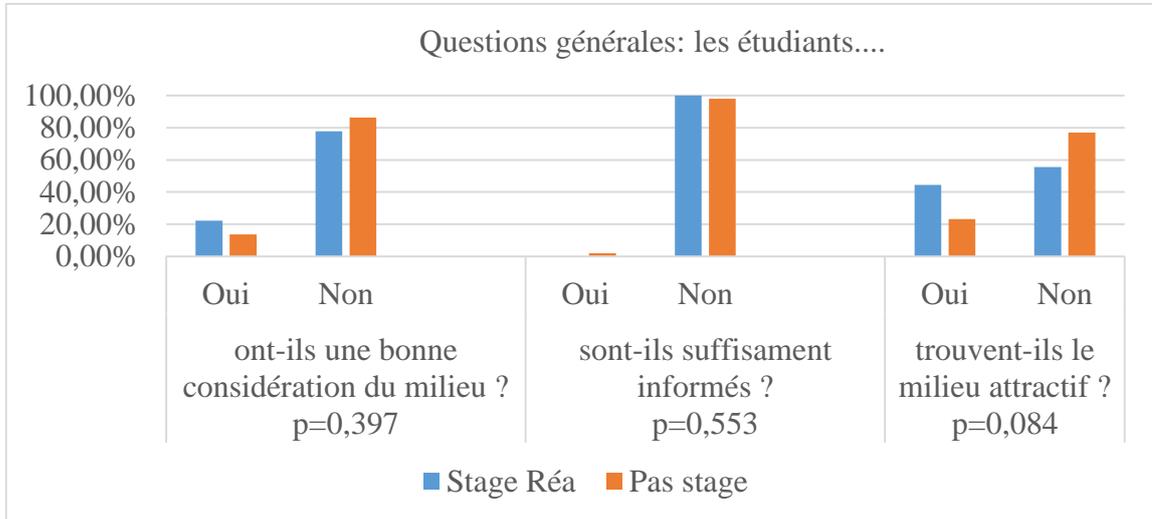


Figure 1: Questions générales sur la réanimation adulte perçue par les étudiants

4. 2. 5. La profession de MK en réanimation adulte

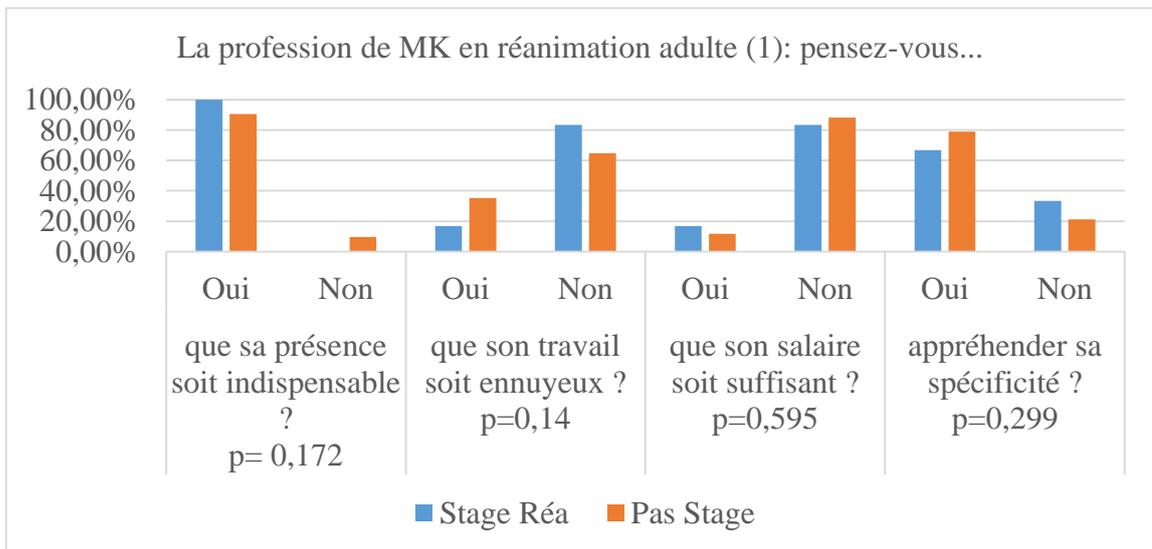


Figure 2: La profession de MK en réanimation adulte (1)

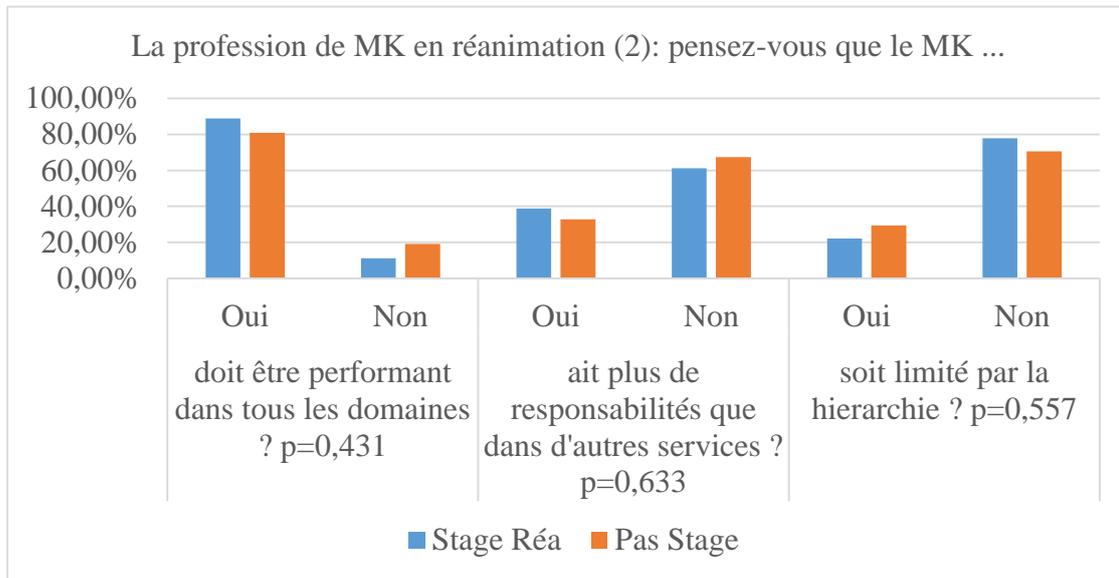


Figure 3: La profession de MK en réanimation adulte (2)

## 4. 2. 6. Evaluation de l'anxiété

Tableau VII : Tableau comparatif des notes sur l'évaluation de leur anxiété face à différentes situations (M= Maximum ; m= minimum)

	Stage Réa	Pas Stage	p
Reconnaitre une situation d'urgence	7,21 M=10 m=2	7,62 M=10 m=3	0,459
PEC patient instable	5,68 M=8 m=2	6,71 M=10 m=3	0,042
Réaliser un massage cardiaque externe (MCE)	8 M=10 m=5	7,7 M=10 m=1	0,509
PEC patient non communicant	2,26 M=5 m=0	3,1 M=8 m=0	0,058
Ventiler avec un insufflateur manuel	4,16 M=9 m=1	4 M=9 m=0	0,784
PEC patient intubé ventilé	2,63 M=7 m=0	4,3 M=8 m=0	0,00285
PEC patient équipé	1,79 M=6 m=0	3,4 M=8 m=0	0,00214
Participation décisions fin de vie	6,21 M=10 m=2	5,71 M=10 m=0	0,42

