

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

Le bilan masso- kinésithérapique du sujet adulte en fin de vie

Mémoire présenté par **Marie Wagner**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-kinésithérapeute
2010-2011

SOMMAIRE

RESUME

1. Introduction.....	1
2. Problématique	2
3. Cadre conceptuel.....	5
3.1. Les soins palliatifs.....	5
3.1.1. Définition :.....	5
3.1.2. L'organisation :	5
3.2. Le MK et les soins palliatifs.....	6
3.3. Les différentes phases de la maladie.....	7
3.3.1. Phase préventive :.....	7
3.3.2. Phase curative :.....	8
3.3.3. Phase palliative :.....	8
3.3.4. Phase terminale :.....	8
3.4. Fin de vie et soins palliatifs.....	8
3.5. Le patient et la fin de vie.....	10
3.6. Bilan dix points enseigné à l'IFMK de Nancy.....	11
3.7. Bilan Diagnostic Kinésithérapique	12
3.8. Autonomie d'une personne	13
3.9. Personne communicante	14
4. Cadre de recherche.....	14
4.1. Présentation de l'étude	14
4.1.1. Outils de recherche	14
4.1.2. Population ciblée	14

4.1.3. Méthode.....	15
4.1.4. Les limites	15
4.2. Exploitation	17
4.3. Analyse.....	18
4.4. Conclusion.....	22
5. Discussion.....	22
6. Propositions	26
6.1 Au niveau de la formation initiale.....	26
6.2. Au niveau de la formation continue.....	28
6.3. Au niveau de l'organisation des services	28
7. Conclusion	29

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES de I à VIII

RESUME

La place du masseur-kinésithérapeute auprès des patients en fin de vie est légitime et s'inscrit dans la continuité des soins.

Dans ce travail écrit, nous proposons d'étudier la place du bilan 10 points enseigné à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Nancy dans la prise en charge des patients en fin de vie, à l'aide d'entretiens effectués avec cinq masseurs-kinésithérapeutes travaillant dans une unité de soins palliatifs ou dans des services disposant de lits identifiés, et un enseignant de l'IFMK.

Le bilan 10 points possède l'ensemble des éléments nécessaires pour effectuer le bilan des patients en fin de vie, sous réserve d'y ajouter le bilan respiratoire et que l'examineur possède une capacité d'adaptation aux spécificités de cette prise en charge.

Les problématiques techniques liées à un bilan spécifique et au Bilan Diagnostic Kinésithérapique, qui fait habituellement partie de la démarche de « récupérer, guérir », sont accompagnées au premier plan par les difficultés de la profession à s'investir dans ce domaine.

Mots clés : Masseur-kinésithérapeute, fin de vie, bilan diagnostic kinésithérapique

1. INTRODUCTION

La médicalisation de la fin de vie prend forme au travers des soins palliatifs dans une société où la mort est un sujet tabou. Ces soins sont voués au respect de la dignité de la personne, par notamment le maintien de la meilleure qualité de vie possible et par l'accompagnement du patient et de la famille. Ils reconnaissent que la mort fait partie de la vie, et la définissent comme un processus naturel, et non plus comme un échec de la médecine [1].

Le masseur-kinésithérapeute a un rôle important dans ces soins, par son approche manuelle, dans la lutte contre la douleur, et par son aide au maintien des capacités fonctionnelles restantes du patient.

La qualité relationnelle et d'écoute est primordiale pour le masseur-kinésithérapeute, mais ces soins relèvent également d'une grande technicité et adaptabilité [2]. La réalisation d'un bilan semble donc incontournable pour déterminer les techniques de traitement adaptées, et ainsi répondre aux exigences de cette prise en charge.

Ce travail est le fruit d'une réflexion personnelle qui a pris naissance au début de notre formation, et qui a pu être enrichie par notre participation à la 7^{ème} Journée Lorraine de Soins Palliatifs¹ et par nos stages de 3^{ème} année où nous avons pu échanger avec les différents professionnels de santé lors des réunions de synthèse, et prendre en charge des patients en fin de vie.

Après l'exposition de la problématique et du cadre de cette étude, nous exploiterons et analyserons des entretiens, pour ensuite en ressortir des critiques et enfin proposer des moyens d'actions.

¹ 7^{ème} Journée Lorraine de Soins Palliatifs : « Soins palliatifs et accompagnement : des racines et du zèle... », 23 octobre 2010 à Metz.

2. PROBLEMATIQUE

Le masseur-kinésithérapeute (MK) est amené à prendre en charge des patients en fin de vie, que ce soit en milieu hospitalier, dans certains services de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR), ou encore au domicile des patients.

➤ Vécu personnel :

Dés mon stage d'observation de première année, j'ai été confrontée à un patient atteint d'un cancer au stade terminal.

En deuxième année, j'ai assisté au décès d'une patiente, et à l'arrêt de prescription médicale de la kinésithérapie chez certains patients en fin de vie dont l'état général se dégradait.

En troisième année, j'ai pu constater que le kinésithérapeute se sentait parfois démuni face à ces patients en fin de vie, et les prenait en charge mais sans effectuer de Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK).

➤ De nombreux textes législatifs à propos de la fin de vie et des soins palliatifs ont vu le jour au cours des deux dernières décennies :

- Notamment la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs qui précise :

Art. L. 1er A. - Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Art. L. 1er B. - Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

- la Loi du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie réaffirme dans l'article L1110-5 que :

[...] Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

➤ Dans le décret de compétences des masseurs kinésithérapeutes: [Annexe I]

- il est dit dans l'article 9^e. que le MK [...] doit contribuer à la lutte contre la douleur et participer aux soins palliatifs.

- d'après l'article 2, il est tenu d'effectuer un BDK pour toute prise en charge :

[...] Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

- de plus l'article 6 précise : Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements [...]

Ainsi, d'un point de vue législatif, le MK est dans l'obligation d'effectuer un bilan duquel découle le diagnostic kinésithérapique. Cependant, la mise en place en l'état d'une telle démarche chez des personnes que nous accompagnons vers la mort, peut présenter des difficultés. Car habituellement elle s'inscrit dans une dynamique d'amélioration d'un état ou d'une fonction [2].

Ces différents éléments peuvent nous amener à poser les interrogations suivantes :

- Est-il approprié de réaliser un Bilan Diagnostique Kiné chez ce type de patient?
- Le bilan dix points enseigné à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de Nancy est-il applicable ?
- Existe-t-il un bilan MK spécifique ?

D'où l'hypothèse :

« Le bilan dix points » enseigné à l'IFMK de Nancy met à la disposition du MK les éléments nécessaires à la mise en œuvre du bilan de l'adulte en fin de vie, non autonome et communiquant.»

3. CADRE CONCEPTUEL

3.1 LES SOINS PALLIATIFS

3.1.1 DEFINITION :

La définition de la Haute Autorité de Santé (HAS) regroupe les éléments essentiels donnés par l'ensemble des définitions existantes :

« Les soins palliatifs sont des **soins actifs, continus, évolutifs**, coordonnés et pratiqués par une **équipe pluri professionnelle**.

Ils ont pour objectif, dans une **approche globale et individualisée**, de **soulager la douleur** physique ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, dans le **respect de la dignité** de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, **le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel**. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de **maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale**, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes.» [3]

3.1.2 L'ORGANISATION :

L'organisation de la prise en charge des patients en soins palliatifs² est composée de trois niveaux d'accueil :

- les lits non identifiés dédiés à l'accompagnement palliatif dans un service hospitalier,

² La Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

- les lits identifiés dans un service souvent confronté à des fins de vie,
- et enfin les unités de soins palliatifs (USP) pour les prises en charge plus complexes.

Les patients peuvent également bénéficier de l'hospitalisation à domicile, et à chacun de ces niveaux peut s'ajouter l'action d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

L'effectif constituant une équipe mobile de soins palliatif et celui d'une USP sont décrits par « un temps de kinésithérapeute », sans préciser même s'il s'agit d'un emploi à temps partiel ou à temps complet...

Quelques chiffres : La France comptabilise fin 2007 un total de 4 038 lits de soins palliatifs et 340 équipes mobiles. Entre 2005 et 2007, le nombre total de lits dédiés aux soins palliatifs a augmenté de 48%.³

3.2. LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET LES SOINS PALLIATIFS

L'intervention du MK en soins palliatifs fait partie de son décret de compétences [Annexe I].

Elle peut se faire à tous les niveaux d'accueil cités ci-dessus. C'est l'acte le plus côté de la profession (AMK 12).

³ Sur la base des données provisoires DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) établies par la Direction de la Recherche, des Etudes de l' Evaluation et des Statistiques dans le Rapport sur l'état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national Marie-Hélène CABÉ, Olivier BLANDIN, Gilles POUTOUT (Atemis) n° 85 – février 2009

L'objectif principal étant le confort du patient, les techniques couramment mises en œuvre sont [4] :

- massage décontracturant ou de bien-être des zones saines ou douloureuses, du visage, de tout le corps...
- massage abdominal,
- drainage lymphatique,
- techniques de relaxation (exercices respiratoires),
- mobilisations passives ou active-aidées douces,
- entretien fonctionnel (retournements dans le lit, ponts fessiers, verticalisation, mise au fauteuil, marche...),
- techniques de désencombrement bronchique,
- installation au lit.

3.3. LES DIFFERENTES PHASES DE LA MALADIE

3.3.1. PHASE PREVENTIVE :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne les définitions suivantes :

La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. C'est l'information de la population générale, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé), vaccinations.

La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.

La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

3.3.2. PHASE CURATIVE :

La période de traitement d'une maladie ou d'une lésion en vue de sa guérison.⁴

3.3.3. PHASE PALLIATIVE :

La période d'évolution d'une maladie inguérissable dans laquelle les traitements n'ont plus pour objectif de prolonger la vie ; les efforts thérapeutiques et d'investigations ont alors pour but le soulagement des symptômes, dont la douleur ; le confort et le bien-être du patient ; la qualité de vie est prioritaire.

Un traitement palliatif se dit d'un traitement, d'un médicament qui atténue les symptômes d'une maladie, sans agir sur sa cause.³

3.3.4. PHASE TERMINALE :

La période pendant laquelle le décès est inévitable et proche, elle comporte la période d'agonie définie par les quelques jours précédant la mort.

3.4. FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS

Il est différencié les soins palliatifs mis en œuvre à la phase terminale de la vie de ceux mis en œuvre en amont, lors d'une maladie chronique et évolutive.

Le problème se pose alors de déterminer, le moment où le patient entame la fin de son existence et donc le moment pour mettre en place la prise en charge palliative. Cependant, il n'y a pas de rupture entre les soins curatifs et palliatifs, mais une préoccupation de continuité et de coordination des soins.

⁴ Dictionnaire Masson 6ème édition

Il faut noter que lors de la prise en charge d'un patient en fin de vie, il peut être mis en place un traitement curatif si des symptômes survenant ne peuvent être efficacement contrôlés et vont à l'encontre du confort du patient. (Par exemple, dans le cas d'une infection bronchique, urinaire...)

Dans la littérature, il n'existe pas à ce jour de critères précis et suffisants pour déterminer l'admission d'un patient en fin de vie en USP.

Dans un premier temps, les soins palliatifs ont été associés uniquement à la fin de vie. Les différents textes législatifs font évoluer cette association des termes soins palliatifs et fin de vie.

- Tout d'abord, en 1986 dans la circulaire Laroque, les soins d'accompagnement « visent à répondre aux besoins spécifiques des personnes parvenues **au terme de leur existence** ».

- Puis en 1999 cette association des deux termes, est clairement mise en avant. Le Conseil Economique et Social décrit qu'il s'agit de la prise en charge des personnes pour lesquelles il n'y a plus aucun espoir ni aucune autre issue que **la mort dans un délai proche**, avec des **difficultés à fixer** avec rigueur **les critères objectifs et les limites exactes de la phase palliative d'une maladie**.

- L'Association Européenne de Soins Palliatifs indique que « les soins palliatifs sont ceux prodigués dans le cadre d'une prise en charge active et totale du malade **en phase terminale, à partir du moment où la maladie ne réagit plus à un traitement curatif**.

En conclusion, les soins palliatifs en phase terminale sont mis en œuvre lorsqu'il n'y a plus de traitements curatifs efficaces pour traiter la maladie, et qu'il reste peu de temps au patient à vivre.

