

Le kinésithérapeute et les limitations thérapeutiques:

Quels rôles?

Quels soins?

Christophe ROUX
Masseur kinésithérapeute
CH de Roanne

27ème Congrès de la SKR

16 et 17 janvier 2014



Pourquoi?

- Place du kiné?
- Doit-on s'occuper des patients en fin de vie?
- Comment s'en occuper?
- Discours médical discordant?
- Implication personnelle?
- Formation de base suffisante?



Introduction

● Première enquête 1988, 71% des réanimateurs pratiquaient les LATA.

Vincent JL. *European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire*. Intensive Care Med

● Textes sur les soins palliatifs dans les années 90. (Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs).

● M. De Henzel « Mission fin de vie et accompagnement » 2003.

● Loi Léonetti de 2005 relative aux droits des malades en fin de vie.

● Arrêts et limitation thérapeutiques actives concernent 10% des patients en réanimation.

Contexte

- ❖ Arrêts et limitation thérapeutiques actives concernent 10% des patients en réanimation.
- ❖ Taux de mortalité en réanimation environ 20%.
- ❖ Responsabilité des médecins et de l'équipe paramédicale avec des décisions lourdes et douloureuses.



MK compétents?

- ◆ Décret de compétences de Masseur kinésithérapeute.
 - ◆ [Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004](#)
 - ◆ Art.9 e) A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

- ◆ Référentiel de compétences et d'aptitudes du masseur kinésithérapeute de réanimation (MKREA) en secteur adulte.
 - ◆ **Connaissances** sur les principes éthiques, les prises de décision, les limites de la réanimation, les procédures, la responsabilité, différence entre euthanasie et un « processus de mort s'accomplir », ressources locales...
 - ◆ **Aptitudes et comportements** reconnaître qu'un traitement est inutile ou futile, confronter son point de vue avec le reste de l'équipe, soulager, communiquer avec les patients et leurs proches, prendre part aux discussions...



La littérature

- Il existe peu de données spécifiques « kiné ».
 - Kinés étant dans la famille des acteurs paramédicaux.
 - Études sous formes de questions ouvertes ou fermées le plus souvent.
 - Première enquête 1988, 71% des réanimateurs pratiquaient les LATA.
 - Recommandations des sociétés savantes (SRLF, SFAR...).
- Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med 1990;16:256-64.

Représentations de la fin de vie

● Paternostre B. « Représentations de la fin de vie, de l'arrêt des traitements, de la collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs pour des situations complexes de LATA en réanimation » [J.medpal 2009;8:185-191](#).

● 11 entretiens dirigés sur 6 professions différentes (IDE, AS, MK, CDS, Assistante sociale et médecin).

● Résultats:

- Objectifs de soins différents mais complémentaires.
- Difficultés de communication et d'évaluation des symptômes rencontrées patients inconscient.
- La vie personnelle influe sur l'attitude envers les patients et familles (en + ou en -).
- « Soins palliatifs » raisonne avec: accompagnement, soutien, soulagement et confort.



Difficultés dans les LATA:



évaluation et traitement de la douleur,



Respect avis, souhait du malade,



Souffrance morale,



Objectifs curatifs ou palliatifs des malades,



Problèmes organisationnels (lieu d'accueil, traçabilité, réunions...).



Les **MK** ont du mal à trouver leur place sauf sevrage ventilatoire.



Les Equipe Mobiles de Soins Palliatifs mal connues.



Les représentations sont de 2 types:



Noyau central, socle commun des pratiques et des représentations partagées par la majorité des représentants du groupe.



Éléments périphériques plus hétérogènes, soins palliatifs, définition euthanasie, réunions d'équipe peu fréquentes...

La loi Leonetti et les paramédicaux

💧 [Matricon C, et al.](#) « La loi Leonetti: une loi connue des professionnels de santé hospitaliers ? ». [J.medpal 2012;vol12:234-242.](#)

💧 Objectif double: état des connaissances et sensibilisation.

💧 296 questionnaires exploités:

💧 31% IDE, 29% AS, 10% étudiant Méd., 6,4% Dr, 6% CDS, 17% MK, Psy et étudiant paramédic.