#### 4. 3. Evaluation des connaissances

##### 4. 3. 1. Prise en charge respiratoire

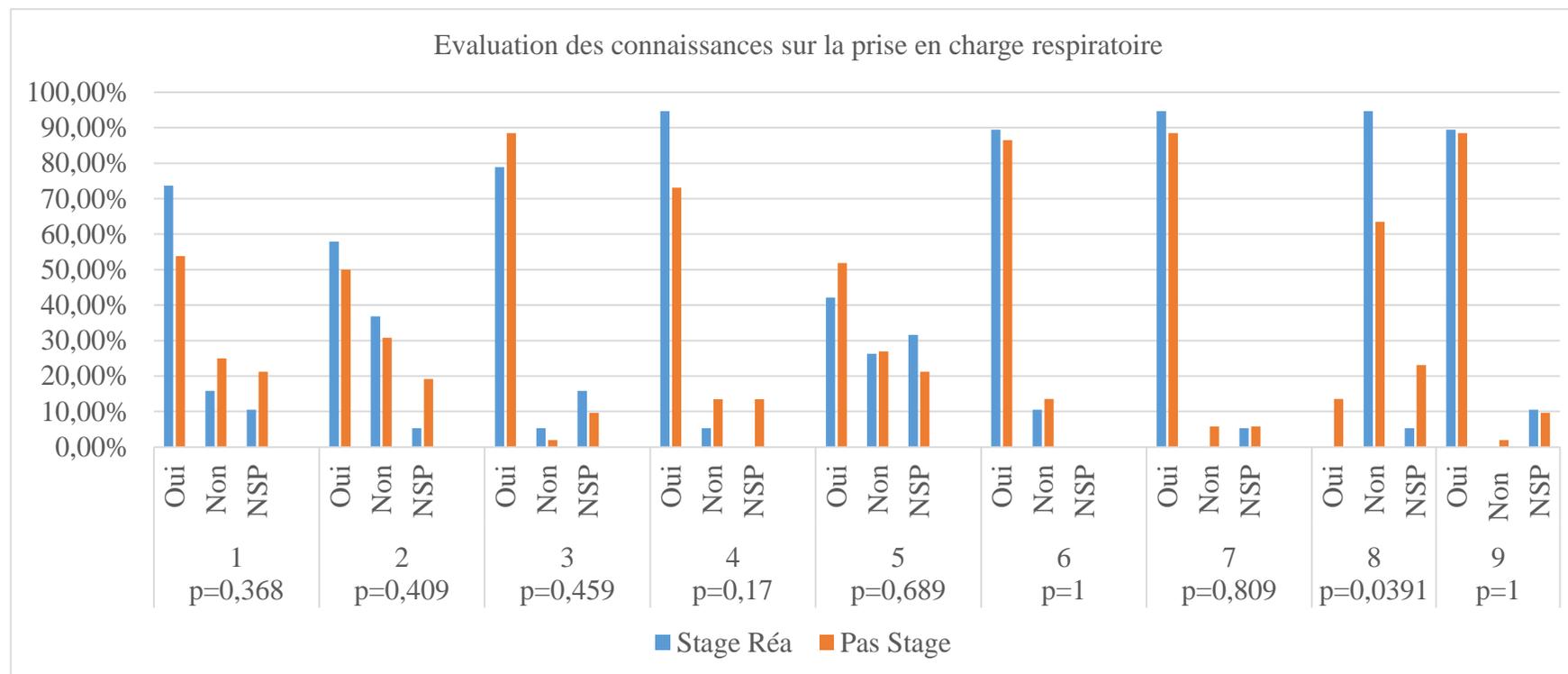


Figure 4: Evaluation des connaissances sur la prise en charge respiratoire

**Légende :** 1. : le MK peut définir les paramètres initiaux du ventilateur ; 2. : le MK peut réaliser une aspiration endotrachéale ; 3. la BPCO est une indication à la VNI ; 4: le MK participe à l'éducation de l'équipe soignante ; 5. : le MK peut administrer un aérosol sans prescription ; 6. : le MK peut adapter le débit d'oxygène selon les besoins ; 7. : VNI et désencombrement sont compatibles ; 8. : le MK peut intuber en cas d'urgence ; 9. : le MK peut participer à la PEC des troubles de la déglutition.

4. 3. 2. Mobilisation active

4. 3. 2. 1. Au fauteuil

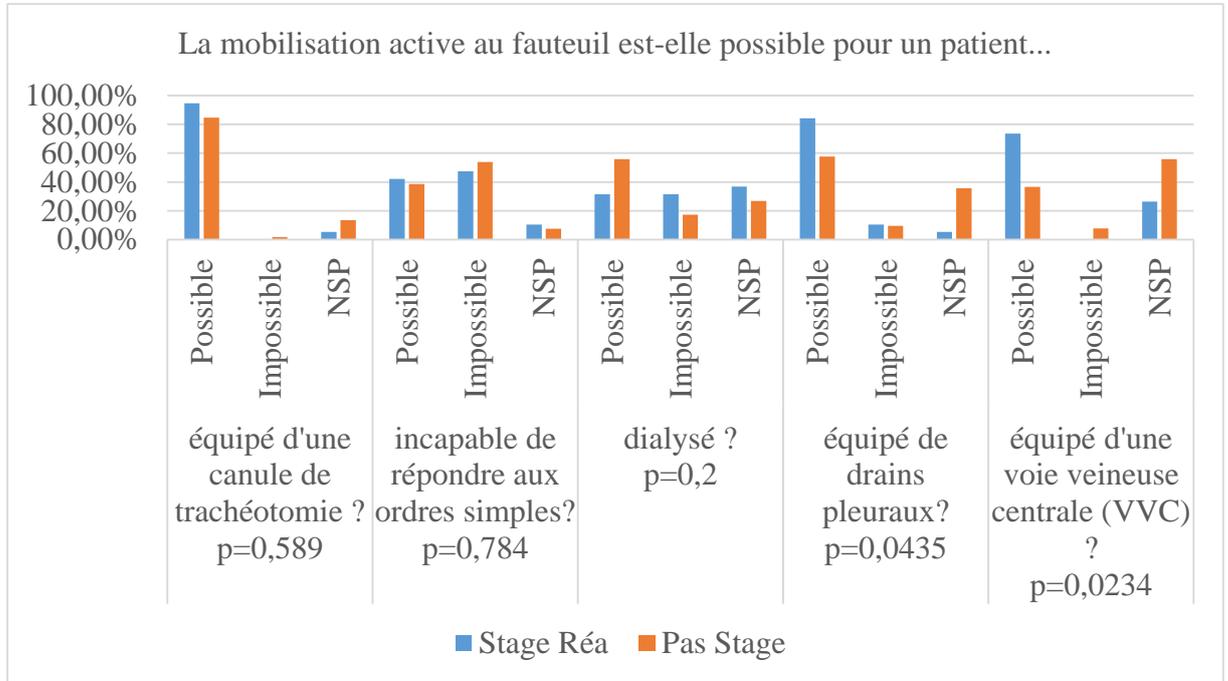


Figure 5: Evaluation des connaissances sur la mobilisation active au fauteuil

4. 3. 2. 2. Au lit

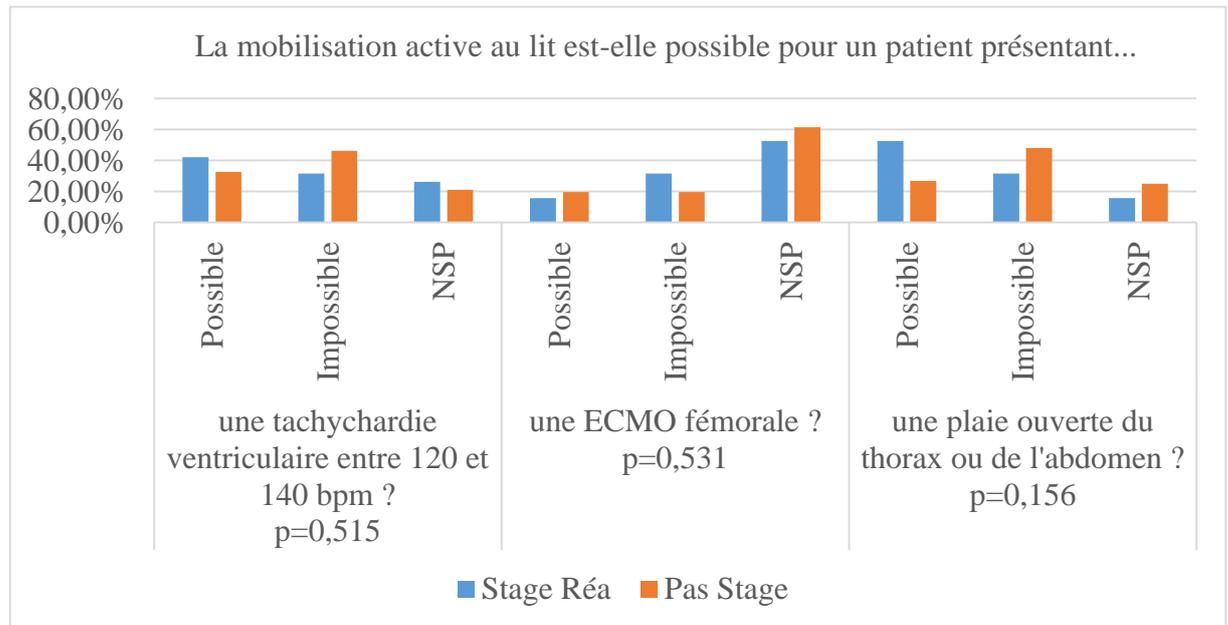


Figure 6: Evaluation des connaissances sur la mobilisation active au lit

#### 4. 3. 3. Notions supplémentaires

Tableau VIII : Résultats du groupe « Stage Réa » : le MK est-il habilité à réaliser...

	une aspiration nasotrachéale (p=0,465)	une rééducation à la marche d'un patient intubé (p=0,552)	une extubation (p=0,114)
Pas du tout d'accord	-	26,3%	47,4%
Plutôt pas d'accord	-	31,5%	15,8%
Sans opinion	5,3%	5,3%	5,3%
Plutôt d'accord	63,2%	26,3%	21%
Tout à fait d'accord	31,5%	10,5%	10,5%

Tableau IX : Résultats du groupe « Pas Stage » : le MK est-il habilité à réaliser...

	une aspiration nasotrachéale	une rééducation à la marche d'un patient intubé	une extubation
Pas du tout d'accord	5,8%	11,5%	28,8%
Plutôt pas d'accord	7,7%	26,9%	36,5%
Sans opinion	11,5%	13,5%	19,2%
Plutôt d'accord	40,4%	34,6%	9,6%
Tout à fait d'accord	34,6%	13,5%	5,9%

#### 4. 4. Une fois diplômé(e)...

##### 4. 4. 1. Les gardes

Les gardes sont nécessaires pour 100% des étudiants du groupe « Stage Réa » contre 94,2% pour le groupe « Pas Stage » (p= 0,285). 84,2% des étudiants passés en stage sont prêts à en faire contre seulement 69,2% pour les étudiants novices (p=0,207). Dans le cas où ils ne seraient pas prêts à en faire, nous relevons pour le groupe « Stage Réa » deux motifs de refus : la peur de se retrouver tout seul (66,7%) et le refus de travailler en réanimation adulte (33,3%). Pour le groupe « Pas Stage », 56,3% ont peur de se retrouver seul et 25% ne veulent pas travailler un week-end ou un jour férié. Enfin 6,3% refusent car ils ne sont pas formés, pas intéressés ou bien veulent plutôt travailler en libéral (p= 0,447).