Dans les recommandations de l'HAS [3], cette phase s'étend sur quelques jours. Cependant la durée de la phase terminale ne peut être déterminée précisément par le pronostic vital initial. La fin de vie reste une notion floue, elle est souvent une appréciation rétrospective. Elle peut s'étendre de quelques semaines à quelques mois, avec parfois des alternations de phase d'amélioration et de dégradation de l'état général.

3.5. LE PATIENT ET LA FIN DE VIE

La charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, constitue une actualisation de la charte du patient hospitalisé de 1995. Elle met en avant les points suivants:

- le consentement libre et éclairé du patient,
- l'information donnée au patient doit être accessible et loyale,
- la personne hospitalisée est traitée avec égards.

La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait allusion aux soins palliatifs dans l'article 3 :

- La personne malade a droit au respect de sa dignité.
- Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.
- Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

La loi du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie conforte et précise les principes affirmés par la loi 4 mars 2002 :

- Respect du libre choix du patient (information et consentement).
- Respect de la dignité

Elle donne un cadre précis et répond à tous les cas de fin de vie, lorsque le patient est capable d'exprimer ou non sa volonté, les modalités que doit remplir la personne de confiance et la directive anticipée dans laquelle le patient aura émis les conditions dans lesquelles il souhaite mourir.

Elle met en garde contre l'acharnement thérapeutique et la provocation délibérée de la mort. Lorsque le patient demande à mourir, le médecin est dans l'obligation de l'informer sur les risques encourus lors de l'arrêt de tout traitement curatif. Le médecin peut prendre un temps jugé nécessaire pour prendre une telle décision. Il doit également informer la famille et consulter l'ensemble de l'équipe soignante.

3.6. BILAN DIX POINTS ENSEIGNE A L'INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY [ANNEXE II]

Le comité lexicographique de Redatel définit le bilan en tant qu'examen méthodique menant à une évaluation quantifiée de l'état ou des capacités d'un sujet ou d'une fonction. Un bilan de qualité doit être simple, aisément reproductible par des observateurs différents, refléter l'état clinique du patient et sensible (capable de faire la distinction entre un traitement utile et un traitement inactif ou nuisible). [5]

Le bilan dix points est enseigné à l'IFMK de Nancy, dès la première année lors des cours pratiques, et plus particulièrement en 2^{ème} année, où il est détaillé et destiné à l'application en traumatologie et rhumatologie.

Il se compose de dix points principaux, ayant un ordre chronologique théorique permettant d'être mémorisé, mais modulable dans la pratique. Il est général, et est à adapter à la pathologie, au stade de consolidation ou de cicatrisation, et à la phase post-opératoire précoce ou post-opératoire tardive.

En effet, en fonction de ces différents facteurs nous donnons plus ou moins d'importance à certains points du bilan.

En pratique tous les points sont passés en revue pour répertorier toutes les déficiences présentes, mais seuls les points prioritaires sont approfondis et rigoureusement quantifiés.

- 1- Dossier patient / Interrogatoire / Anamnèse.
- 2- Bilan de la douleur.
- 3- Inspection / Palpation.
- 4- Bilan sensitif.
- 5- Bilan articulaire spécifique.
- 6- Bilan des autres articulations.
- 7- Bilan des hypo-extensibilités musculaires ou collages musculaires.
- 8- Bilan de la force musculaire : testing de la force musculaire selon Daniels.
- 9- Bilan fonctionnel.
- 10- Bilan psychologique.

3.7. BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE [ANNEXE III]

Le BDK est un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées ; et d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent :

- d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés
- de choisir les actes kinésithérapiques à mettre en œuvre.⁵

Un diagnostic est l'identification de la nature d'un dysfonctionnement, d'une difficulté.⁶

⁵ AFREK (Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie.)

⁶ Petit Larousse illustré 2009

L'OMS donne les définitions suivantes :

La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

L'incapacité correspond à toute réduction (résultat d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir des activités d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Le désavantage est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement de rôles sociaux considérés normaux compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

3.8. AUTONOMIE D'UNE PERSONNE

La notion d'autonomie est souvent employée dans le milieu médical pour désigner l'indépendance fonctionnelle. En effet en médecine de rééducation, nous utilisons une échelle de Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) qui est reconnue internationalement.

Dans ce mémoire, nous adoptons ainsi la définition courante de l'autonomie qui désigne l'indépendance fonctionnelle.

L'indépendance fonctionnelle est définie comme la capacité à réaliser seul les activités de la vie quotidienne.⁷

En conclusion, une personne non autonome est une personne dépendante d'un tiers pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

⁷ Dictionnaire médical Masson 6^{ème} édition

3.9. PERSONNE COMMUNICANTE

Une personne communicante désigne une personne capable d'interagir avec son environnement et d'entrer en relation avec une personne par différents moyens de communication.

4. CADRE DE RECHERCHE

4.1. PRESENTATION DE L'ETUDE

4.1.1. OUTILS DE RECHERCHE :

La réalisation d'un entretien plutôt que d'un questionnaire semble plus judicieuse. En effet, peu de MK prennent en charge quotidiennement des patients en fin de vie, et le nombre de questionnaires remplis et retournés dans le cadre d'un mémoire est souvent faible. L'exploitation des données des questionnaires aurait donc été limitée.

De plus, lors d'un questionnaire nous pouvons redouter les réponses standardisées, d'autant plus sur un sujet portant sur la réalisation ou non d'un bilan.

L'entretien semi-directif s'inscrit dans une démarche de recherche en favorisant la liberté d'expression de l'interlocuteur, tout en pouvant orienter les éléments à aborder. Cette liberté d'expression permet l'apport d'éléments pouvant aller au-delà des questions posées, et ainsi d'élargir notre recherche. Elle permet également la prise en compte du ressenti de l'interlocuteur.

4.1.2. POPULATION CIBLEE :

Afin de respecter l'anonymat, nous désignerons arbitrairement les différents MK par les lettres de l'alphabet.

Le premier entretien a été réalisé avec un MK (M. A) enseignant à l'IFMK de Nancy afin de dégager des pistes de réflexions et d'approfondir les rôles du BDK et du bilan 10 points enseigné à Nancy.

Les MK intervenant dans le cadre des soins palliatifs semblent plus à même de s'exprimer sur la prise en charge des patients en fin de vie, c'est pourquoi un entretien a été réalisé avec Mme B et Mme F dans un SSR disposant de lits identifiés, un autre avec M. C dans une USP, et deux autres avec Mme D, M. E dans une autre USP [Annexe IV].

4.1.3. METHODE :

Préalablement à la rencontre des différents interlocuteurs sur leur lieu de travail, il a été réalisé une grille d'entretien [Annexe V] sur laquelle apparaissent les principales questions ouvertes qui permettent de répondre à l'hypothèse posée dans la problématique, et un guide d'entretien [Annexe V] qui comporte des questions plus fermées et les points précis à aborder. Chaque entrevue est enregistrée sur un support audio avec l'accord de la personne, dure en moyenne 30 minutes, et est quasiment retranscrite en intégralité (les passages d'explications du BDK, ou de digression apparaissant dans la conversation ont été supprimés) à partir de l'enregistrement audio et des notes écrites dans la grille d'entretien.

4.1.4. LES LIMITES :

- Finalement, les MK interrogés ne sont pas si « spécialisés » en soins palliatifs, ils n'ont pas reçu de formations spécifiques aux soins palliatifs pour 4/5 d'entre eux. Les soins palliatifs représentent une partie seulement de leur activité quotidienne, et ils y exercent depuis 4 mois pour 3 d'entre eux, depuis 2 ans et 4 ans pour les 2 autres MK.

- Il peut y avoir une interprétation différente des questions selon les intervenants, surtout à propos du BDK. Certains n'en avaient pas notion, d'autres le voient principalement comme un outil de communication, ou bien comme la justification de l'activité du MK auprès de la sécurité sociale, ou encore comme une démarche précise permettant d'établir les objectifs et la progression de la prise en charge.

La majorité étant diplômée avant 1996, n'a pas bénéficié lors de la formation initiale de l'enseignement du BDK qui fait partie du décret de compétence des MK à compter de cette date.

- La notion d'un bilan spécifique et adapté a été abordée parfois comme la nécessité d'une prise en charge spécifique, ou bien comme une nécessité de créer un bilan nouveau. D'où les réponses négatives ou positives à la dernière question à propos de la nécessité d'un bilan spécifique et adapté à la prise en charge des patients en fin de vie, mais aboutissant à des conclusions communes.

- Il est difficile parfois d'aborder le sujet du bilan, car pour certains ce n'est pas la problématique majeure de la prise en charge des personnes en fin de vie, et ils ne transposent pas forcément sur leurs actes professionnels les termes techniques de bilan et de BDK.

- Notre manque de pratique auprès des patients en fin de vie et notre jeune âge, limite le poids de notre critique de cette étude.

- Enfin, la recherche de la littérature s'est faite essentiellement dans la littérature française, à partir de recherches manuelles à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nancy, du moteur de recherche de Réédoc et d'EMConsulte. Ce choix de recherche centrée sur la littérature française est dicté par le sujet qui est centré sur le bilan 10 points enseigné à Nancy et sur le BDK. Il serait enrichissant d'étudier les bilans effectués dans les autres pays ainsi que leur prise en charge des patients en fin de vie.

De plus la plupart des articles et ouvrages sont basés sur des opinions d'experts, seuls les deux mémoires référencés se basent sur des études statistiques dont une étude étant citée dans la revue Kiné Scientifique.

4.2. EXPLOITATION

- **La totalité des MK interrogés réalise un bilan qui a pour contenu :**
 - ✓ la prise de connaissance du dossier du patient pour 4/5 d'entre eux,
 - ✓ une évaluation de la douleur pour l'**ensemble** des MK dont 3/5 l'établissent à l'aide de l'EVA, 1/5 font une hétéro-évaluation et 1/5 n'ont pas spécifié l'outil d'évaluation,
 - ✓ un bilan cutané et trophique pour 4/5,
 - ✓ une évaluation de la mobilité du patient qui est réalisée par **la totalité** des MK, avec dans le même temps : l'évaluation de la force musculaire pour 3/5 et le bilan articulaire pour 3/5,
 - ✓ un bilan fonctionnel est réalisé **par tous** :
 - l'**ensemble** évalue la mobilité du patient dans le lit (retournements, rehaussements...) et les transferts,
 - 3/5 testent l'équilibre assis,
 - 3/5 évoquent l'évaluation des activités de la vie quotidienne (toilette, alimentation, contrôle de l'environnement...),
 - 2/5 MK font un bilan de la marche avec 1/5 qui réalisent un bilan des risques de chute,
 - ✓ un bilan respiratoire est établi par 3/5 d'entre eux, dont 2/5 qui le font systématiquement et 1/5 le font seulement lors d'une indication médicale,

✓ **tous** soulignent l'importance de l'écoute, du respect des désirs de la personne et la prise en compte de la fatigue et des angoisses du patient.

- **L'ensemble des MK** interrogés pense que la démarche de BDK est applicable à la prise en charge des personnes en fin de vie mais est à adapter.

- Tous établissent des objectifs de traitement dans leur prise en charge.

- **3/5 MK** sont contre la création d'un bilan spécifique qui serait enseigné.

2/5 personnes soulignent qu'il serait nécessaire d'enseigner un bilan spécifique et adapté à la prise en charge de la personne en fin de vie.

Tableau I : Synthèse de l'exploitation des entretiens, points principaux du bilan pratiqué.

Nombre de personnes /5	1	2	3	4	5
Dossier du patient				✓	
Bilan de la douleur					✓
Bilan cutané –trophique				✓	
Evaluation de la mobilité					✓
Evaluation de la force musculaire			✓		
Bilan articulaire			✓		
Bilan fonctionnel					✓
Bilan respiratoire			✓		
Temps d'écoute					✓

4.3. ANALYSE

A l'aide de la mise en relation des éléments donnés dans les cinq entretiens des MK exerçant en soins palliatifs et de l'entretien de M. A à propos du bilan dix points et du BDK, nous mettons en avant les différents éléments permettant de répondre à l'hypothèse.

L'ensemble des MK interrogés n'utilisent pas un bilan spécifique à la prise en charge de l'adulte en fin de vie, communicant, non autonome, mais le bilan « classique » adapté.