💧 4 groupes sélectionnés

💧 1. lits identifiés soins palliatifs (formation soins palliatifs). (LISP) 22,3%

💧 2. service avec procédures LATA. 28,7%

💧 3. service sans spécificité de soins palliatifs. 37,2%

💧 4. Unité de Soins Palliatifs (USP). 11,4%



La loi Leonetti et les paramédicaux

Une loi encore imparfaitement connue des soignants

-  Obligation d'informer le patient sur les conséquences de son choix (33%).
-  Réitérer sa décision dans un délai raisonnable (2,1%).
-  Rechercher tous les avis (collégialité) internes et externes (4,7%).
-  Directives anticipées en fin de vie moins recherchées.
-  Les soignants pensent que la personne de confiance est obligatoirement de la famille.

La loi Leonetti et les paramédicaux



Les améliorations depuis 2005



Devoir de respecter le choix du patient (98,3%) alors qu'en 2007 (12% Vandeveld. Rapport d'information loi 2005-370:p261-212).



Double effet connu à 76,6% alors qu'en 2008 seul 4% des soignants le connaissait.



Les soignants ayant eu une formation répondent mieux.

Rôle du MK



- Participation aux discussions collégiales.
 - Qualité de vie antérieure (état fonctionnel). Appel confrères pour préciser l'antériorité du malade.
 - État fonctionnel du moment.
 - Evolution depuis entrée dans le service.
 - Pronostic fonctionnel et espérance de qualité de vie.
- Participation aux entretiens avec les familles.
- Savoir arrêter ou continuer les soins (arguments objectifs) en concertation avec les autres professionnels paramédicaux et médicaux. Une remise en cause quotidienne.

Les soins palliatifs

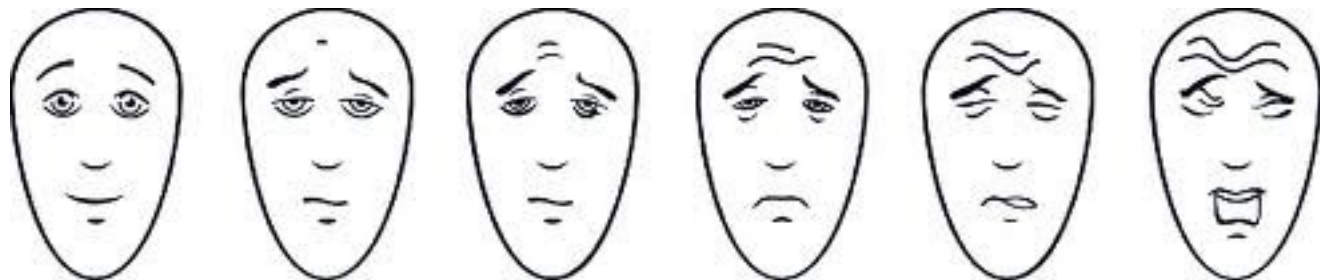


Douleur

Évaluation pluridisciplinaire en fonction de la conscience (EVA, échelle numérique ou verbale) ou bien non communicants (Doloplus2, Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées).

Douleur d'immobilisation

Mobilisation DOUCE, LENTE et PROGRESSIVE. De l'actif vers le passif.



Les soins palliatifs



Massage



Le toucher massage: spécificité dans le soins de bien être.



Valorisant pour le malade.



Valorisant pour le kiné.



Formation spécifique qui est différent des études MK.



Communication non verbale.



Diminution des symptômes (anxiété, douleur).



La ventilation non invasive



La dyspnée

- Respiration LIBRE, CALME et EFFICACE.
- VNI ?

E. Azoulay et al. *Noninvasive mechanical ventilation in patients having declined tracheal intubation*. ICM 2013;vol.39:292-301.

- Mieux que O₂ pour diminuer la dyspnée et baisser les doses de morphine.

Prof S. Nava et al. *Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial*. The Lancet Oncology, vol. 14 No. 3 pp 219-227.

- Tolérance
- Modalités d'applications particulières (interface, mode ventilatoire, fréquence).
- Collaboration et conscience.

Gestion de l'encombrement

💧 Aspirations? Tison A. *L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie*. Med Pal 2003; 2: 149-157.