Concernant les raisons principales qui les pousseraient à réaliser des gardes, nous avons également deux motifs pour le groupe « Stage Réa » : 61,1% évoquent la rémunération supplémentaire et 38,9% citent l'optimisation de la prise en charge du patient. Pour le groupe « Pas Stage », 46,2% en réaliseraient pour la rémunération et 44,2% pour l'optimisation de la prise en charge du patient. Enfin, 7,7% mentionnent la récupération des heures dans la semaine et 1,9% refusent d'en faire quelle que soit la compensation ( $p=0,637$ ).

#### 4. 4. 2. Milieu hospitalier et réanimation

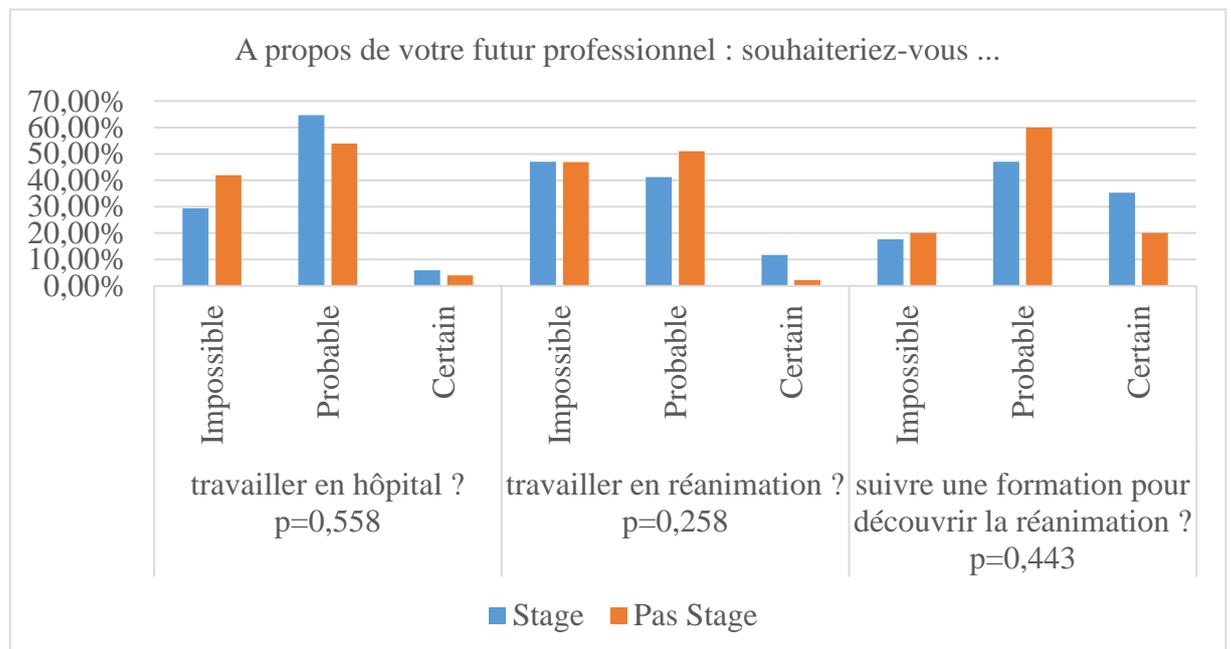


Figure 7: Milieu hospitalier, réanimation et futur professionnel

A la question « Vous sentez-vous capable de prendre en charge un patient en réanimation adulte ? », 64,7% du groupe « Stage Réa » ont répondu positivement contre seulement 14% pour le groupe « Pas Stage » ( $p=0,00014$ ). Nous notons également qu'un étudiant du groupe « Pas Stage » a répondu « Voir en fin de K3 ».

A la question « Ce milieu vous fait-il peur ? », 76,5% des étudiants passés en stage ont répondu « Oui » contre 53,8% pour les étudiants novices ( $p=0,157$ ). Enfin, à la question « Ce milieu vous impressionne-t-il ? », 58,9% des étudiants du groupe « Stage Réa » ont répondu positivement contre 80% pour le groupe « Pas Stage » ( $p=0,08$ ).

## 5. ANALYSES

### 5. 1. Analyse descriptive et statistique :

Dans cette partie, nous allons analyser la quasi-totalité des questions, exceptées les questions 2.1., 2.2. et 2.3. qui feront l'objet d'une analyse sociologique. Seuls les p statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ) seront renseignés.

D'un point de vue général, nous retrouvons chez les deux groupes un certain consensus sur le manque de considération et d'information pour les étudiants vis-à-vis de la réanimation adulte. Le passage en stage permettrait néanmoins de trouver le milieu plus attractif (44,4% contre 23,1%). Concernant la profession de MK, nous notons une certaine homogénéité dans les deux groupes sur l'aspect organisationnel de la profession. Les deux partis déplorent en effet un salaire insuffisant pour un métier spécifique, indispensable, et nécessitant d'être performant dans tous les domaines. La hiérarchie ne semble pas limiter l'autonomie du MK et ce également pour les deux groupes.

Ces résultats coïncident donc bien avec les éléments vus précédemment sur les compétences du MK en réanimation adulte et ses conditions d'exercices. Avec ou sans expérience, les étudiants semblent avoir une vision plutôt proche de la réalité du terrain.

Sur l'évaluation de l'anxiété, trois situations apparaissent comme angoissantes aux yeux des deux groupes : la reconnaissance d'une situation d'urgence, le massage cardiaque externe (MCE) et la participation aux décisions éthiques. Ainsi, quelle que soit l'expérience, ces situations extrêmes semblent affecter de manière non négligeable les étudiants. En revanche, l'équipement du patient est l'élément qui différencie les deux groupes. Bien que les moyennes du groupe « Pas Stage » restent basses (4,3 pour le patient intubé ventilé; 3,4 pour le patient équipé), elles sont quasiment doublées par rapport au groupe « Stage Réa ». Le passage en réanimation permettrait de mieux appréhender le matériel et l'environnement et diminue l'anxiété de manière significative ( $p = 0,00285$  pour l'item du patient intubé ventilé et  $p = 0,00214$  pour le patient équipé). L'expérience du stage permettrait aussi de mieux appréhender la prise en charge du patient non communicant.

L'évaluation des connaissances sur la prise en charge respiratoire reflète une pratique mitigée et très hétéroclite. Pour les deux groupes, la définition des paramètres initiaux du ventilateur est plus acceptée que l'aspiration endotrachéale, ce qui est en contradiction avec le décret de compétences (19). De plus, l'administration d'aérosol sans prescription est également admise pour plus de 40% des étudiants alors qu'un peu plus de 20% sont contre. En revanche, l'item sur l'intubation en cas d'urgence montre que près de 40% du groupe « Pas Stage » intube ou hésite à intuber alors que près de 95% n'intube pas dans le groupe « Stage Réa ». Cet item prouve de manière significative, un déficit théorique et pratique que le stage semble avoir comblé ( $p=0,0391$ ). Le reste de la pratique (déglutition, VNI, éducation équipe soignante et adaptation du débit d'oxygène) semble être bien intégré par les étudiants, quelle que soit leur expérience. L'ensemble de ces résultats sont en phase avec notre constat initial, d'une pratique hétérogène probablement liée au manque de consensus professionnel, mais aussi liée aux différentes habitudes des différents services. Certaines compétences plus précises apparaissent donc moins maîtrisées par les étudiants expérimentés et par les novices.

La mobilisation active au fauteuil montre une nouvelle fois que l'équipement et l'environnement du patient freinent plus les étudiants novices que ceux qui sont allés en stage, et ce de manière statistiquement significative ( $p=0,0435$  pour les drains pleuraux,  $p=0,0234$  pour la VVC). Nous relevons cependant une nouvelle contradiction concernant la prise en charge d'un patient dialysé : seulement 31,6% des étudiants passés en stage sont prêts à mobiliser activement contre 55,8% pour le groupe « Pas Stage ». Nous pouvons supposer que la position du cathéter ait pu influencer en partie la réflexion des étudiants du groupe « Stage Réa ». Concernant la mobilisation active au lit, elle fait apparaître des réponses mitigées dans les deux groupes. En effet, à chaque item, nous relevons au moins 20% de réponses « Ne Sais Pas », ceci étant encore plus marqué pour l'item sur l'ECMO (près de 60% pour les deux groupes). Le stage semblerait donc bénéfique pour lever la barrière de l'équipement. Mais face à des situations plus compliquées, les deux groupes semblent limités sur le plan pratique.

Pour les notions supplémentaires, nous relevons une nouvelle fois une différence notable entre la réglementation et la pratique au quotidien. En effet, pour les deux groupes, l'aspiration nasotrachéale est plus favorablement admise que l'extubation, et ce de manière plus marquée chez les étudiants passés en stage (plus de 94% contre 75% chez les novices).