Les points suivants composent ce bilan :

- 1- Dossier patient
- 2- Bilan de la douleur (EVA)
- 3- Bilan cutané, trophique
- 4- Evaluation globale des amplitudes articulaires (amplitudes fonctionnelles)
- 5- Evaluation globale de la force musculaire (par fonction, mouvement de triple flexion)
- 6- Bilan fonctionnel
- 7- Bilan psychologique (écoute, désirs du patients, angoisses...)
- 8- Bilan respiratoire (bilan non systématique)

Le bilan respiratoire s'ajoute au bilan 10 points. Alors que les deux points « bilan sensitif » et « bilan des hypo-extensibilités musculaires » ne sont pas réalisés. De plus, les points « bilan articulaire spécifique » et « bilan des autres articulations » sont remplacés par un seul point « évaluation globale des amplitudes articulaires ». Nous aboutissons donc à un bilan 8 points non hiérarchisés.

Sept de ces huit points se retrouvent dans le bilan dix points enseigné à l'IFMK de Nancy.

Tableau II : Comparaison du bilan 10 points enseigné à l'IFMK de Nancy avec le bilan 8 points appliqué auprès des patients en fin de vie.

BILAN 10 POINTS	BILAN 8 POINTS
1- Dossier patient / Interrogatoire/Anamnèse.	1- Dossier patient
2- Bilan de la douleur.	2- Douleur.
3- Inspection / Palpation.	3- Cutané, trophique.
4- Bilan sensitif.	
5- Bilan articulaire spécifique.	4- Evaluation globale des amplitudes articulaires
6- Bilan des autres articulations.	
7- Bilan des hypo-extensibilités musculaires ou collages musculaires.	
8- Bilan de la force musculaire : testing de la force musculaire selon Daniels.	5- Evaluation globale de la force musculaire
9- Bilan fonctionnel.	6- Bilan fonctionnel
10- Bilan psychologique.	7- Bilan psychologique
	8- Bilan respiratoire

Le bilan dix points semble donc être adapté mais trop détaillé. Comme le précise M.A cette adaptation du bilan se fait avec l'évolution de la pratique et de l'expérience propre à chaque thérapeute : *« c'est important d'avoir un cadre très précis puis après une fois qu'on maîtrise ce que l'on pratique au quotidien, on pioche les éléments essentiels dedans. »*

Ainsi, la plupart des MK interrogés ne voient pas l'utilité d'un bilan spécifique : Mme F indique que *« le problème d'un bilan spécifique, c'est qu'il y a plein de niveaux physiques différents d'un patient à l'autre, et de pathologies différentes. On utilise les mêmes outils habituels qu'on adapte. Il n'y a pas de spécificité au point de créer un outil. »*

M. E ajoute : *« Un bilan systématisé non, on a le bilan classique qu'on adapte en fonction du patient. »*

Dans la littérature, il n'est pas décrit de bilans spécifiques adaptés à la personne en fin de vie. Cependant un certain nombre de bilans et de tests fonctionnels spécifiques à la prise en

charge MK gériatrique sont établis, et pourraient faire l'usage dans le bilan des patients adultes en fin de vie. En effet, le Test Moteur Minimum⁸ [Annexe VI] regroupe l'ensemble du bilan fonctionnel évoqué dans les différents entretiens (transferts, verticalisation, marche, bilan risque de chute...).

L'ensemble des MK pense que la démarche de BDK est applicable à la prise en charge de la personne en fin de vie, mais est à adapter en fonction de l'évolution très variable de l'état général du patient, et en fonction de l'objectif fonctionnel et de confort qui caractérise la prise en charge palliative, qui n'est pas soumise à un objectif de progression. Adapter le BDK à ces exigences de la prise en charge des patients en fin de vie est possible [6]. Cette adaptation se fait par un BDK effectué de façon moins détaillée, moins rigoureuse et ciblée sur les capacités du patient.

Toutes les déficiences n'y sont pas répertoriées, seules celles qui génèrent une incapacité et qui sont en lien avec les objectifs du thérapeute et les désirs du patient seront évaluées. Les objectifs sont variables et mis en question quotidiennement [7] en fonction de l'état général et de l'accord du patient.

Réaliser un BDK s'accompagne de certaines contraintes comme ont l'air de l'évoquer les MK dans les entretiens, mais comme le souligne M. A et Eric Viel⁹, il est le garant d'un traitement de qualité.

⁸ TMM

⁹ Docteur ès-sciences .Masseur-Kinésithérapeute, secrétaire général de l'AFREK. Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie.

4.4. CONCLUSION

Le bilan 10 points enseigné à l'IFMK de Nancy contient la plupart des éléments d'évaluation nécessaires à la prise en charge de l'adulte en fin de vie, communicant et non autonome. En effet, deux points ne sont pas mis en œuvre et le bilan respiratoire s'y ajoute, pour aboutir à un bilan 8 points.

La prise en charge des patients en fin de vie s'inscrit dans la démarche de BDK qui permet de générer un traitement de qualité et de communiquer avec les autres professionnels de santé. Cependant les modalités ne sont pas toujours connues par les MK rencontrés et sont à adapter, avec un contenu concis et ciblé sur le bilan fonctionnel et les principales déficiences.

Des problèmes de fond liés à l'organisation des soins et à la profession marquée par un manque de formation dans ce domaine sont très présents. De plus, à ce jour, il n'existe pas de bilan spécifique à la personne en fin de vie, retrouvé dans la littérature. Pourtant, 8 points essentiels ont été dégagés des entretiens, et des bilans qui ont vus le jour dans le domaine de la gériatrie comme le TMM semblent pouvoir s'intégrer dans ce bilan.

5. DISCUSSION

- **L'étude se base sur peu de données de la littérature.** Peu d'écrits sont publiés à propos du MK et des soins palliatifs, et encore moins à propos du bilan MK des patients en fin de vie. La plupart des articles traitent de son rôle et des moyens de traitement. Cette carence est peut être le reflet du peu d'intérêt que porte la profession aux soins palliatifs, car le masseur-kinésithérapeute est beaucoup plus dans une dynamique de « guérir et récupérer »

que dans « soutenir, soulager, accompagner » [2] Comme le souligne Mme B. : « *On est vu comme quelqu'un qui remet debout. C'est cette image qu'il faut changer.* »

De plus, durant ce mémoire, j'ai pris conscience des problématiques de fond prenant le dessus sur celles soulevées par un bilan MK spécifique et adapté. Les difficultés relevées sont la mise en œuvre des soins palliatifs et l'intégration des MK dans cette organisation de soins.

En effet le MK est peu impliqué :

- La plupart n'ont pas eu de formation qu'elle soit initiale ou continue dans ce domaine.
- Il y détient une activité ponctuelle qui s'ajoute à ses prises en charges habituelles dans d'autres services.
- Certains ne sont pas intégrés aux réunions de synthèse pluridisciplinaires du service.
- Certains MK interviennent de manière contrainte en soins palliatifs, par circonstances liées au fonctionnement de leur service où se sont créés des lits identifiés.
- Il y a parfois un manque d'activité par peu de demandes médicales.

Les autres problématiques sont d'ordre médical, avec les conduites thérapeutiques qui demandent une importante réflexion pluridisciplinaire et les critères d'admission d'un patient en soins palliatifs qui ne sont pas clairement définis ni validés.

- **Appliquer le bilan 10 points est une démarche valable.** Tout étudiant diplômé de l'IFMK de Nancy peut donc intervenir auprès de patients en fin de vie. Cependant, il est indispensable d'y associer un enseignement sur la spécificité de ce type de patient et de la prise en charge palliative, afin de pouvoir adapter au mieux le bilan et d'y intégrer le bilan respiratoire. Le manque de formation des MK en soins palliatifs, souligné dans le mémoire de

M. Tortuyaux, est souvent compensé par l'expérience personnelle [8]. Or en tant que jeune adulte, le manque de maturité, notamment dans l'approche de la mort, doit être compensé au minimum par un enseignement.

- **Dans chaque domaine le bilan 10 points est adapté pour aboutir à un bilan spécifique.** Comme dans le domaine de la neurologie avec l'évaluation de la spasticité à l'aide de l'échelle d'Aschworth qui s'intègre dans le point « bilan musculaire » ; ou encore le domaine respiratoire où l'auscultation peut s'intégrer dans le point « inspection-palpation ». De ces adaptations et de la pratique émergent des bilans spécifiques. Le point « bilan musculaire » devient le point « neuro-moteur » en neurologie, ou encore dans le domaine respiratoire nous prenons le modèle du « Relaté-Observé-Mesuré » pour construire le bilan. Au final, à l'aide des connaissances du thérapeute, le BDK et le traitement qui découlent de ces bilans sera le même, qu'on utilise le bilan 10 points ou une démarche spécifique à chaque domaine.

- **L'utilisation du bilan 10 points n'est pas soumise à une évaluation cotée ni chiffrée.** Or, une telle évaluation s'inscrit dans la démarche de la médecine basée sur des preuves et de l'HAS qui incite les professionnels de santé à fonder leur exercice sur une pratique protocolée.

Les caractéristiques de la personne en fin de vie qui sont la douleur, la fatigue, la perte d'autonomie, l'évolution rapide de la maladie et les troubles des fonctions supérieures, peuvent se superposer à celles de la personne âgée.

La prise en charge de patients dans les secteurs gériatriques est proche de celle des patients en fin de vie en soins palliatifs [9]. Finalement la notion de fin de vie est peu perceptible. En effet, la rééducation en soins palliatifs en pâtit peu, pour Mme B. : « *La fin je*

ne peux pas la programmer, la fin pour moi c'est quand la personne est alitée complètement et qu'elle n'est plus dans un relationnel de vie. Pour moi c'est ça la vraie fin de vie [...] La rééducation n'a pas de spécificité en fin de vie. On est tous en fin de vie quelque part... » Ou encore Mr E. souligne que *« je n'ai pas eu à prendre en charge des patients qui étaient vraiment tout à fait en fin de vie. »* Mr C. réaffirme que *« cette prise en charge est rendue particulière par la notion de fin de vie car on ne sait pas bien où elle commence finalement. »* Ces MK associent la fin de vie plutôt à la phase d'agonie qu'à la période de la phase terminale qui la précède.

De plus, l'ensemble des MK ont mis en avant l'importance de l'évaluation fonctionnelle qui contient les éléments du TMM. Leur façon d'aborder le bilan a des similarités avec celle de la prise en charge gériatrique avec un bilan rapide ciblant l'essentiel : *« Contrairement à ce qui est le plus souvent pratiqué, chez le sujet âgé fragile l'évaluation masso-kinésithérapique est d'emblée fonctionnelle pour mieux cibler secondairement certains aspects analytiques mis au jour au cours du mouvement. »*¹⁰ Ainsi, la démarche décrite par France Mourey¹¹ [10] qui apparaît dans les recommandations de l'HAS, semble être applicable auprès des personnes adultes en fin de vie. Notamment l'arbre décisionnel pour l'évaluation des fonctions motrices [Annexe VII] qui permet d'éviter de faire des évaluations inutiles fatiguant le patient, semble judicieux à intégrer.

- **Enfin, le BDK semble un outil majeur dans la professionnalisation du MK en soins palliatifs** [6]. Le BDK, et la fiche de synthèse qui découle du bilan, sont un outil de communication au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La mise en place d'un bilan MK

¹⁰ Recommandations pour la pratique clinique Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Recommandations HAS, Avril 2005.

¹¹ Cadre de santé, docteur ès-sciences, Service de médecine gériatrique Centre hospitalier régional de Dijon, Maître de conférences en gérontologie Université de Bourgogne.

spécifique aux soins palliatifs avec l'utilisation d'évaluations validées, permettrait d'affirmer et de préciser le rôle du MK auprès des personnes en fin de vie. En effet, nous avons pu nous apercevoir lors de nos rencontres avec les MK et lors de nos stages, que l'équipe soignante connaissait peu nos champs d'intervention en soins palliatifs. Mme D. souligne ce point comme étant l'une des difficultés principales de son intervention en soins palliatifs : « *Parfois les demandes du service ne sont pas adaptées, pas en phase avec nos compétences. C'est important d'échanger, d'établir la clarté de notre rôle et de nos missions auprès de ces patients.* »

6. PROPOSITIONS

Nous avons soulevé à travers cette étude un certain nombre de réflexions et de problèmes, à différents niveaux, auxquels nous allons proposer des moyens d'actions.