- 💧 Geste inconfortable et effets secondaires délétères.
- 💧 Privilégier en dernier recours pour récupérer les sécrétions (scopolamine).
- 💧 Proscrire les mucolytiques.

💧 Prévention des fausses routes

- 💧 Installation.
- 💧 Collaboration Orthophoniste et kiné sur le type d'alimentation.
- 💧 Soins de bouche (IDE, AS).



**Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique
(d'après le Guide LATAREA)**

Discussion n°:		Date :	
Initiateur de la réflexion (fonction et identification) :			
Réflexion(s) informelle(s) ayant précédé cette discussion : Oui Non			
Niveau d'engagement thérapeutique ce jour : ☐ Maximal ☐ Ne pas réanimer un ACR (NTBR) ☐ Limitation thérapeutique			
Consultation du patient et des proches concernant le niveau d'engagement thérapeutique avant présente discussion			
Patient : ☐ inapte à consentir (coma ou sédation) ☐ consulté en accord avec la stratégie ☐ consulté en désaccord avec la stratégie			
Proches : ☐ consultés et en accord avec la stratégie ☐ consultés en désaccord avec la stratégie ☐ niveau d'information insuffisant ☐ défaut de qualité des entretiens ☐ absence de proches connus ou joignables			
Intervenants de la réflexion collégiale (*: participation indispensable si présent)			
Fonction	Identification	Fonction	Identification
* Médecin senior en charge du patient	Nom :	Chirurgien	Nom :
* Interne en charge du patient	Nom :	Médecin référent	Nom :
* Infirmier(e) en charge du patient	Nom :	Cadre infirmier	Nom :
* Aide-soignant(e) en charge du patient	Nom :	Autres paramédicaux	Noms :
Autre médecin senior	Nom :	Médecin traitant	Nom :
Défaillance(s) d'organe(s) lors de la discussion			
☐ Respiratoire nécessitant la ventilation artificielle ☐ Cardiovasculaire nécessitant un support vasopresseur ☐ Neurologique avec anoxie/ischémie nécessitant la ventilation artificielle ☐ Neurologique avec anoxie/ischémie ne nécessitant pas la ventilation artificielle		☐ Rénal et métabolique nécessitant l'épuration extra rénale ☐ Hépatique ☐ Hématologique nécessitant transfusions répétées	
Contexte clinique			
Argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation			
Il n'existe plus de stratégie curative possible		Oui	Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours		Oui	Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion		Oui	Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme		Oui	Non
L'âge est particulièrement avancé		Oui	Non
Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion		Oui	Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée		Oui	Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée		Oui	Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée		Oui	Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient		Oui	Non
La souffrance physique du patient est incontrôlée		Oui	Non
La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique		Oui	Non
Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique		Oui	Non
Il ne doit pas être tenu compte dans la réflexion d'une iatrogénie (potentielle)		Oui	Non
Commentaire :			

LATA 4 niveaux

1. pas de réanimation si survenue d'un arrêt cardiaque.
2. Traitement de la défaillance en cours, mais pas de suppléance de nouvelles défaillances.
3. Pas d'intensification des posologies pour la défaillance en cours et pas de suppléance de nouvelle défaillance.
4. Arrêt thérapeutique.

Les LATA au quotidien

- Tour du matin, discussion autour des cas difficiles au moment de la relève et argumentation sur une décision de LATA.
- Si désaccord de l'équipe, LATA inférieur qui prime.
- Staff tous les mardis matins et approfondissement des situations des patients. Collégialité plus grande (IDE, AS, PSY, CHIR...).
- Dans la journée, échanges avec le médecin sénior responsable de la réa des soins à mettre en œuvre sur les malades en LATA et ajustement des traitements.
- Traçabilité des décisions sur la feuille de jour. Remise en question possible à tout moment du niveau de LATA?

Conclusion

- Peu de données spécifiques MK.
- Une place peu évidente et en fonction de l'implication de chacun.
- Le MK doit faire valoir sa vision rééducative et fonctionnelle de la prise en charge et proposer une stratégie « kiné » dans la collégialité.
- Loi Leonetti a donné un cadre qui permet d'améliorer la prise en charge de la fin de vie.
- Culture croissante dans les services de réa des soins palliatifs.
- La formation des soignants optimisera une prise en charge complexe.

Merci de votre attention