La rééducation à la marche d'un patient intubé montre une plus grande hétérogénéité de réponses, bien que près de 50% émettent un avis défavorable dans le groupe « Stage Réa » contre un peu moins de 40% dans le groupe « Pas Stage ». Même si la place et le rôle du MK en réanimation adulte semblent être bien compris, ses compétences plus précises le sont moins. Au-delà de la diversité des pratiques, ce manque de précision pourrait s'expliquer par le manque d'information et de communication également constaté, et indispensable à l'élaboration d'une représentation.

Par rapport au futur de chacun, les gardes semblent être mieux admises par ceux qui sont passés en stage. En supposant qu'ils aient une prise de conscience plus importante sur la nécessité de celles-ci, la rémunération supplémentaire reste la raison principale pour en faire contrairement au groupe « Pas Stage » où l'optimisation de la prise en charge est majoritairement mentionnée. Ce paradoxe entre les deux groupes pourrait révéler un manque de reconnaissance salariale des gardes par le groupe expérimenté qui aurait pu le constater sur le terrain. En revanche, quand les étudiants ne sont pas prêts à faire de garde, la peur de se retrouver seul est l'item majoritaire aux deux groupes. Cette dernière est au cœur d'une fausse représentation puisque le MK travaille toujours au sein d'une équipe pluridisciplinaire et donc, par définition, n'est jamais seul dans le service.

Les étudiants, novices ou non, ont donc une vision globale correcte du MK en réanimation adulte. En revanche, concernant le détail de ses compétences et de ses modalités d'exercices, leur vision est altérée, ce qui pourrait nuire à l'attractivité de la profession.

Par ailleurs, plus de 45% des étudiants interrogés dans les deux groupes ont répondu « Impossible » pour travailler en réanimation. Cependant, plus de 80% ont répondu « Probable » ou « Certain » pour découvrir ce milieu. Ce paradoxe met en avant le manque de connaissances qui apparaît comme primordial dans leur choix d'avenir. Parallèlement, nous relevons une peur plus importante pour les étudiants du groupe « Stage Réa » mais ils semblent moins impressionnés que le groupe « Pas Stage ». Nous noterons pour finir que la capacité de prendre en charge un patient est significativement plus importante chez les étudiants passés en stage (64% contre 14%) que chez les novices ( $p=0,00014$ ). Le stage permettrait donc aux étudiants d'avoir une plus grande confiance en eux. Néanmoins, les connaissances semblent être importantes et complémentaires pour qu'ils aient davantage envie d'y travailler.

## 5. 2. Analyse sociologique

La question sur le terme principal décrivant la réanimation adulte montre une vision globale assez similaire entre les deux groupes. Nous avons en effet deux noyaux centrés sur le thème de l'urgence et du danger. La réanimation adulte apparaît ici comme un milieu de crise, notamment avec les termes récurrents « urgence » ; « coma » ou encore « gravité ». Les deux groupes ont donc une vision réduite, voire faussée car bien que ce milieu soit un milieu instable, l'urgence n'est pas absolue. La différence entre les deux groupes se remarque au niveau des zones périphériques. Le groupe « Stage Réa » insiste sur l'instabilité du milieu et la concentration à avoir, alors que le groupe « Pas Stage » lui semble plus axé sur l'environnement et l'équipement du patient. Ces résultats concordent avec les notes sur l'anxiété où le matériel et l'atmosphère autour du patient semblaient plus affecter les étudiants novices.

Concernant la qualité fondamentale du MK en réanimation adulte, les noyaux des deux groupes sont quasiment identiques avec les notions de patience, d'adaptabilité et de réactivité. Ils mettent en avant un MK sentinelle, prêt à agir. Néanmoins, une différence apparaît avec la notion d'empathie et de compassion davantage présente dans le groupe « Pas Stage ». Les zones périphériques sont très riches et différencient une nouvelle fois les deux groupes. Les étudiants du groupe « Pas Stage » évoquent notamment le domaine de la sensibilité contrairement aux étudiants passés en stage qui eux évoquent plus l'aspect technique. Les termes « Sang-froid » ; « Courage » ; « Responsable » associés aux termes « Compassion » et « Empathie » nous montrent que les étudiants novices font face à l'obstacle dit « épistémologique » de Bachelard, où l'affectif constitue un frein dans l'évolution de leur représentation (60). Cette part sensible peut être corrélée à un probable manque d'expérience. Ainsi, ces étudiants ne semblent pas avoir franchi ce cap qui leur permettrait de se concentrer davantage sur les techniques de PEC.

Enfin, à propos de la déficience principale du patient de réanimation adulte, les noyaux des deux groupes se concentrent sur la déficience respiratoire, avec notamment la représentation d'un patient fragile et faible. Au niveau des zones périphériques, le groupe « Stage Réa » ressort une vision du patient plus subtile. En effet, les termes « Autonomie » et « Douleur » évoquent une prise en charge plus fonctionnelle et plus globale. La prise en charge va donc au-delà de l'évidence de la pathologie respiratoire.

Nous relevons dans la zone périphérique du groupe « Pas Stage » des termes moins optimistes. Le terme « coma » revient une nouvelle fois et qui, associé à « Neurologique » et « Raideur », renforce cette vision négative. Nous pouvons supposer qu'entre les deux groupes, la différence se fait sur l'espoir concernant l'évolution du patient.

D'une manière générale, les deux groupes ont une représentation assez minimaliste de la réanimation. Le MK paraît en permanence sur ses gardes pour des interventions essentiellement respiratoires. L'appellation étatsunienne « respiratory therapist » prend ici tout son sens et ne se limite donc pas, en termes de représentation, au continent américain. Cependant, le passage en stage semble montrer une certaine prise de conscience. Que ce soit au niveau du patient ou de sa prise en charge, ces étudiants offrent une vision plus concrète, axée notamment sur le domaine technico-pratique. Dans le groupe « Pas Stage », l'environnement de travail et leur immaturité affective les empêchent d'accéder à cette réflexion, d'autant qu'ils ont un déficit pratique important. Les représentations des deux groupes apparaissent donc partiellement faussées. Nous relevons toutefois des différences notables entre les deux groupes, ce qui supposerait une certaine évolution et une certaine amélioration de leur vision suite au stage.

## **6. DISCUSSION**

Cette initiation à l'étude des représentations sociales a permis de mettre en évidence un décalage entre la vision des étudiants et la réalité de la réanimation adulte. Nous avons pu constater des différences mais également des similitudes notamment sur le fait que la réanimation adulte ne semble pas plus attirer les étudiants, qu'ils soient passés en stage ou non.

Cette enquête comporte des biais non négligeables. Tout d'abord, l'analyse des représentations fait obligatoirement intervenir notre subjectivité, inhérente à la nature humaine. Néanmoins, nous nous sommes efforcés de rendre cette interprétation sociologique la plus objective possible, bien que les réinterprétations soient envisageables.

L'étude porte sur une petite population en comparant des groupes de tailles inégales. La taille du groupe « Pas Stage » est en effet presque trois fois plus importante que le groupe « Stage Réa ». Le choix de se concentrer uniquement sur les étudiants en dernière année de l'ILFMK a été préféré à une étude beaucoup plus globale, et ce dans l'optique d'avoir un taux de réponses

le plus élevé possible (82,6%) et de proposer une analyse plus importante (57 questions). L'absentéisme de 17,4% lors de la distribution du questionnaire pourrait également révéler un désintérêt probable de cet univers chez ces étudiants. De plus, les durées de stages étaient très hétérogènes, ce qui a pu influencer leurs connaissances, et même leurs représentations.

Ce biais de sélection ne permet pas une comparaison fiable, pouvant faire l'objet d'un consensus certain. Mais plusieurs interrogations sur l'intérêt des étudiants peuvent se poser. Au vu des résultats, le milieu de la réanimation ne semble pas faire l'unanimité, environnement où à leurs yeux, le MK se doit d'être performant et polyvalent. Cette ambiguïté soulève ainsi des questions sur l'essence même de leurs représentations. Afin de mieux cerner les besoins de chaque étudiant pour qu'ils puissent avoir une représentation correcte de la réanimation adulte, une étude à plus grande échelle serait à réaliser.

Sur l'évaluation des connaissances, nous constatons un réel déficit de connaissances théoriques et pratiques dans les deux groupes. Certains items peuvent manquer de précision sur les conditions de prise en charge d'où un nombre important de réponses « Ne Sais Pas » dans les deux groupes. Il y a aussi une disparité de réponses dans le groupe « Stage Réa » parfois même contradictoires (extubation ; aspiration nasotrachéale). Cette diversité selon les protocoles des services et la durée de stage peut aussi participer à une représentation instable. L'homogénéisation des pratiques basées sur les preuves et les recommandations semble être un axe de travail pour l'avenir, afin d'établir une vision plus stable du métier.

Ces éléments confirment l'idée qu'il existe de fausses représentations dans l'esprit des étudiants. Ces dernières sont, dans leur élaboration et dans leur évolution, des objets complexes. D'une part sociales donc collectivement produites, elles sont toutefois liées et influencées par des éléments propres à chacun. Chaque personne possède ses propres idées préconçues, ses propres stéréotypes. Ces connaissances partielles, ajoutées aux manques théorico-pratiques, contribuent à la création et à l'entretien de fausses représentations. Leur complexité est ainsi liée à la part personnelle que chacun apporte et qui au final va guider vers telle attitude ou vers tel comportement. La psychologie personnelle est donc un élément fondamental à prendre en compte dans la compréhension des phénomènes sociaux. Ce point de vue à la fois psychologique, sociologique ou encore qualitatif apparaît comme complémentaire de l'étude quantitative souvent retrouvée en kinésithérapie.