Pour France Mourey, il semble nécessaire de respecter trois étapes pour l'investissement du MK dans le domaine des soins palliatifs : tout d'abord développer une réflexion éthique, puis accéder à la formation pour enfin pouvoir étudier et discuter la pertinence des techniques employées [9].

6.1 AU NIVEAU DE LA FORMATION INITIALE

L'ensemble des MK a souligné l'importance d'une formation, essentiellement pour faire face aux difficultés d'ordre psychologiques par rapport à la mort et à l'abord des patients en fin de vie.

L'enseignement à propos des soins palliatifs à l'IFMK de Nancy s'effectue ou non, suivant les années, lors des cours de gériatrie en 3^{ème} année et est intégré au module huit.

Le bilan 8 points [Annexe VIII] pourrait être présenté lors d'un ED (Exercice Dirigé), qui s'appuierait sur des descriptifs de cas concrets de patients en fin de vie, et qui consisterait à la description de la prise en charge de ces patients par les étudiants. Il pourrait être distribué aux étudiants lors de la mise en commun de l'exercice après un temps de travail en groupe, pour permettre la comparaison avec le bilan qu'ils auraient effectué.

Durant cet ED, il sera précisé que :

- Le bilan 10 points qui permet de n'oublier aucun élément, est valable à condition d'être fidèle aux spécificités et principes de la prise en charge des patients en fin de vie, et donc d'y ajouter le bilan respiratoire.

- Le bilan est axé sur le bilan fonctionnel orienté par l'arbre décisionnel dans l'évaluation motrice [Annexe VII]. De ce bilan fonctionnel et des désirs du patient, découlent naturellement les déficiences nécessaires à évaluer.

- Le BDK dans cette prise en charge est important, inévitablement à adapter et évolue à chaque séance.

Mais afin d'établir ce travail sur le bilan, il faudrait préalablement définir le cadre de la prise en charge des patients en fin de vie et développer la réflexion éthique de l'étudiant.

Pour cela, un enseignement théorique sur les spécificités de la personne en fin de vie et sur les soins palliatifs permettrait un premier abord de l'étudiant.

Puis, il faudrait privilégier l'interaction entre les étudiants et des intervenants pluridisciplinaires et « spécialisés » dans ce domaine, lors d'un travail de groupe pour développer un travail de réflexion éthique. Par exemple, lors d'un ED qui aborderait la fin de vie et soulèverait les difficultés de s'y confronter en tant que rééducateur, sous forme de débats en se basant sur des cas concrets et en « bousculant » les étudiants (imaginez...que ce soit vos parents ou grands-parents....) [8].

Ces interventions sont nécessaires pour permettre à l'étudiant d'appréhender au mieux ces patients et lui donner les outils nécessaires à l'adaptation du bilan et donc à la mise en place d'une prise en charge adaptée.

6.2. AU NIVEAU DE LA FORMATION CONTINUE

Une formation des professionnels MK à propos du BDK en général semble être nécessaire au vu des difficultés rencontrées lors des entretiens. Certains thérapeutes n'ont pas connaissance de l'ensemble des buts et des impacts de la démarche. Ils la perçoivent comme une démarche complexe, alors qu'elle n'est en réalité que la conceptualisation de leur prise en charge. Une demi-journée de formation semblerait donc suffisante.

Le bilan 8 points [Annexe VII] pourrait être proposé aux MK dans les services concernés à titre d'information et de réflexion.

6.3. AU NIVEAU DE L'ORGANISATION DES SERVICES

Seuls des MK formés, volontaires et disposant d'un temps défini pour la prise en charge des patients en fin de vie pourraient être disposés à intervenir. En effet, ce domaine implique une entière disponibilité et relève des risques de transfert/contre-transfert négatif importants auxquels seul un thérapeute expérimenté et formé peut faire face.

De même que les tuteurs de stages devraient comme pour tout encadrement, disposer d'un niveau d'expertise suffisant pour enrichir les connaissances théoriques et pratiques de l'apprenant et mettre en évidence ou faire émerger en lui une compétence relationnelle, un véritable savoir-être de professionnel [7]. Dans un premier temps, il serait favorable d'inciter les tuteurs de stage dans les services de gériatrie, ou les lieux de stage disposants d'unité ou de lits identifiés en soins palliatifs, d'accompagner les étudiants dans la prise de patients en

fin de vie. Avant d'établir une telle démarche, il faudrait logiquement que ces tuteurs soient eux-mêmes formés dans ce domaine.

De plus la participation aux réunions de synthèse permet de faire évoluer les réflexions éthiques qui sont soulevées et qui font la spécificité de la prise en charge des patients en fin de vie. Cette participation valorise l'intervention du MK et les échanges entre les intervenants sont importants pour la qualité des soins, mais également pour se défaire des difficultés rencontrées auprès de ces patients.

L'idéal serait donc un MK formé, investi et attaché uniquement à une USP, ou affecté à prendre en charge les lits identifiés, et y consacrant son activité principale. Cependant, cela paraît « utopique » au vu des difficultés au point de vue logistique et économique déjà présentes au sein des établissements de santé.

Mais peut-être serait-il possible d'avoir au moins un MK « référent », formé et expérimenté, présent dans chaque établissement suivant couramment des patients en fin de vie. Ce MK pourrait être intégré au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs. De plus le minimum serait que tout MK amené à intervenir auprès de ces patients bénéficie d'une formation. Les soins palliatifs ne doivent pas être une spécialité de la médecine mais être intégrés comme philosophie dans le système de santé. Ainsi chacun a le droit d'y être formé.

7. CONCLUSION

La prise en charge masso-kinésithérapique des patients en fin de vie devrait se développer à condition de l'émergence des réflexions éthiques au sein de la profession, d'une formation initiale et continue adaptée, et d'une organisation interne de soins qui définit la place du masseur- kinésithérapeute.

Ainsi le bilan 10 points de Nancy dispose de tous les éléments nécessaires à cette prise en charge, sous réserve de donner la possibilité à l'étudiant de développer ses réflexions éthiques et techniques par une formation adaptée.

L'adaptation d'un Bilan Diagnostic Kinésithérapique avec l'utilisation de bilans chiffrés et validés pourrait répondre dans un premier temps à certaines difficultés du masseur-kinésithérapique à s'investir dans ce domaine.

La prise en charge gériatrique dispose d'éléments pertinents pour aboutir à l'émergence d'un bilan adapté et spécifique à la prise en charge des patients en fin de vie. En effet, « l'approche globale nécessaire en gériatrie, le souci de la qualité de vie et de la dignité sont autant d'aspects qui facilitent les passerelles entre gériatrie et soins palliatifs.»[9] Mais jusqu'où va la prise en charge MK gériatrique dans l'accompagnement, et en quoi se différencie-t-elle de la prise en charge MK des personnes en fin de vie ?

BIBLIOGRAPHIE

1. BLANCHET V., BRABANT A.- Historique-Les soins palliatifs : des soins de vie- Paris : Springer, 2009 - collection « comprendre, prévenir, traiter... » - 141p.
2. CAVELLEC M., GIRET M., CAHAGNE V.- Masseur-kinésithérapeute en soins palliatifs- KS, 2010, n°509, p.5-11.
3. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, Décembre 2002, recommandations pour la pratique clinique, ANAES : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-necessitant-des-soins-palliatifs?xtmc=soins_palliatifs&xtr=5
4. JEROME N., GOUILLY P.-Place du kinésithérapeute dans les soins palliatifs- Kinésithérapie, les cahiers, 2003, N°20-21, p.63-68.
5. VIEL.E.- Bien rédiger le bilan diagnostique kinésithérapique.- Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006-198p.
6. GENOT, A-G.- Le bilan diagnostique comme processus d'intégration aux soins palliatifs.- Diplôme interuniversitaire de soins palliatifs et d'accompagnement : Rennes : 2005-2007.- 58p.
7. HALLER P-H, ROBARD A.- Kinésithérapie et soins palliatifs : Quel tutorat pour les étudiants kinésithérapeutes ? - KS, 2003, n° 436, p.39-44.
8. TORTUYAUX C.- « Kinésithérapie » et « fin de vie » sont-ils incompatibles dans les services « non spécialisés » en soins palliatifs ? – Institut de Formation des Cadres de Santé : CHU de Nancy : 2002-2003.

9. MOUREY F. – Soins palliatifs et kinésithérapie- KS, 2003, n°431, p 29-31.

10. MOUREY F. – Evaluation clinique de l'équilibre chez le sujet âgé – Kinésither. Rev., 2010, n°103, p 18-22.

**ANNEXE I : DECRETS RELATIFS AUX ACTES
PROFESSIONNELS ET A L'EXERCICE DE LA
PROFESION DE MASSEUR KINESITHEREPEUTE**

. Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996

. Décret n°2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du
8 octobre 1996

Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996

Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

Le Premier ministre, Sur le rapport du ministre du travail et des affaires sociales, Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 372, L. 487 et L. 510-10 ; Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article 2

Modifié par Décret 2000-577 2000-06-27 art. 1 JORF 29 juin 2000.

Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur.

Article 3

On entend par massage toute manoeuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Article 4

On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.

Article 5

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

- a) Rééducation concernant un système ou un appareil : - rééducation orthopédique ; - rééducation neurologique ; - rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil

- locomoteur ; - rééducation respiratoire ;
 - rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article 8 ; - rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;
 b) Rééducation concernant des séquelles : - rééducation de l'amputé, appareillé ou non ; - rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ; - rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
 - rééducation des brûlés ; - rééducation cutanée ;
 c) Rééducation d'une fonction particulière :
 - rééducation de la motilité faciale et de la mastication ; - rééducation de la déglutition ; - rééducation des troubles de l'équilibre.

Article 6

Modifié par Décret 2000-577 2000-06-27 art. 2 JORF 29 juin 2000.

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Article 7

Modifié par Décret 2000-577 2000-06-27 art. 3 JORF 29 juin 2000.

Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article 5, le masseur -kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants : a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ; b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ; c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ; d) Etirements musculo-tendineux ; e) Mécanothérapie ; f) Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ; g) Relaxation neuromusculaire ; h) Electro-physiothérapie :
 - applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur ;
 - utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ;
 - utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouge, ultraviolets) ;
 i) Autres techniques de physiothérapie : - thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ; - kinébalnéothérapie et hydrothérapie ; - pressothérapie.

Article 8

Modifié par Décret 2000-577 2000-06-27 art. 4 I JORF 29 juin 2000.

Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- a) A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en oeuvre manuelle ou électrique) ;
 b) A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde

récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;

c) A participer à la rééducation respiratoire.

Article 9

Modifié par Décret 2000-577 2000-06-27 art. 4 II JORF 29 juin 2000.

Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité : a) A prendre la pression artérielle et les pulsations ; b) Au cours d'une rééducation respiratoire : - à pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ; - à administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;

- à mettre en place une ventilation par masque ;

- à mesurer le débit respiratoire maximum ; c) A prévenir les escarres ; d) A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ; e) A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article 10

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit être remis au médecin dès son intervention.

Article 11

En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Article 12

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Article 13

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :

a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ; b) La contribution à la formation d'autres professionnels ; c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ; d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ; e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Article 14

Le décret n° 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Article 15

Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre : Alain Juppé Le ministre du travail et des affaires sociales, Jacques Barrot Le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, Hervé Gaymard

Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

NOR : MESP0021636D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le [code de la santé publique](#), notamment les articles L. 4161-1, L. 4321-1, L. 4321-2 et L. 4381-2 ;
Vu le [décret no 96-879](#) du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Art. 1er. - L'article 2 du décret du 8 octobre 1996 susvisé est modifié comme suit :

I. - Il est ajouté à la fin du premier alinéa la phrase suivante :

« Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. »

II. - Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

« Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

Art. 2. - L'article 6 du même décret est ainsi rédigé :

« Art. 6. - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance. »

Art. 3. - A l'article 7 du même décret, les mots : « Pour la mise en oeuvre des traitements prescrits par le médecin » sont remplacés par les mots : « Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article 5 ».

Art. 4. - I. - A l'article 8 du même décret, le c est ainsi rédigé :

« c) A participer à la rééducation respiratoire ».