L'analyse qualitative est une approche « constructiviste » qui permet de prendre en compte la complexité de chaque situation humaine, et ce dans un cadre plus global. Elle fait appel à l'interprétation et donc à la subjectivité de chacun (61). Elle complète ainsi l'approche quantitative dite « positiviste » où l'objectivité protocolaire s'inscrivant dans une démarche empirico-analytique, limite l'implication de l'auteur. L'analyse qualitative permet ainsi de mettre à nu nos pratiques sociales et contribuent ainsi à une adaptation et une « conceptualisation de la pratique professionnelle » (62).

L'étude des représentations sociales s'inscrit dans cette réflexion globale. Ainsi, des solutions doivent être apportées afin de rétablir une vision qui se doit d'être en phase avec la réalité. Notre analyse sociologique a mis en avant l'importance des connaissances théoriques dans l'élaboration des représentations. Suite à la réforme du programme dans la formation initiale au diplôme de MK (63), deux unités d'enseignements traiteront en partie de la kinésithérapie en réanimation et insisteront notamment sur l'importance des situations cliniques et pratiques, par l'intermédiaire de travaux dirigés et travaux pratiques, afin de maîtriser au mieux ces connaissances. Cette approche uniquement scolaire ne peut suffire d'autant que suite à notre analyse, le passage en stage permettrait d'avoir une vision plus réaliste et moins négative. Tous ces étudiants ne peuvent bénéficier de stage dans ce milieu. Mais impliquer la réalité du patient et de l'environnement est un axe à développer dans le processus d'apprentissage. Cette perspective biopsychosociale permet une confrontation directe entre le réel et les stéréotypes de chacun. Elle agit ainsi sur les représentations et sur les attitudes qui en découleront (64).

De plus, l'obstacle affectif inhérent aux représentations sociales, l'environnement du malade et le matériel limitaient les étudiants dans leur développement. Ces obstacles semblent avoir été surmontés par le groupe « Stage Réa » grâce notamment à son expérience, ce qui lui permet de se focaliser davantage sur le patient et l'aspect technique de sa prise en charge. En psychologie éducative et plus particulièrement en psychologie de l'enfant, Lev Vygotsky évoque la notion de Zone Proximale de Développement (ZPD). La ZPD est la zone où une personne peut apprendre et progresser grâce aux aides apportées, notamment par l'intermédiaire des tuteurs, pour arriver à une maîtrise de la tâche à accomplir. Elle se situe entre la zone dite de « rupture » où l'étudiant ne peut réaliser la tâche même avec une aide, et la zone dite d'« autonomie » où il peut travailler seul, sans aucune ressource, mais ne peut progresser (65).

Cette notion fut généralisée aux apprenants (66). L'intérêt des stages et du rôle de l'encadrant prend ici tout son sens. Il va guider l'étudiant en lui apportant les aides nécessaires pour qu'il puisse arriver à une habileté théorique et pratique.

Au-delà des connaissances et des techniques kinésithérapiques pures, cette aide va permettre à l'étudiant de surmonter cet obstacle matériel et environnemental primaire. En acquérant cette autonomie, l'étudiant peut ainsi axer son apprentissage sur le patient et ses déficiences, afin de lui assurer une prise en charge et une qualité de soins optimales. Le rôle du tuteur est donc primordial. Cependant, les relations école/tuteurs semblent être en décalage, notamment sur les attentes de chacun envers l'étudiant (6). Avec l'ouverture de terrains de stage supplémentaires, un nombre plus important d'étudiants aurait cette possibilité de se confronter à la réalité du terrain, bien que dans son cursus, l'étudiant ne peut aborder tous les champs où le MK intervient.

A l'avènement de l'ère du numérique et des nouvelles technologies, la génération actuelle des étudiants, dite « Y » ou « Z » pour la plus récente, est demandeuse de nouvelles méthodes d'apprentissage (67). Dans un contexte où la qualité et la sécurité des soins sont centrales, la simulation apparaît comme un outil d'apprentissage et de validation des compétences novateur. Elle a pour but de faire « la réplique d'éléments anatomo-cliniques, des situations qui peuvent se passer quotidiennement et ce dans un but d'entraînement et d'apprentissage adapté au niveau de chacun » (68). Son principe éthique « jamais la première fois sur un patient » résume à lui seul les enjeux humains, pratiques et pédagogiques. Dans un objectif de prévention des effets indésirables, la Haute Autorité de Santé recommande l'intégration de la simulation dans les étapes du cursus de formation (initiale et continue) de tous les professionnels de santé. Le manque d'études sur son efficacité et ses bénéfices à long terme, ainsi que les coûts matériels, humains et chronophages restent ses principales limites (67, 69).

En continuité de la simulation, la formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU) de niveau 2 est obligatoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat. Du fait de sa durée de validité de quatre ans, le Ministère de la Santé recommande de ne l'obtenir que quelques mois précédant le diplôme. Cependant, il rappelle que la formation doit se dérouler tout au long du cursus (70). Toujours dans cette optique de qualité des soins, une solution serait d'initier les étudiants dès le début de leur formation à ces gestes, par exemple en obtenant le niveau 1 avant d'aller exercer en stage. L'étudiant pourrait également se sentir plus apte à faire face aux situations d'urgence.

## 7. CONCLUSION

La socialisation de la profession s'élabore tout au long de la vie à partir d'éléments préconçus, constituant un noyau immuable autour duquel gravitent des éléments contextuels évolutifs. Il semble fondamental de les confronter, en particulier ce noyau central, avec la réalité pour que chacun puisse avoir la meilleure représentation possible. Les hypothèses émises étaient que la représentation de la réanimation adulte auprès des étudiants K3 était faussée et que, si elle l'était, pouvait influencer son avenir. Cette enquête a permis de montrer que la réanimation adulte était au cœur d'une vision erronée auprès des étudiants. Ayant effectué un stage ou non, ils ont une représentation de la réanimation adulte assez réduite et présentent un intérêt mitigé pour ce milieu. Dans une société où la part croissante d'exercice libéral prédomine sur le salariat, la représentation de la réanimation adulte joue donc un rôle capital, si ce n'est vital dans son avenir aussi bien à court qu'à plus long terme. Bien que le passage en stage permette d'avoir une vision plus concrète, des modifications sont encore à apporter tant sur un plan théorique que pratique, pour rendre plus attrayant ce secteur.

Par une démarche plus qualitative, le processus d'apprentissage permettrait d'affiner la vision de chacun et de se forger ainsi une opinion non plus basée sur des stéréotypes, mais bien sur des éléments réels. Cette démarche offrirait ainsi un choix d'avenir en adéquation avec la réalité professionnelle, réalité trop souvent mise à mal en particulier concernant la réanimation adulte. Une meilleure vision favoriserait l'intérêt que les personnes portent à tel ou tel élément. Bien que les idées et les connaissances antérieures forment un noyau quasiment interchangeable, elles ne sont pas totalement insensibles aux éléments nouveaux que la formation peut apporter tout au long de l'apprentissage mais également de l'exercice professionnel. Des solutions sont donc à apporter pour appuyer cette démarche qualitative. Complémentaire de l'approche quantitative, elle permet ainsi au scientifique qu'est le MK de s'expérimenter à une analyse plus sociologique, apparaissant comme la base de toute théorie pratique ou réflexive.

Il apparaît indispensable de développer cette approche à la fois sur la réanimation adulte pour valoriser au mieux ce milieu en difficulté, mais aussi sur les autres domaines d'exercices du MK pour redéfinir une meilleure représentation de son rôle en général. Ainsi, chacun construirait sa propre identité professionnelle avec une plus grande cohérence entre ce qu'il est et ce qu'il attend de sa future profession. Cette harmonie entre individualité et réalité se révèle être essentielle pour pratiquer le métier de MK de la manière la plus accomplie possible.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - réanimation [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/reanimation/15763>
2. Moerman D, Houtekie L. La mobilisation précoce en réanimation pédiatrique. *Réanimation*. 2016;25(5):542-8.
3. Bonnevie T, Villiot-Danger J-C, Gravier F-E, Dupuis J, Prieur G, Médrinal C. Inspiratory muscle training is used in some intensive care units, but many training methods have uncertain efficacy: a survey of French physiotherapists. *J Physiother*. 2015;61(4):204-9.
4. Bourgeois F, Bourges P, Dudome L, Murillo Cabezas R, Bertheau J. Kinésithérapie et réanimation : Un métier spécifique. *Kiné Actu*. 2015;(1398):54-8.
5. Le Masson P, Tissot B. Kinésithérapie en réanimation. *Kinésithérapie Sci*. 2014;(553):57-8.
6. Damour C. Quel masseur-kinésithérapeute devenir ? L'accompagnement des étudiants en stage influence-t-il leur orientation professionnelle ? *Kinésithérapie Rev*. 2016;16(180):38-45.
7. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2012 [Internet]. [cité 22 juin 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat168.pdf>
8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par zone d'activité principale, mode d'exercice global, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2217>
9. Institut National de la statistique et des études économiques. Professions de santé en 2016 [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=natfef06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfef06103)
10. Code de la Santé Publique. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [Internet]. [cité 22 juin 2016]. Disponible sur:

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127740&cat  
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031127740&categorieLien=id)

11. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. 3. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2004. 506 p. (Bibliothèque de psychanalyse).
12. Révolution dans les techniques de réanimation [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.polio-vaccine.com/fr/histoire/reanimation.pdf>
13. Vachon F. Histoire de la réanimation médicale française: 1954–1975. Réanimation. 2011;20(1):72-8.
14. La SKR - Société de Kinésithérapie de Réanimation [Internet]. SKR. [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.skreanimation.fr/la-societe-kinesitherapie-reanimation/>
15. Club de l’histoire de l’anesthésie et de la réanimation, France. Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu: notre histoire, de 1945 aux années 2000. Tome III, Tome III,. Paris: Éditions Glyphe; 2016. 372 p.
16. Code de la Santé Publique. Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l’exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005629569>
17. Code de la santé publique. Article R4321-120 [Internet]. [cité 29 juin 2016] Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=27B283179F38BF99CF2  
1BE58A5BD9E10.tpdila12v\\_1?idArticle=LEGIARTI000019730152&cidTexte=LEGITE  
XT000006072665&dateTexte=20170219&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech  
=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=27B283179F38BF99CF21BE58A5BD9E10.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000019730152&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170219&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech)
18. Code de la santé publique. Article D712-110 [Internet]. [cité 29 juin 2016] Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI00000669172  
0&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20020925](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006691720&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20020925)

19. Société de kinésithérapie de réanimation (SKR). Référentiel de compétences et d'aptitudes du masseur kinésithérapeute de réanimation (MKREA) en secteur adulte. *Réanimation*. 2011;20(S3):725-36.
20. Code de la Santé Publique. Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813915&dateTexte=20060126>
21. Bakhru RN, McWilliams DJ, Wiebe DJ, Spuhler VJ, Schweickert WD. Intensive Care Unit Structure Variation and Implications for Early Mobilization Practices. An International Survey. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(9):1527-37.
22. Vignaux L. Faut-il un kinésithérapeute en réanimation ? *Kinéréa*. 2004;(39):3-9.
23. Norrenberg M, Vincent J-L. Rééducation motrice dans le cadre d'un séjour en réanimation. *Réanimation*. 2011;21(1):80-7.
24. Lemiale V., Kouki S., Chaoui K. Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation [Internet]. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: [http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2016/04/2014\\_EPP\\_Prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_mobilisation\\_pr%C3%A9coce\\_en\\_r%C3%A9animation.pdf](http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2016/04/2014_EPP_Prise_en_charge_de_la_mobilisation_pr%C3%A9coce_en_r%C3%A9animation.pdf)
25. Koube I, Devroey M, Norrenberg M, Lemaire M, Bonnier F. Kinésithérapie chez le patient présentant une altération de l'état de conscience. *Réanimation*. 2013;22(6):648-55.
26. O'Connor ED, Walsham J. Should we mobilise critically ill patients? A review. *Crit Care Resusc J Australas Acad Crit Care Med*. 2009;11(4):290-300.
27. Stiller K. Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest*. 2013;144(3):825-47.

28. French Intensive Care Society, International congress - Réanimation 2016. *Ann Intensive Care*. 2016;6(Suppl 1):50.
29. Guérin C, Burle J-F. Réhabilitation précoce en réanimation. C'est possible. *Réanimation*. 2015;24(S2):371-8.
30. Chevalier P, Ducroux L, Castelain V. Évaluation et réhabilitation précoce du patient ventilé — Place de la kinésithérapie après l'arrêt de la sédation et des catécholamines. *Réanimation*. 2010;20(2):490-3.
31. Quintard H. et al. Recommandations Formalisées d'Experts Intubation et extubation du patient de réanimation [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/09/RFE-Intubation-Extubation.pdf>
32. Freynet A, Gobaille G, Dewilde C, Truchi T, Sarreau P, Grandet P. Rôle du kinésithérapeute dans le succès de l'extubation : une revue de la littérature. *Réanimation*. 2015;24(4):452-64.
33. Lesage V, Gravier FE, Médrinal C, Bonnevie T. L'entraînement des muscles inspirateurs : une stratégie efficace dans le sevrage de la ventilation mécanique. *Réanimation*. 2016;25(S2):92-9.
34. Moodie L, Reeve J, Elkins M. Inspiratory muscle training increases inspiratory muscle strength in patients weaning from mechanical ventilation: a systematic review. *J Physiother*. 2011;57(4):213-21.
35. Courtin M. Le recrutement du diaphragme en réanimation : Etude comparative de la ventilation dirigée et de la spirométrie incitative. 2016. 92p. Mémoire: Bordeaux [Internet]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <https://reanesth.chu-bordeaux.fr/JARCA/JARCA-2016/programme-9-d%C3%A9cembre-2016/kin%C3%A9sithérapie/MEMOIRE-MORGANNE-COURTIN.pdf/>
36. Conrad S. Attractivité de l'exercice hospitalier : Les kinés veulent se faire entendre. *Kiné Actu*. 2016;(1462):14.

37. Cazenave M. L'exode vers l'exercice libéral est-il inexorable ? *Kinésithérapie Rev.* 2009;9(91):23-8.
38. Matharan J, Micheau J, Rigal E. Le métier de masseur-kinésithérapeute Rapport d'étude de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: [http://allier.ordremk.fr/files/2011/06/ONDPS\\_etude\\_masseur\\_kinesitherapeute.pdf](http://allier.ordremk.fr/files/2011/06/ONDPS_etude_masseur_kinesitherapeute.pdf)
39. Code de la santé publique. Article R4321-84. [Internet]. [cité 29 juin 2016] Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B02E82AE1C01D179C89D0C64C4A3630F.tpdila09v\\_1?idArticle=LEGIARTI000019730233&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200712](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B02E82AE1C01D179C89D0C64C4A3630F.tpdila09v_1?idArticle=LEGIARTI000019730233&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200712)
40. Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [Internet]. Code de la Santé Publique janv 4, 2002. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000398298>
41. Arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000591806>
42. Burtin P. Gardes de kinésithérapie: pour quels patients avec quelles transmissions ? *Kinéréa.* 2006;(44):14-6.
43. Société de Réanimation de Langue Française -Société Française d'Anesthésie et de Réanimation «Mieux vivre la Réanimation» 6ème Conférence de consensus SRLF-SFAR Paris, 19 novembre 2009 [Internet]. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur:  
<http://www.srlf.org/wp->

content/uploads/2015/11/2009\_11\_19\_conference\_de\_consensus\_commune\_mieux\_vivre\_en\_reanimation.pdf

44. Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur:  
<http://www.snmrhp.org/data/Upload/pdf/RefStructuresCCR.pdf>
45. Société de Réanimation de Langue Française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation*. 2010;19(8):679-98.
46. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. 2016-87 février, 2016. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>
47. Boyer A, Quentin B, Blondiaux I, Bordet F, Dray S, Jars-Guinestre M-C, et al. Que change la Loi Claeys-Leonetti pour les réanimateurs ? *Réanimation*. 2016;25(4):419-25.
48. Chapotte M. Résonances psychiques de la mort à l'hôpital : pertes et deuils des soignants. *Kinésithérapie Rev*. 2016;16(176-177):58-63.
49. Larousse É. Définitions : représentation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 déc 2016]. Disponible sur:  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>
50. Farr R. Social Representations: A French Tradition of Research. *J Theory Soc Behav*. 1 déc 1987;17(4):343-65.
51. Mckinlay A, Potter J. Social Representations: A conceptual critique. *J Theory Soc Behav*. 1 déc 1987;17(4):471-87.
52. Martin Sanchez. Concept de représentation sociale [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: [http://serpsy.org/formation\\_debat/mariodile\\_5.html](http://serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html)

53. Jodelet D. Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*. 2008;89(1):25.
54. Howarth C. A social representation is not a quiet thing: Exploring the critical potential of social representations theory. *Br J Soc Psychol*. mars 2006;45(1):65-86.
55. Singly F de. *Le questionnaire*. 4e ed. Paris: Armand Colin; 2016.
56. Abric J-C, éditeur. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne [France]: Erès; 2003. 295 p.
57. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société de Pneumologie de Langue Française, Société de Réanimation de Langue Française, 3ème conférence de consensus Ventilation Non Invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë (nouveau-né exclu) [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: [http://splf.fr/wp-content/uploads/2006/10/Consensus\\_VNI\\_2006\\_-\\_Texte\\_Court.pdf](http://splf.fr/wp-content/uploads/2006/10/Consensus_VNI_2006_-_Texte_Court.pdf)
58. Le Masson P, Tissot B. Un consensus d'experts et ses recommandations : critères de sécurité pour la mobilisation active du patient adulte de réanimation placé sous ventilation mécanique. *Kinésithérapie Sci*. 2015;(570):49-54.
59. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
60. Bachelard G. *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance* [Internet]. Paris: Vrin; 1996 [cité 3 mars 2017]. 256 p. (Bibliothèque des textes philosophiques). Disponible sur: [http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard\\_gaston/formation\\_esprit\\_scientifique/formation\\_esprit.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard_gaston/formation_esprit_scientifique/formation_esprit.pdf)
61. Gedda M. La recherche qualitative : sa pertinence et sa nécessité en kinésithérapie. *Kinésithérapie Rev*. 2016;16(180):20-3.
62. Schoeb V. La recherche qualitative en physiothérapie : quelle place mérite-t-elle ? *Kinésithérapie Rev*. 2012;12(127):85-93.