II. - Au b de l'article 9, après les mots : « à pratiquer les aspirations rhinopharyngées », sont ajoutés les mots : « et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ».

Art. 5. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 juin 2000.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

La secrétaire d'Etat à la santé

et aux handicapés,

Dominique Gillot

ANNEXE II : LE BILAN 10 POINTS ENSEIGNE A

L'IFMK DE NANCY :

1- Dossier patient / Interrogatoire/ Anamnèse :

- état civil, habitat, profession, loisirs,
- antécédents, traitement médicamenteux, compte rendu opératoire, examens complémentaires
- pathologie : structures atteintes (osseuses, ligamentaires, tendineuses...), consignes chirurgicales,
- Phase : de consolidation ou de cicatrisation fragile, en cours, consolidation ou cicatrisation acquise
- contre-indications (suivant le stade de consolidation ou cicatrisation),
- principes suivant la phase (postopératoire précoce ou tardive)
- projet du patient

2- Bilan de la douleur:

- Echelle Visuelle Analogique (EVA), douleur à objectiver au repos et à l'activité
- localisation (locale ou diffuse)
- Mode (tiraillement, élancement, brûlure...)
- Quand ? (circonstances d'apparition, douleur nocturne, diurne, notion de dérouillage matinal)
- conclusion : déterminer si la douleur est mécanique, inflammatoire, mixte, ou neurologique

3- Inspection / Palpation:

- attitude, installation, observation lors de l'arrivée du patient
- chaleur, rougeur, hématome, sudation, phanères (repérer les signes éventuels d'un Syndrome Dououreux Régional Complexe)
- pouls perçu ou non. (Pouls pédieux, radial) pour éliminer syndrome de compression
- état cutané : points d'appui ; rénitence, cicatrice
- contractures

- centimétrie (objectiver œdème, amyotrophie)
- repérer les signes de phlébite (3 signes à réaliser)
- bilans spécifiques (exemple : hydarthrose)

4. Bilan sensitif:

- sensibilité superficielle (pique / touche)
- sensibilité profonde (kinesthésique / statesthésique)

5. Bilan articulaire spécifique :

- bilan actif et passif, amplitude notées selon De Brunner, mesures prises de l'articulation touchée, conclure sur l'origine des limitations (d'origine capsulo-ligamentaire, osseuse, musculaire)

6. Bilan des autres articulations : articulations sus et sous jacentes

7. Bilan des hypo extensibilités musculaires ou collages musculaires :

- mise en évidence par test d'hypo extensibilité et par le bilan articulaire

8. Bilan de la force musculaire : testing de la force musculaire selon Daniels

9. Bilan fonctionnel:

- observation lors de l'arrivée du patient
- activité journalière
- conduite automobile
- spécifique : en consolidation fragile : transferts, maniement du fauteuil roulant...

En consolidation en cours : analyse de la marche, répartition de l'appui, aires de July

En consolidation acquise : escaliers, appui unipodal, marche avec et sans cannes

10. Bilan psychologique

ANNEXE III : BILAN DIAGNOSTIC KINE

Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

NOR : MESS0023097A (*Journal officiel* du 5 octobre 2000)

Section 2

Bilan-diagnostic kinésithérapique effectué par le masseur-kinésithérapeute

« Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III.

« 1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique.

« a) Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.

« Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

« - l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...);

« - l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

« Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

« b) Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

« - la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;

« - la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;

« - les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;

« - les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient

« - les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

« 2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur.

« Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.

« Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'entente préalable.

« Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'entente préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

« A tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

« La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

« 3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique.

« La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.

« Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous : 7,1.

« Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires : 9,1.

ANNEXE IV :

ENTRETIENS

- 1. Entretien avec M. A**
- 2. Entretien avec Mme B**
- 3. Entretien avec M. C**
- 4. Entretien avec Mme D**
- 5. Entretien avec M. E**
- 6. Entretien avec Mme F**

ENTRETIEN AVEC M. A (A PROPOS DU BILAN 10 POINTS...)

Présentation :

- formation initiale à l'IFMK de Nancy diplômé en 1996, licence de sciences naturelles, formations continues, école des cadres (1997-1998), DU kiné du sport en 2000, diplôme d'ostéopathie en 2008,
- exercice pendant 4 mois en libéral, puis en centre de rééducation de traumatologie-rhumatologie jusqu'à aujourd'hui.

Interventions en tant qu'enseignant :

- enseignant à l'IFMK de Nancy depuis 1996, intervient sur les 3 années dans les domaines de la traumatologie, rhumatologie, rachis (lombalgies, cervicalgies) et thérapie manuelle.
- interventions à L'EFOM (Ecole et Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie) à Paris pour des cours de traumatologie (genou et coude), enseignement des notions de bases où on retrouve le même contenu mais sous une autre forme de bilan que le « bilan 10 points » enseigné à Nancy.

Entretien :

- **Que pensez-vous du rôle du BDK au sein de la profession ?**

C'est l'avantage qu'on a en kiné, c'est que l'on est maître de ses actes. Le bilan diagnostic kiné c'est notre autonomie par rapport aux autres professions paramédicales qui sont souvent

exécutantes. Nous on a une autonomie, on nous confie un patient, on a plus à nous dire ce qu'on doit faire. Quand on nous confie un patient lahnda, on doit évaluer ses déficiences, ses incapacités, ses désavantages.

Alors le bémol dans le BDK quand on est en libéral, c'est qu'on est plus dans les déficiences et incapacités que dans les désavantages. Après peuvent se poser les problématiques de désavantages, mais c'est souvent plus en lien avec le côté professionnel et donc on les voit plus en centre. En libéral, on rencontre des pathologies moins compliquées, et la majorité des gens reprennent leurs activités sportives et professionnelles. Dès que l'on a des handicaps à long terme c'est quand les pathologies sont plus importantes et les gens sont souvent en centre de rééducation.

Le BDK c'est avoir les indicateurs au niveau des déficiences et au niveau des incapacités pour justement après générer un traitement de qualité.

Mais avant d'attaquer les indicateurs du BDK, il faut déjà savoir avant que le patient n'arrive, où on se situe au niveau de la pathologie et de la phase : « on attend ça, donc je dois faire ça. » Les gens prennent en général les indicateurs les plus importants en fonction des patients. C'est important de répertorier toutes les déficiences même celles que l'on ne traite pas. Mais la plupart des gens savent où ils se situent et après prennent les indicateurs qui permettent à la fois de situer le patient, et évidemment de dialoguer au niveau médical par rapport à ce que l'on a retrouvé. Parce que maintenant on est aussi censé taper les bilans, informer les médecins puis, à la suite de ça de dire « voilà où j'en suis, voilà les progrès que j'ai eu. »

Donc le BDK c'est très important. Mais maintenant on cible spécifiquement, on sait très bien par exemple, qu'en consolidation fragile, post-op précoce, le musculaire n'est pas primordial.

Le problème c'est que chez les anciens kinés ça ne se faisait pas trop, les gens font beaucoup des bilans /traitement : « je trouve, je traite. »

D'arriver à placer les choses, voilà mes déficiences, voilà mes objectifs, voilà mes projets thérapeutiques, ça c'est important. Souvent les gens mélangent les objectifs et les moyens.

Mais alors dans la pratique quotidienne, quand on a plein de monde....

Mais c'est bien de temps en temps de faire le point dans ce que l'on doit faire, de resituer les choses et que les textes nous y obligent.

➤ **Quelle est l'importance du bilan 10 points selon vous ? dans la pratique et auprès des étudiants ?**

Je trouve que c'est important parce que ça permet de vous donner une structure cadrée qui vous permet au départ d'avoir tous les points et tous les éléments qui vont vous servir, et de ne pas en oublier. Alors au début, on fait tout et après avec l'expérience on peut vadrouiller entre les choses. Mais on est obligé de se baser sur des choses connues.

On part de quelque chose de connu pour après faire quelque chose d'adapté. Il faut avoir des connaissances de base, c'est important d'en parler dès la première année pour que vous sachiez au niveau du BDK qu'on fait des évaluations de déficiences, d'incapacités (qui correspond plus au fonctionnel).

Ce qui est beaucoup plus dur à intégrer pour les étudiants c'est ces notions de désavantages, parce que vous passez à un moment donné dans un lieu de stage, où on va les évoquer sur les activités de la vie quotidienne. Mais les désavantages à long terme, c'est ceux-là qui vont mériter une prise en charge spécifique de réadaptation, de réentraînement à l'effort, de reprise du travail, de réorientation professionnelle. Mais quand vous êtes en stage 7 semaines, vous traitez les déficiences, les incapacités mais faut être professionnel en centre

pour pouvoir se projeter. C'est les centres qui gèrent les problématiques d'handicaps à long terme.

Pour en revenir au bilan 10 points, c'est important d'avoir un cadre très précis puis après une fois qu'on maîtrise ce que l'on pratique au quotidien, on pioche les éléments essentiels dedans. Mais on peut vite oublier des points parce que l'on prend de mauvaises habitudes.

En libéral c'est ce qui permet de demander d'autres séances en se basant sur des choses effectives, de justifier ou non la poursuite du traitement. La sécurité sociale demande des comptes, il faut des preuves qualitatives et quantitatives qu'il y a une prise en charge à effectuer. Tout ça rentre dans la validation des techniques, on est obligé de mesurer. Et si on sait mesurer les bons indicateurs, c'est que potentiellement on sait les traiter.

➤ **Le bilan 10 points peut-il être appliqué dans d'autres domaines que la traumatologie et rhumatologie ?**

Oui en adaptant, par exemple en neurologie il y aura la spasticité qui rentrera dans le point musculaire. Dans toute pathologie on peut générer un bilan type. Donc oui c'est adaptable et je pense c'est ce que vous faites déjà.

➤ **Ce bilan présente-t-il des inconvénients, des points faibles ?**

L'inconvénient du BDK c'est que ça prend du temps, surtout par rapport à une pratique libérale. De plus il n'est pas diffusé partout, les gens préfèrent traiter que d'évaluer. Mais les artisans font bien un devis avant de travailler.

Les avantages, c'est de pouvoir transmettre les informations d'un kiné à un autre, tout le monde parle en cotation de De Brunner par exemple. J'y vois plus d'avantages que d'inconvénients.

L'évolution serait peut-être de l'harmoniser au niveau national, notamment par rapport aux cotations de testing musculaire.

➤ **Lors de votre carrière avez-vous été confronté à des patients en fin de vie ?**

Oui quand j'étais en stage uniquement. Ils étaient toujours pris en charge en kiné mais pas dans le cadre des soins palliatifs.

Mais ici, non, on a certains patients avec de grosses pathologies associées, puis qui ont été hospitalisés et qui sont décédés, ou alors certaines personnes âgées.

➤ **Pensez-vous que le bilan dix points peut-être mis en œuvre face à des patients en fin de vie ?**

Oui, mais c'est là où le bilan on l'adapte.

Le bilan principal chez la personne âgée, c'est l'incapacité, on est vraiment dans le bilan fonctionnel. Chez les jeunes on fait un bilan spécifique des déficiences pour améliorer les incapacités. Mais là on sait qu'on ne va pas réussir à tout faire, donc on cible sur les incapacités. C'est là que les ergo ont beaucoup d'importance. En kiné on regarde comment ils font, comment ils se débrouillent pour rester à domicile, ou avoir une certaine autonomie quand ils sont en long séjour par exemple.

Au niveau du bilan des déficiences on va certainement être moins précis sur les amplitudes articulaires, les cotations musculaires, mais il faut connaître les amplitudes fonctionnelles, la sensibilité (statésique, kinésique). Le gros soucis c'est le bilan musculaire...il n'y a pas de réelle évaluation des choses pour pouvoir les améliorer chez les personnes âgées.

Chez les personnes âgées on regarde les incapacités, mais si on était un peu plus précis dans les déficiences on ne ferait pas la même chose chez toutes les personnes. On est trop dans les incapacités et on ne travaille pas assez dans les déficiences adaptées aux personnes âgées.

Chez les personnes en fin de vie, on ne peut pas faire dans le même ordre. Et le bilan psychologique est énorme. Dans le BDK en général le bilan psychologique est important chez tous les gens qui ne peuvent pas récupérer, qui ont des désavantages, pour lesquelles c'est difficile d'accepter de ne plus être comme avant.