63. Code de la Santé Publique. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute [Internet]. [cité 22 juin 2016] Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste\\_20150008\\_0000\\_0103.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0103.pdf)
64. Thomson D, Hilton R. An evaluation of students' perceptions of a college-based programme that involves patients, carers and service users in physiotherapy education: Service Users' Involvement in Physiotherapy Education. *Physiother Res Int*. 2012;17(1):36-47.
65. Service des Ressources Educatives. Zone Proximale de Développement (ZPD) [Internet]. [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: [http://differentiation.org/pdf/notion\\_zpd.pdf](http://differentiation.org/pdf/notion_zpd.pdf)
66. McLeod SA. Zone of Proximal Development - Scaffolding | Simply Psychology [Internet]. [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.simplypsychology.org/Zone-of-Proximal-Development.html>
67. Granry J-C. La simulation en santé : quels enjeux ? *Rev Mal Respir*. 2015;32(10):966-8.
68. Ryall T, Judd BK, Gordon CJ. Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:69-82.
69. Ringuier B, Richard N, Leteurtre S, Lehousse T, Leclerc F, Granry J-C. La simulation en réanimation pédiatrique : état des lieux et perspectives. *Réanimation*. 2013;22(6):562-8.
70. Circulaire DGOS/DGS/RH1/MC no 2010-173 du 27 mai 2010 relative à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-06/ste\\_20100006\\_0100\\_0102.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-06/ste_20100006_0100_0102.pdf)

# ANNEXES

ANNEXE I : Exemples de mobilisations précoces en réanimation

ANNEXE II : Avantages et inconvénients du salariat hospitalier comparé à l'exercice libéral

ANNEXE III : Tableau comparatif des deux processus dans l'élaboration des représentations selon Moscovici

ANNEXE IV : Diagramme de flux du taux de réponses des étudiants

ANNEXE V : Questionnaire

## ANNEXE I : Exemples de mobilisations précoces en réanimation

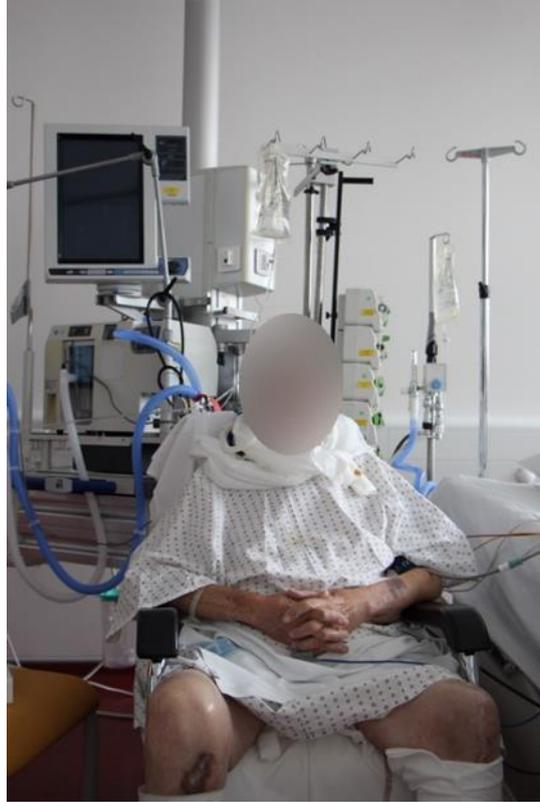


Figure 1: Patient assis au fauteuil avec un système d'oxygénation à haut débit



Figure 2: Patient travaillant sur cycloergomètre



Figure 3: Patient intubé assis au fauteuil avec appareil de pédalage



Figure 4: Mobilisation passive au lit au cours d'une séance de dialyse



Figure 5: Verticalisation d'un patient intubé et ventilé



Figure 6: Mobilisations actives lors d'une verticalisation d'un patient intubé et ventilé

## ANNEXE II

Tableau I : Avantages et inconvénients du salariat hospitalier comparé à l'exercice libéral (38)

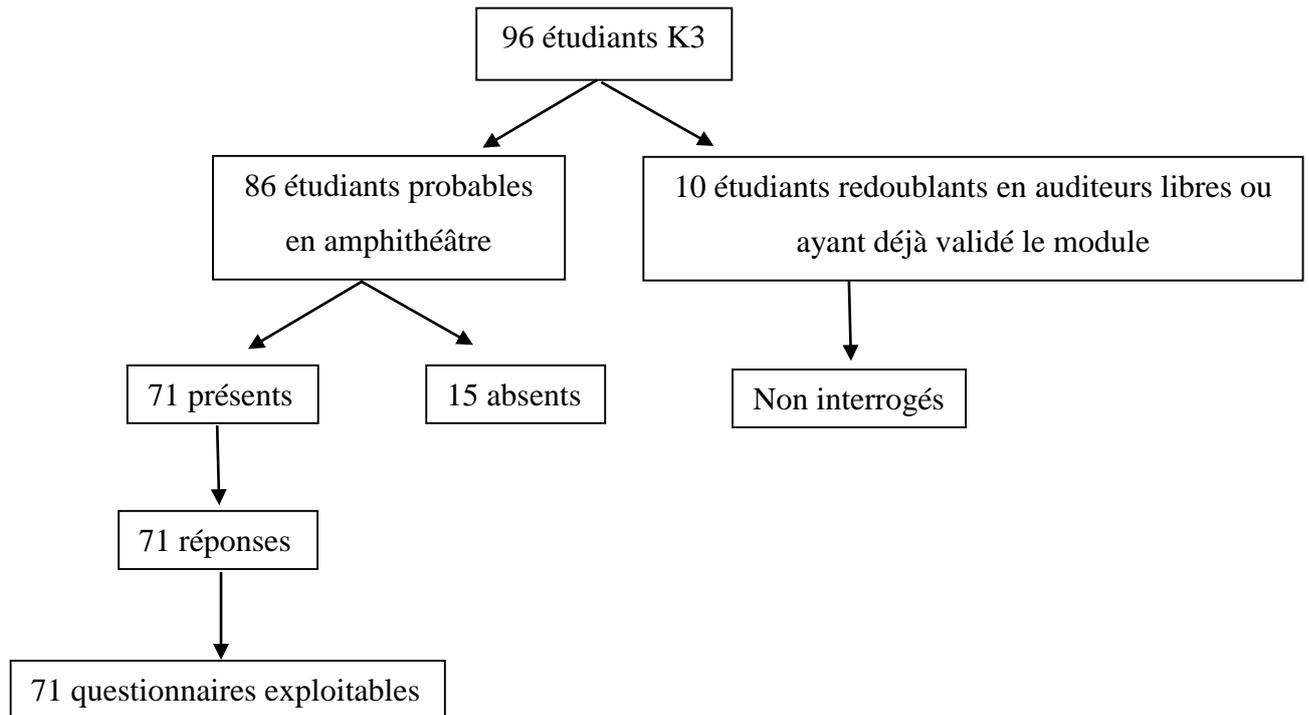
	<b>Libéral</b>	<b>Salariat Hospitalier</b>
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie dans la gestion du travail</li> <li>- Salaire proportionnel au nombre d'actes : « travailler autant qu'on le souhaite »</li> <li>- Pratique généraliste</li> <li>- Ajustement des prescriptions possibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formations continues financées</li> <li>- Travail en équipe pluridisciplinaire</li> <li>- Technologies de pointe</li> <li>- Congés payés</li> <li>- Disponibilité des médecins 35 à 39 heures hebdomadaires</li> <li>- Protection salariale : mutuelle et titularisation</li> <li>- Mission de service public « non marchand »</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pression vis-à-vis du travail : possibilité de travailler 7j/7</li> <li>- Pratique généraliste</li> <li>- Travailler seul ?</li> <li>- Bilans rares car non attendus = manque de reconnaissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaire perçu comme insuffisant</li> <li>- Organisation hiérarchique parfois contraignante</li> <li>- Manque d'indépendance professionnelle</li> <li>- Mauvaise reconnaissance du travail</li> <li>- Salariés hospitaliers souvent perçus comme « démotivés, lessivés »</li> <li>- Relations patient-thérapeute parfois limitées</li> </ul>

### ANNEXE III

Tableau I : Tableau comparatif des deux processus dans l'élaboration des représentations  
selon Moscovici (11)

	<b>Fonctions</b>	<b>Etapes</b>	<b>But</b>	<b>Définition</b>	
<b>Objectivation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naturaliser permet de s'approprier la notion dans l'imaginaire</li> <li>- Classifier permet de ne retenir que le symbole du phénomène étudié</li> </ul>	2 : Naturaliser et Classifier (tri)	<p>Théorique</p> <p>« Résorption d'un excès de signification », permettant de prendre de la distance</p>	Rendre abstrait le concret « doubler une image »	
<b>Ancrage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délimite le champ d'application de la notion</li> <li>- Donne un « cadre de référence » pour l'exercice</li> </ul>	1 : Ancrer	<p>Pratique</p> <p>Dicte notre conduite et nos rapports sociaux</p>	Intégrer l'abstrait à la pratique concrète	