Mais ces gens là sont en fin de vie, quel projet ils ont? Il faut qu'ils soient bien entourés, connaître le contexte familial et l'entourage familial.

Le BDK, il faut l'adapter. Il faudrait faire une fiche bilan avec le périmètre de marche, les amplitudes complètes ou pas, la sensibilité profonde, la douleur, le musculaire...faire une évaluation simple et rapide.

Le problème dans le BDK c'est le projet de la personne. Et là le projet chez la personne en fin de vie....mourir, c'est difficile ! On a plus une part d'apport psychologique. Je pense que ce n'est pas facile d'adapter le bilan BDK chez les personnes en fin de vie. Ce n'est pas évident parce que ce n'est plus ça la priorité.

ENTRETIEN AVEC MME B (A PROPOS DU MK ET DES PATIENTS EN FIN DE VIE...)

Présentation :

- Age : 56 ans

- Principales formations : formation initiale à l'IFMK de Nancy, diplômée en 1978. 2 formations de 2 jours à propos des soins palliatifs et de la fin de vie, différentes formations comme « la gestion du stress et de l'agressivité », « relation soignants / soigné ».

- Parcours professionnel : Exercice au CHU de Nancy pendant 5ans dans les services de cardiologie et de réanimation, puis installation en cabinet libéral pendant 20 ans, puis dans un SSR* depuis 12 ans.

*70 lits dont 13 lits identifiés mais prise en charge palliative d'environ 20 lits.

Entretien :

➤ **Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?**

Je crois qu'il ne faut pas faire de différence mais il faut savoir qu'il y aura la fin.

La fin je ne peux pas la programmer, la fin pour moi c'est quand la personne est alitée complètement et qu'elle n'est plus dans un relationnel de vie. Pour moi c'est ça la vraie fin de vie.

La rééducation n'a pas de spécificité en fin de vie. On est tous en fin de vie quelque part...
Par contre ça nécessite une adaptation, il ne faut pas être toute feu toute flamme dans le premier relationnel avec le patient, et ne pas lui promettre n'importe quoi. Surtout que certains patients restent dans le déni. C'est ça la difficulté.

Mais est-ce qu'il est nécessaire d'avoir une formation en soins palliatifs ou pas ?

Je pense que ce n'est pas à des jeunes à être dans des services comme les nôtres.

Quand j'étais comme vous, quand je travaillais à l'hôpital j'ai été confrontée à ces sujets là et ça me révoltait ! En plus on n'avait pas cette attitude de prise en charge.

Maintenant on ouvre plus les portes mais est-ce que c'est à vous jeunette de faire ça ? je ne crois pas.

Mais il ne faut pas tomber non plus dans ce que j'aurais pu faire moi à la fin de mes études : c'est de donner du faux espoir. Quand j'étais comme vous je n'acceptais pas, je refusais, ce qui est normal.

On est vu comme quelqu'un qui remet debout. C'est cette image qu'il faut changer.

J'ai instauré un groupe de gymnastique où tout le monde vient volontairement mais on fait tout assis. Donc tous les gens peuvent participer, garder une motricité pour maintenir une autonomie maximale. Il faut leur montrer qu'ils peuvent faire quelque chose, qu'ils sont dans le relationnel, qu'ils ne restent pas seuls dans leur chambre. Ils font plein de choses qui font qu'ils sont encore dans la vie. C'est garder les gens dans la vie qui est important.

➤ **Effectuez-vous un bilan ?**

Bien sûr qu'on fait un bilan. On se fixe des objectifs tout de même ; et parfois on a même des surprises, certains repartent chez eux ou remarquent. Ce n'est pas un bilan fixe.

La fatigue et l'évolution de la maladie sont des points indispensables et qui nous guident.

On regarde le dossier médical, je fais le bilan de la douleur à chaque séance avec une EVA et à la première séance je fais un bilan « risque de chutes ». Je fais également un bilan d'autonomie :

- environnement de la chambre : se servir des manettes de réglages du lit par exemple,
- transferts : s'asseoir dans le lit jambes pendantes, se recoucher, transfert lit-fauteuil et fauteuil-lit, assis-debout,
- marche : aide technique de marche, périmètre de marche (pour aller jusqu'à la salle de bain...)
- toilette : ce qu'il peut faire seul, toilette au lit, (transmissions écrites avec les aides soignantes),
- alimentation : seul, besoins de couverts adaptés...

Il faut regarder l'installation, le confort du patient en fonction de ses désirs : mousse anti-escarre, position de déclive si œdème, protection des barrières du lit.

Le bilan respiratoire est également important.

➤ **Pensez-vous que la démarche de BDK peut être mise en place chez les patients en fin de vie ?**

Toutes les semaines je fais un bilan de l'évolution.

Un patient en fin de vie je le prends dans sa globalité en tenant compte des déficiences et pas sur un membre supérieur, un membre inférieur ou autre.

Le patient qui vient chez nous c'est dans une globalité de prise en charge, il ne vient plus pour un traitement spécifique.

Cette démarche de déficiences détaillées et d'incapacités, je la ferai pour une prothèse de genou, de hanche...mais pas pour un patient en soins palliatifs.

Il faut se fixer des objectifs, mais adaptés à ces patients. A chaque bilan d'entrée, on évalue ensemble ses projets, on établit les objectifs à court terme dans la semaine et on s'adapte en fonction de l'évolution de la pathologie.

Les gens sont souvent pleins d'espoir, se projettent même s'ils savent pertinemment qu'ils vont mourir.

Je ne veux pas qu'on fasse de caricature, chaque individu a son potentiel, sa pathologie, et à une pathologie identique ils réagiront totalement différemment. Tolérance et adaptation sont les grands mots.

➤ **Quelles-sont (ou seraient) les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des bilans auprès de ces patients ?**

Il n'y en a pas. On s'adapte, on a l'œil. Avant quand j'ai commencé à travailler on notait rien et maintenant, je note tout. C'est bien, c'est important. Par rapport au questionnaire de satisfaction et en tant que thérapeute pour voir l'évolution.

➤ **Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?**

Il est nécessaire d'avoir de la psychologie élémentaire, les stades d'évolution de la mort et savoir comment aborder la maladie. On est tous confronté à la mort, déjà personnellement. Par rapport au bilan, je ne veux pas qu'on dise que les soins palliatifs sont une spécificité. Le soin palliatif n'est pas une spécificité, mais il est bon d'avoir une formation pour être au mieux, s'adapter et surtout pour avoir une approche de la psychologie.

Remarques :

Difficultés pour Mm B à définir le BDK, et à utiliser les termes de déficiences et incapacités. L'impression que le BDK est une démarche très détaillée et compliquée, ce qui a un peu bloqué l'entretien.

ENTRETIEN AVEC M. C (A PROPOS DU MK ET DES PATIENTS EN FIN DE VIE...)

Présentation :

- Age : 23 ans
- Formation initiale a l'IFMKDV (Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie pour Déficients de la Vue) de Lyon diplômé en juin 2010. Aucune autre formation faite.
- Parcours professionnel : travaille depuis le 13 septembre 2010 dans une unité de soins palliatifs*, dans les services d'hématologie, d'endocrinologie et de médecine C.

*Le service de soins palliatifs a été créé il y a quinze ans par le docteur B. Il se compose aujourd'hui de quatre parties : une unité de soins palliatifs à A, une autre à B, une unité mobile qui fait la jonction entre A et B et se déplace auprès des patients en consultation en vue d'une admission, et une HAD pour le maintien des patients a domicile.

L'unité de soins palliatifs a été créée il y a un an et demi par un médecin. Elle a à sa tête le docteur V, puis l'équipe se compose d'un deuxième médecin, d'infirmières, d'aides soignantes, d'un kiné, d'une ergothérapeute, d'une psychologue à mi-temps, tout comme l'assistante sociale, et pour finir d'une secrétaire médicale.

Nous allons nous pencher sur la prise en charge de la personne adulte, en fin de vie, communicante et non autonome :

➤ **Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?**

J'aborde ces patients comme les autres finalement.

Le premier abord est le même que dans toute pathologie par contre plus qu'ailleurs le profil du patient va me donner la façon de faire. Soit le patient est paisible et j'arrive à faire ma rééducation, ou soit il est angoissé par sa maladie ou simplement sa présence en soins palliatifs, et là je fais juste une présentation sans rééducation pendant un jour ou deux pour qu'il s'acclimate.

Les aspects spécifiques du patient en fin de vie sont la douleur car elle est souvent très présente et peut être le motif d'entrée du patient. La fatigue également est très présente. Ils sont en perte d'autonomie rapide et se dégradent, du coup ils deviennent plus fatigables. La fatigue et la douleur sont fluctuantes parfois d'un jour à l'autre.

Il faut en fait s'adapter constamment, revoir notre objectif de séance en fonction de ces paramètres. Le moral du patient joue un grand rôle dans la fin de vie. Soit ils sont déprimés et se disent que « ça y est je suis en soins palliatifs, c'est la fin. », soit ils s'accrochent jusqu'au bout et veulent montrer qu'ils sont encore vivants, qu'ils peuvent faire des choses encore, nous apprendre des choses aussi.

Je suis le relais entre l'équipe et le patient car lors des séances, ils reprennent confiance et parlent plus d'eux-mêmes, de leur famille, de leur souhait. Ce qui me donne un grand rôle d'écoute et un rôle de retour à l'équipe pour une prise en charge la plus précise possible et la plus adaptée. La on a un rôle à jouer par l'observation lors des séances au

travers de la douleur de la force musculaire de la relative autonomie et de la respiration. Ca nous donne une indication sur l'état du patient.

Les médicaments rendent parfois la prise en charge de la fin de vie particulière car ils ont des effets négatifs comme mettre dans le « cirage » les patients angoissés, notamment l'Ipnovel.

Cette prise en charge est très variée, sur une matinée le patient voit le kiné, l'ergo, la psy, les infirmières, aides soignantes, les médecins... bref un programme chargé entre toilette pansements, petit déjeuner, installation, rééducation et les questions médicales sur leur état puis se rajoute l'assistante sociale. D'où parfois un agacement des patients compréhensible.

Cette prise en charge est rendue particulière par la notion de fin de vie car on ne sait pas bien où elle commence finalement.

Puis même les médecins sont parfois obligés de revoir le pronostic car il change. Un patient qui arrive sur la fin de vie peut très bien, une fois pris en charge, aller au-delà de ce que l'on avait prévu en termes de jours de vie, et pour moi au-delà de mes objectifs de rééducation. Là on a un rôle à jouer dans l'observation au travers de la douleur, de la force musculaire, de la relative autonomie et de la respiration. Ca nous donne une indication sur l'état du patient.

➤ **Effectuez-vous un bilan ?**

Oui même en soin palliatif je fais un bilan kiné, il n'est pas noté en tant que tel, par contre je prends le temps de noter dans les dossiers les points importants.

Je ne fais pas un bilan particulier et je ne prends pas un temps de bilan avec le patient. Ma première séance me donne l'occasion au travers de la rééducation de faire le point de ses capacités. Le temps de bilan je ne le fais pas sinon le patient se fatigue trop vite et je ne pourrais rien faire à côté en rééducation. Le bilan aussi se joint au diagnostic médical et au pronostic vital. Dans tous les cas je prends les renseignements sur l'état du patient sur plusieurs mois ou semaines au travers des visites de contrôle de sa maladie, de ces différents séjours à l'hôpital, ou de l'HAD ce qui me donne un ensemble de données pour le bilan.

Je prends en compte :

- la douleur qui varie beaucoup suivant les jours et qui donne une indication de l'état du patient,
- le cutané-trophique avec escarre, œdème, plaies
- le bilan articulaire sans aller chercher l'amplitude max
- le fonctionnel avec les transferts, la marche ou simplement pouvoir se remonter dans le lit ou attraper des choses sur une table,
- le bilan respiratoire aussi qui donne la fatigabilité du patient
- le bilan environnemental est important avec les sondes, les appareillages, l'oxygène et perfusions. On a des indications sur la fatigue respiratoire.

Il est important de connaître les médicaments passés dans les perf^s pour leurs effets secondaires et les possibles limites qu'ils nous imposent. Ou encore si dans les perf le patient est hydraté et nourri ca veut dire que des troubles cutanés risquent encore plus d'apparaître.

- **Pensez-vous que cette démarche de BDK peut être mise en place chez les patients en fin de vie ?**

Cette démarche de BDK est tout a fait valable chez le patient en fin de vie.

Par contre l'objectif qui en découle est posé mais peut être modifié, tout comme le BDK qui va être fonction de l'évolution du patient.

Ce BDK peut être modifié très rapidement sur la semaine, modifiant les objectifs qui en découlent. Je garde toujours en tête les déficiences et incapacités du patient, celles de départ pour avoir une idée précise de base. Puis j'observe au fur et à mesure des séances, cela me donne l'évolution de ces déficiences et du coup des incapacités qui remet l'objectif en jeu.

L'application est faisable mais le BDK bouge constamment c'est pour ça qu'il est difficile de s'y tenir. Le BDK est fait habituellement pour s'appliquer à des pathologies où l'on a une idée assez précise de l'évolution. En soins palliatifs jamais rien n'est acquis, tout change très vite...la maladie, ses conséquences et le retentissement sur la rééducation, mais c'est avec toute ces données que j'arrive à savoir ce que le BDK va me permettre d'avoir comme objectif.

Des objectifs de traitement sont établis, c'est souvent le patient qui nous les donne. Après on réfléchit avec l'équipe du projet du patient. En kiné moi j'ai des objectifs par exemple la mise au fauteuil ou la remise à la marche. Les objectifs sont donnés par le BDK de départ, et ils prennent en compte l'aspect médical, l'avancée de la maladie et ce que veut le patient.

➤ **Quelles-sont (ou seraient) les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des bilans auprès de ces patients ?**

Le bilan n'est jamais fait à titre de bilan, c'est la première séance qui me donne une idée. Je ne prends jamais de temps de bilan. Il est difficile de faire un temps, vu les douleurs assez fréquentes des patients, leur fatigabilité et parfois certains médicaments contre la douleur me limitent car ils rendent le patient somnolent. Ou alors, on ne ferait que le bilan la première séance et puis le temps je ne l'ai pas pour faire un bilan scolaire de type MSP (Mise en Situation Professionnelle)..

Et parfois c'est le patient qui lui ne veut pas être bilanté car il veut être tranquille, il est vraiment proche de la fin. Dans ce cas de refus je vais en discuter avec l'équipe pour voir l'objectif au moment donné, et si vraiment la fin de vie est proche en jours ou en heures, on arrête définitivement la kiné. Il ne s'agit pas de s'acharner, il faut aussi laisser le choix au patient, mais en lui expliquant les conséquences de ce choix.

Ne jamais oublier que ce sont des hommes et qu'ils méritent le respect, et d'être maîtres de leur vie jusqu'au bout sans devoir subir l'autorité sous prétexte de la blouse blanche.

➤ **Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?**

Et bien je pense qu'un bilan spécifique devrait nous être enseigné, mais ca ne suffit pas. Le bilan ne diffère pas tant que ça des autres. Il faut juste plus axer sur certains points dont un auquel on n'est pas formé, et où là on devrait vraiment l'être : c'est la dimension psychique

du patient... les questions sur l'évolution de la maladie, les angoisses sur la fin de vie et sur l'admission en soins palliatifs, car les patients s'imaginent que c'est la fin...

Et moi kiné souvent je suis confronté à ces questions, auxquelles je ne sais pas toujours quoi répondre... Les questions sont : pourquoi ma vie est comme ça ? Est-ce que je vais sortir d'ici ? Est-ce que je vais guérir ?

Mais plus que le bilan et la psycho, c'est un TP en soins palliatifs ou être sur le terrain qu'il faudrait faire pour se rendre compte de cette dimension humaine, du questionnement des patients et des familles. Puis pour voir l'équipe et se rendre compte que tout le monde contribue au confort du patient, chacun a une part à jouer selon ses compétences.

ENTRETIEN AVEC MME D (A PROPOS DU MK ET DES PATIENTS EN FIN DE VIE...)

Présentation :

- Age : 46 ans
 - Principales formations : formation initiale à l'IFMK de Nancy diplômée en 1987, cadre de santé.
 - Parcours professionnel : 1,5 an en libéral, à l'hôpital dans les services de neurochirurgie et de réanimation (pendant 20 ans). Actuellement, travaille depuis septembre 2010 dans une Maison hospitalière où il y a parfois des patients en fin de vie, et un 2^{ème} mi-temps à l'hôpital où il y a une unité de soins palliatifs* où l'intervention des MK en unité de soins palliatifs se fait 2 fois par semaine en fonction de la demande du médecin et des désirs du patient.
- *L'unité de soins palliatifs est composée de 25 lits avec l'ensemble du personnel médical et infirmier formé.

Entretien :

Nous allons nous pencher sur la prise en charge de la personne adulte, en fin de vie, communicante et non autonome :

➤ **Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?**

En général, je vise beaucoup sur le relationnel, je me présente d'emblée, je leur explique pourquoi je suis là, je leur demande si c'est une demande de leur part ou du service, et puis

s'ils acceptent que je les prenne en charge aujourd'hui. Je regarde toujours le dossier médical avant d'aborder le patient, pour rechercher les déficits, mais souvent c'est plus une baisse de l'état général. Après je regarde effectivement avant de le verticaliser :

- les douleurs,

-l'état cutané,

-regarder s'il n'y a pas de rétractions,

- puis après la mobilité dans le lit

- puis on essaye de se mettre assis au bord du lit.

Là c'est essentiellement pour la verticalisation, mais il nous arrive d'être demandés pour du massage. Là encore tu es obligé d'aller voir le dossier. Et si le patient me dit non je n'ai pas envie que vous me touchiez, je ne le touche pas.

La spécificité pour moi c'est l'écoute, ne pas être purement technicien, on est au-delà de la technique. On est avant tout dans une prise en charge qui allie, bien entendu tes techniques pour soulager le patient, mais avant tout ton écoute et ta compréhension. Ne pas être le pur technicien.

C'est difficile pour nous les kinés parce que nous, on pose des objectifs de rééducation avec des obligations de résultats ce qu'on n'a pas dans les soins palliatifs. Il n'y a pas d'obligation de résultats, ni d'objectifs réels. Le véritable objectif c'est soulager le patient. Ça c'est vraiment une spécificité des soins palliatifs.

Et puis s'intégrer dans une équipe, tu ne peux pas travailler tout seul. Je n'aborde pas le patient sans avoir eu un échange avec les infirmières avant ou les aides soignantes. C'est du travail d'équipe.

➤ **Effectuez-vous un bilan ?**

Je n'effectue pas de bilan type. Ce qui est important c'est :

- le dossier médical, l'échange avec l'infirmière,
- le bilan rapide moteur,
- le cutané avec les escarres éventuels,
- les rétractions articulaires,
- la douleur avec l'évaluation à l'aide de l'EVA, et l'état de fatigue.

En kiné on nous demande des bilans bien carrés, ce qui est normal, pour pouvoir sortir des objectifs de rééducation. Mais là le bilan s'oriente différemment. On doit être rapide et efficace. Je fais ce bilan une première fois mais pas à toutes les séances, et je le modifie au fur et à mesure.

➤ **Pensez-vous que cette démarche de BDK peut être mise en place chez les patients en fin de vie ?**

Elle peut être mise en place mais adaptée. On n'a pas un souci de progression, les ¼ du temps tu n'attends pas une récupération. On doit l'adapter à l'état de fatigue, les patients

s'épuisent très vite. Miser sur la douleur, le confort, ce qui va rassurer et donner une certaine satisfaction au patient c'est ça qui est important.

Donc il faut l'adapter. C'est toujours utile le BDK. Puisqu'on doit fonctionner comme ça et c'est un gain énorme dans l'activité du MK. Il nous donne une certaine autonomie. On ne le renie pas, on s'y accroche et on l'adapte toujours. Et dans ce cas ci je pense qu'il est utile mais à adapter.

On cible nos objectifs sur du fonctionnel comme en gériatrie. On regarde si la personne est autonome à la marche et marche sans risque de chute. Les objectifs peuvent être faits, ça dépend c'est au cas par cas. Parfois l'objectif est difficile à mettre en place. On est très tributaire du patient, et de ce qu'il veut bien nous donner ou non en temps. Les objectifs peuvent être par exemple : manger assis au fauteuil à tous les repas. Mais dans un soin palliatif tu n'imposes rien, tu suggères. Leur projet éventuel c'est parfois un retour à domicile. Il ne faut jamais tourner le dos au BDK, il faut toujours l'adapter. Ici, on est dans le fonctionnel, et le confort.

➤ **Quelles-sont (ou seraient) les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des bilans auprès de ces patients ?**

Le patient lui-même peut être une difficulté, c'est lié à son état, sa fatigue, ses envies.

Le soin palliatif demande une formation, ce n'est pas le même abord.

Parfois les demandes du service ne sont pas adaptées, pas en phase avec nos compétences. C'est important d'échanger, d'établir la clarté de notre rôle et de nos missions auprès de ces patients.

➤ **Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?**

Oui je le pense. A l'école il serait nécessaire de développer quelque chose sur les soins palliatifs et sur la gériatrie. L'abord d'un patient au-delà de 70 ans est totalement différent. Les bilans sont spécifiques, on adapte.

ENTRETIEN AVEC M. E (A PROPOS DU MK ET DES PATIENTS EN FIN DE VIE...)

Présentation :

- Age : 44 ans
 - Principales formations : formation initiale à l'IFMK de Strasbourg diplôme en 1987, en 2004 DEA et agrégation d'Italien, enseignement durant 2 années au lycée.
 - Parcours professionnel : exercice en centre de neurologie, puis en libéral, puis 9 ans en centre de rééducation, puis enfin à l'hôpital dans les services de neurochirurgie pendant 2 ans, et depuis septembre 2011 au SSR où les kinés interviennent en unité de soins palliatifs* le mardi et jeudi.
- * L'unité de soins palliatifs est composée de 25 lits avec l'ensemble du personnel médical et infirmier formé.

Entretien :

Nous allons nous pencher sur la prise en charge de la personne adulte, en fin de vie, communicante et non autonome :

➤ **Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?**

Quand on entre dans la chambre, le patient n'est pas seul en général, souvent il y a la famille. Il faut tout de suite prendre en compte l'ensemble patient-famille, évidemment s'adresser en priorité au patient mais intégrer la famille.

Ce qui est important c'est évidemment de se présenter, ils sont souvent douloureux, les bruits peuvent être mal vécus, ainsi que les voix nouvelles. Se présenter, on le fait en principe pour tout patient. Mais il faut être relativement, doux, être progressif mais ne pas être dans le pathétique. Il faut avoir un abord dans la présentation, l'approche du patient qui doit être très souple, essayer d'être serein. Leur expliquer donc qui on est. Certains peuvent s'épouvanter de leur dire qu'on vient parce que il y a eu une proposition médicale, mais on va intervenir que s'ils en ont envie.

Il faut essayer de faire passer quelque chose même si la communication est difficile, même parfois si le patient refuse tout acte, communiquer c'est important.

Je ne m'occupe pas de l'accompagnement vers la mort, je ne sais pas si c'est circonstanciel...Je vois des patients qui communiquent encore, certains qui peuvent être verticalisés, certains qui peuvent marcher. Parfois ça va très vite de la période où ils marchent et le décès. Mais je n'ai pas eu à prendre en charge des patients qui étaient vraiment tout à fait en fin de vie.

➤ **Effectuez-vous un bilan ?**

Le bilan est rapide :

- on lit le dossier médical, cohérence du patient et son orientation,

- on fait un bilan de la douleur, de l'état de fatigue,
- si indication respiratoire on va faire un examen détaillé.

Mais c'est plus un bilan global, fonctionnel :

- avec la mobilité dans le lit, mobilité fonctionnelle, des choses très simples.

Pour la douleur je me fie à ce que le patient dit sans utiliser d'échelle. On regarde la mimique.

On regarde s'il y a :

- des zones cutanées fragilisées, des escarres,
- des attitudes vicieuses, attitude antalgique....

Pensez-vous que cette démarche de BDK peut être mise en place chez les patients en fin de vie ?

Dans le fond ça reste valable. Mais il faut vraiment le raccourcir, sauter des étapes. Sur le fond oui c'est applicable, il n'y a pas de raison, on fonctionne de la même façon. C'est valable mais c'est quand même aussi très important de prendre en compte ce que le patient souhaite et a envie.