ANNEXE IV : Diagramme de flux sur le taux de réponses des étudiants



## ANNEXE V : Questionnaire

### **Enquête sur la représentation des étudiants de la réanimation adulte**

Bonjour,

*Je m'appelle Geoffrey BENASSI et je suis étudiant en dernière année de Masso-Kinésithérapie. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête destinée aux étudiants en dernière année, concernant la représentation qu'ils ont de la réanimation adulte et de la place que le masseur-kinésithérapeute (MK) occupe dans ce service.*

*Qu'est-ce que la réanimation ? Quels rôles a-t-il au sein d'une équipe pluridisciplinaire ? Ce poste est-il attractif ? Comment se construisent les représentations autour de la réanimation adulte ?*

*Dans un premier temps, ce travail me permettra de mettre en lumière la vision mais également l'intérêt qu'ont les étudiants à propos de ce milieu.*

*Le second objectif sera de proposer des solutions adaptées afin de corriger, si nécessaire, ces représentations et/ou de développer l'attractivité de ce service.*

*Ce questionnaire restant anonyme, je vous prie bien vouloir répondre à chacune des questions. Je vous remercie d'avance pour le temps et la considération que vous accorderez à mon questionnaire.*

#### **1. Données personnelles (entourez votre réponse) :**

1.1 Sexe :                      Homme                                      Femme

1.2 Age :.....

1.3 Scolarité :                      1<sup>ère</sup> K3                                      2<sup>ème</sup> K3

1.4 Avez-vous déjà effectué un stage en réanimation adulte :                      Oui                      Non

○ Combien de temps ? .....

1.5 Avez-vous déjà été en contact personnellement avec le monde de la réanimation en dehors des stages professionnels ?

Oui

Non

**2. Représentation et ressenti personnel de la réanimation adulte**

2.1. Selon vous, quel est le **terme principal** décrivant la réanimation adulte ? (1mot)

.....

2.2. Selon vous quelle est la **qualité fondamentale** du MK en réanimation adulte ? (1mot)

.....

2.3. Selon vous, quelle est la **principale déficience** du patient de réanimation adulte? (1mot)

.....

2.4. A propos des affirmations suivantes, entourez votre réponse :

2.4.1. Pensez-vous que les étudiants aient une bonne considération du milieu de la réanimation ?	Oui	Non
2.4.2. Estimez-vous que les étudiants soient suffisamment informés sur ce domaine ?	Oui	Non
2.4.3. Pensez-vous que le travail du MK en réanimation soit, pour les étudiants, attractif ?	Oui	Non

2.5. La profession de MK en réanimation adulte (entourez votre réponse) :

2.5.1. Estimez-vous que la présence d'un MK en réanimation soit indispensable ?	Oui	Non
2.5.2. Estimez-vous que le travail du MK en réanimation soit ennuyeux ?	Oui	Non
2.5.3. Pensez-vous que le salaire du MK exerçant en réanimation de la fonction publique hospitalière soit suffisant ? (Echelon 1, Catégorie B, autour de 1500 € brut mensuel)	Oui	Non

2.5.4. Ressentez-vous une appréhension quant à la spécificité du métier de MK de réanimation ?	Oui	Non
2.5.5. Estimez-vous que le MK de réanimation doit être performant dans tous les champs de la profession, tels que la physiologie, la neurologie etc... ?	Oui	Non
2.5.6. Pensez-vous que le MK de réanimation ait plus de responsabilités que les professionnels exerçant en libéral ou en salarié dans d'autres services ?	Oui	Non
2.5.7. Estimez-vous que la présence d'une hiérarchie tels que le corps médical et l'encadrement de santé, limite l'autonomie du MK en réanimation ?	Oui	Non

2.6. A propos des situations suivantes, lesquelles sont **source d'anxiété** pour vous ? Évaluez-la sur 10 (0 étant nulles, 10 étant maximales)

	/10
2.6.1. Reconnaître une situation d'urgence vitale	
2.6.2. Prise en charge d'un patient instable	
2.6.3. Réaliser un massage cardiaque externe	
2.6.4. Prendre en charge un patient peu, voire non communicant	
2.6.5. Ventiler un patient au moyen d'un insufflateur manuel et d'un masque	
2.6.6. Prise en charge d'un patient intubé et ventilé	
2.6.7. Prise en charge d'un patient équipé (drains, cathéters, sonde nasogastrique...)	
2.6.8. Participer aux décisions éthiques de fin de vie	

### 3. Evaluation des connaissances

3.1. A propos de la **prise en charge respiratoire** d'un patient en réanimation adulte (entourez votre réponse) :

3.1.1. Estimez-vous que le MK doit définir les paramètres initiaux lorsqu'il met en place une ventilation par masque?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.2. Pensez-vous que le MK soit habilité à réaliser une aspiration endotrachéale ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.3. Estimez-vous que la décompensation de BPCO (Broncho Pneumopathie Obstructive) soit une indication à la VNI (Ventilation Non Invasive) ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.4. Pensez-vous que le MK doit éduquer l'équipe soignante pour permettre la continuité des soins des dysfonctions respiratoires ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.5. Pensez-vous qu'en cas d'urgence, le MK soit habilité légalement à administrer un aérosol de bronchodilatateurs sans prescription médicale ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.6. Estimez-vous que le MK doit adapter le débit d'oxygène en fonction des besoins ventilatoires du patient ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.7. Pensez-vous que la VNI et les techniques de désencombrement soient compatibles ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.8. Estimez-vous qu'en cas d'urgence, le MK doit intuber un patient ?	Oui	Non	Ne sais pas
3.1.9. Pensez-vous qu'en l'absence d'orthophoniste et/ou de diététicien, le MK doit apporter des solutions mettant le patient en sécurité en cas de troubles de la déglutition.	Oui	Non	Ne sais pas

3.2. A propos des situations suivantes que vous pouvez rencontrer en réanimation adulte, lesquelles estimez-vous **compatibles** avec une **mobilisation active (entourez votre réponse)** :

Pour une **mobilisation active au fauteuil** :

3.2.1. Patient équipé d'une canule de trachéotomie	Possible	Impossible	Ne sais pas
3.2.2. Patient incapable de répondre aux ordres simples	Possible	Impossible	Ne sais pas
3.2.3. Patient dialysé	Possible	Impossible	Ne sais pas
3.2.4. Patient équipé de drains pleuraux	Possible	Impossible	Ne sais pas
3.2.5. Patient équipé d'une voie veineuse centrale	Possible	Impossible	Ne sais pas

Pour une **mobilisation active au lit** :

3.2.6. Patient présentant une tachycardie ventriculaire à 120 et 140 bpm (battements par minute)	Possible	Impossible	Ne sais pas
3.2.7. Patient équipé d'une ECMO (1) fémorale	Possible	Impossible	Ne sais pas
3.2.8. Patient présentant une plaie chirurgicale ouverte du thorax ou de l'abdomen	Possible	Impossible	Ne sais pas

(1) ECMO : Extracorporeal Membrane Oxygenation : technique d'assistance circulatoire en cas de choc cardiogénique (défaillance cardiaque) sévère, permettant de réoxygéner le sang désaturé pour le réinjecter dans la circulation aortique

3.3. A propos des affirmations suivantes, cochez votre réponse

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
3.3.1. Le MK en réanimation adulte est habilité à réaliser une <b>aspiration nasotrachéale</b>					
3.3.2. Le MK en réanimation adulte peut <b>réduquer à la marche un patient intubé</b>					
3.3.3. Le MK en réanimation adulte peut réaliser une <b>extubation</b>					

**1. Une fois diplômé(e)... (entourez votre réponse)**

4.1. Concernant les **gardes et les astreintes** du MK en service de réanimation (entourez votre réponse) :

4.1.1. Estimez-vous nécessaire la mise en place d'un **système de garde** les week-ends et jours fériés ?                      Oui                      Non

4.1.2. Seriez-vous prêt(e) à en faire ?                      Oui                      Non

4.1.3. Si non, pourquoi : (entourez votre ou vos réponses)

- Peur de se retrouver tout(e) seul(e)
- Hors de question de travailler un week-end ou jour férié
- Autre(s) : .....

4.1.4 Quelle serait la **raison principale** qui vous motiverait à réaliser ces gardes ou astreintes (entourez votre réponse) :

- Une rémunération supplémentaire                      -La récupération des heures dans la semaine
- L'optimisation de la prise en charge des patients                      -Autre(s) : .....

4.2. A propos du milieu hospitalier (entourez votre réponse) :

4.2.1. Souhaiteriez-vous travailler en hôpital ?

Impossible

Probable

Certain

4.2.2. Souhaiteriez-vous travailler en service de réanimation ?

Impossible

Probable

Certain

4.2.3. Seriez-vous prêt(e) à suivre une formation spécifique pour découvrir le milieu de la réanimation adulte ?

Impossible

Probable

Certain

4.2.4. Vous-sentez-vous capable de prendre en charge un patient en réanimation adulte ?

Oui

Non

4.2.5. Ce milieu vous fait-il peur ?

Oui

Non

4.2.6. Ce milieu vous impressionne-t-il ?

Oui

Non

*Merci pour votre collaboration !*

*BENASSI Geoffrey*

*Etudiant en dernière année de Masso-Kinésithérapie ILFMK Nancy*

*06.26.27.82.02*

*geo1254@hotmail.fr*