On peut se fixer des objectifs. En palliatif il n'y a pas tellement de progression, on sait que c'est des gens qui vont se dégrader. On a un objectif : apporter quelque chose pour le bien être. C'est sûr qu'en fonction de ce qu'on voit, du bilan on sait ce qu'on pourra éventuellement faire. Après ce n'est pas des choses qu'on réévalue régulièrement, on voit plutôt le déclin, qui est aussi une évaluation...La démarche reste valable, mais on est forcément moins rigoureux.

Souvent ils n'ont pas de projet, n'émettent pas de désirs. Si on ne décide rien pour eux, souvent ils seraient bien au lit quand il s'agit de faire un effort. D'où la difficulté d'établir des objectifs.

Quelles-sont (ou seraient) les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des bilans auprès de ces patients ?

Oui, il y a des difficultés. Lors de l'interrogatoire par exemple, car les patients ne sont pas parfois à même de répondre, parfois ils sont incohérents.

Quand on fait un bilan rapide moteur, ils ne comprennent pas forcément les mouvements, ou bien ça peut entraîner des douleurs articulaires, de la fatigue, et le patient alité peut perdre l'image motrice d'un mouvement. C'est sûr c'est difficile, le bilan est rapide.

Il y a des difficultés peut-être liées à un manque de formation de notre part aussi.

➤ Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?

Un bilan systématisé non, on a le bilan classique qu'on adapte en fonction du patient. L'abord psychologique dépend du vécu de chacun, des expériences au contact des patients, de l'intuition et de la sensibilité personnelle, de ses propres expériences de la vie. Les cours de psychologie sont très théoriques. Là, il s'agit de ressentir ce qu'il se passe avec le patient.

Oui il faudrait quelque chose pour des jeunes diplômés qui seraient amenés à travailler dans des services de soins palliatifs. Il faut également beaucoup parler avec les équipes, les infirmières, les aides soignantes.

ENTRETIEN AVEC MME F (A PROPOS DU MK ET DES PATIENTS EN FIN DE VIE...)

Présentation :

- Age : 46 ans
- Principales formations : formation initiale à l'IFMK de Nancy diplômée en 1986. DU douleur en 2002, stage de 3 jours en 2000 : « le bilan diagnostic » par Eric Viel.
- Parcours professionnel : SSR (19ans), puis au CHU pendant 3 ans puis au SSR depuis 2 ans qui comporte 50 lits dont 5 lits identifiés soins palliatifs et dont le personnel médical et infirmier n'est pas formé aux soins palliatifs et intervient par un système de roulement.

Entretien :

Nous allons nous pencher sur la prise en charge de la personne adulte, en fin de vie, communicante et non autonome :

➤ **Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?**

En soins palliatifs, je fais que si le patient veut, je ne m'impose pas. En général quand les patients sont en soins palliatifs, ils ne sont plus autonomes, et le maintien à domicile est impossible.

Ce qui nous complique fortement la tâche nous, c'est toutes les perf', les pacs et tout ça.

Je les aborde plus sur la discussion, ce qu'ils font et ce qu'ils ont envie. C'est eux qui choisissent leur objectif. On n'a pas un objectif de retour à domicile. Quand un patient est en opposition, on arrête.

En unité palliative, on est les seuls professionnels à avoir une vision dynamique. L'autre partie de l'équipe a vraiment une vision d'aider à la fin de vie, au passage, c'est beaucoup plus psychologique. Et des fois, le patient ça lui fait du bien d'avoir un objectif plus dynamique. Le seul problème c'est d'éviter de les mettre en échec, essayer d'avoir un micro objectif. On est très dans le ressenti et le fonctionnel.

➤ **Effectuez-vous un bilan ?**

Non je n'en fais pas. En fait si, ne serait-ce que de regarder la mobilité sur le plan du lit c'est un bilan. Mais à ma connaissance il n'y a pas de bilan adapté puisque c'est vraiment une observation basique de ce qu'il peut faire. On rejoint les grosses hémiplegiques sur des personnes âgées. Je regarde déjà :

- s'il bouge,
- au niveau de la force musculaire,
- il faut se renseigner par rapport à tout ce qui est métastase.

Je prends en compte aussi :

- l'absence de douleur, les prises de traitement antalgique,
- l'équilibre assis, puis les transferts si possible.

Des fois à la première séance il ne se passe rien, on fait que de se présenter, on propose. Avant toute séance, il faut s'assurer auprès du service comment est le patient. L'intérêt du bilan est limité parce qu'on n'a pas un objectif de progression. Un vrai bilan codifié a un

intérêt parce qu'on rentre dans une normalité. Par exemple, l'épreuve de marche, le Get up and go test avec un score. Mais ici, on a un objectif de confort.

On utilise une EVA, ou à la limite on pourrait utiliser une échelle de qualité de vie...notre objectif est sur une globalité, une amélioration de la qualité de vie.

➤ Pensez-vous que cette démarche de BDK peut être mise en place chez les patients en fin de vie ?

Oui, mais ça dépend à qui on veut communiquer, pour communiquer avec des confrères non. C'est bien pour communiquer avec des « non kiné », parce qu'on va explorer vraiment de manière différente et pas du tout cotée.

Le BDK d'une façon générale est réducteur pour notre outil de progression, on s'intéresse à trop peu de chose. On le fait au début mais au quotidien t'explores que le locomoteur ce qui est très réducteur.

En palliatif ce n'est pas une réponse technique qu'on doit apporter, et c'est tellement différent d'un patient à l'autre. On n'arrive pas toujours à fixer des objectifs. Après non on ne peut pas dire qu'on se fixe des objectifs quand on est dans une maladie très évolutive, il se pose toujours le problème de progression. Les projets peuvent être simples, aller au WC seul, faire un transfert, c'est des petits objectifs mais qui sont importants.

➤ Quelles-sont les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des bilans auprès de ces patients ?

Arriver à trouver le bon créneau pour intervenir par rapport à l'équipe soignante.

Souvent le patient est abattu par les traitements et par le pronostic.

L'environnement du patient nous limite vraiment : faire marcher quelqu'un avec les perf^s, la sonde urinaire ce n'est pas toujours évident. C'est très important de maintenir les acquis.

Pour le personnel faire la part des choses c'est dur car il ne choisi par forcément quand il vient ici, de travailler en soins palliatifs.

Même spontanément on ne choisirait pas les soins palliatifs. Quand on en fait, t'aime ou pas.

Quand on dit qu'on fait de la kiné en soins palliatifs, ce n'est pas forcément ton terrain de jeu.

Ce qui justifie notre intervention ce serait montrer qu'on a un impact sur la qualité de vie.

➤ Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?

Non, le problème d'un bilan spécifique, c'est qu'il y a plein de niveaux physiques différents d'un patient à l'autre, et de pathologies différentes. On utilise les mêmes outils habituels qu'on adapte. Il n'y a pas de spécificité au point de créer un outil.

Il faudrait autre chose ...l'écoute, c'est un état d'esprit, il faut s'éloigner de la version technique du kiné. On reste dans un soin technique parce qu'on a un arsenal technique. Mais on n'est plus dans la technicité où on a un problème et on apporte une réponse. Ça rejoint un peu la prise en charge d'un patient douloureux parce que ta réponse apportée ce n'est pas toujours ce que veut le patient. Il n'a pas forcément envie de se lever et de marcher même si il peut. Il faut arriver à le sentir. C'est beaucoup une question de personnalité du thérapeute.

ANNEXE V : GRILLES ET GUIDES D'ENTRETIEN

- . Grille et guide d'entretien de M. A à propos du bilan 10 points

- . Grille et guide d'entretien à propos du MK et du patient en fin de vie

Grille d'entretien **M. A****date :****heure :****lieu :****Durée :****Age :**

Questions	Reponses
1) Quel est votre parcours professionnel ?	
2) Quelles sont vos actions au sein de l'IFMK de Nancy et d'autres écoles?	
3) Que pensez –vous du rôle du BDK au sein de la profession ?	

<p>4) Pour vous, quelle est l'importance du bilan 10 points ?</p>	
<p>5) Lors de votre carrière avez-vous été confronté à des patients en fin de vie ?</p>	
<p>6) Pensez-vous que le bilan 10 points peut-être mis en œuvre face à des patients en fin de vie ?</p>	

<p>Autres, remarques... abordées pendant l'entretien :</p>	
--	--

Guide d'entretien de M. A

A propos du bilan 10 points...

Présentation : (questions 1 et 2)

- IFMK, formations, carrière professionnelle,
- interventions en tant qu'enseignant
- âge

Le BDK : (question 3) Le BDK d'un point de vue législatif est incontournable, que pensez – vous du rôle du BDK au sein de la profession ?

- les objectifs du BDK
- place du BDK dans la pratique kiné (son rôle avec la qualité de prise en charge)

Le bilan 10 points : (question 4- 5) Le bilan 10 points est abordé dès la première année lors des cours pratiques, et est approfondi en 2^{ème} année. Pour vous, quelle est l'importance du bilan 10 points ?

- ses adaptations en pratique (les points principaux en fonction de la pathologie, de la phase...)
- .les inconvénients et les avantages de ce bilan
- son champ d'application (traumatologie, rhumatologie) :

.peut-il être appliqué dans d'autres domaines que la rhumatologie, traumatologie

Bilan 10 points et fin de vie : (questions 5 et 6) Le MK peut être amené à rencontrer des patients en fin de vie à l'hôpital, dans certains services de SSR ou encore au domicile des patients. Lors de votre carrière avez-vous été confronté à des patients en fin de vie ?

- pratique personnelle et patients en fin de vie, conditions de la prise en charge (lieux, en soins palliatifs ou non, mise en œuvre d'un bilan, si oui lequel ?

- opinion personnelle par rapport aux modalités d'application du bilan 10 points à des patients en fin de vie (dégager les points forts et faibles du bilan)

Grille d'entretien à propos du MK et des patients en fin de vie...**Date :** **Heure :** **Lieu :** **Durée de l'entretien :****Nom :** **Prénom :****Age :**

1) Pouvez -vous vous présenter, ainsi que l'établissement dans lequel vous travaillez?	
Nous allons nous pencher sur la prise en charge de la personne adulte, en fin de vie, communicante et non autonome : 2) Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?	

<p>3) Effectuez-vous un bilan ?</p> <p>Si oui, lequel ?</p> <p>Quels points de bilans prenez-vous en compte ?</p>	
<p>4) Pensez-vous que cette démarche de BDK peut être mise en place chez les patients en fin de vie ?</p> <p>Etablissez- vous des objectifs de traitement ?</p>	

<p>5) Quelles-sont (ou seraient) les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des bilans auprès de ces patients ?</p>	
<p>6) Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?</p>	

Guide d'entretien MK en soins palliatifs :

Présentation :

- carrière professionnelle : IFMK, date du diplôme, formations (soins palliatifs), nombre d'années travaillées en soins palliatifs
- présentation de l'établissement : création du service, nombre de lits identifiés, composition de l'équipe soignante

MK et fin de vie : Le MK semble avoir toute sa place en soins palliatifs.

- approche relationnelle
- les principes de traitement : confort, qualité de vie,
- rôle au sein de l'équipe soignante : la place dédiée au MK, ses spécificités par rapports aux autres professionnels

L'abord du patient en fin de vie : Nous allons nous pencher sur la prise en charge de la personne adulte, en fin de vie, communicante et non autonome.

- Comment abordez-vous ces patients en fin de vie ?
- les spécificités, les éléments marquants de la personne en fin de vie
- éventuels points de bilan évoqués (dossier médical, anamnèse, inspection palpation...)

Le bilan, le BDK :

- Quel type de prise en charge mettez-vous en place?

- ✓ Etablissez- vous des objectifs de traitement ?
- à partir de quels éléments (déficiences, incapacités, diagnostic kiné ?) objectifs à cours et moyen terme ? (projection du traitement dans le temps)

- ✓ Effectuez-vous un bilan ?
- Si oui, lequel ? Les éléments évalués, les modalités de mise en œuvre
- Si non, pourquoi ?

- Si l'on devait malgré tout effectuer un bilan, quels éléments vous sembleraient judicieux d'évaluer et de prendre en compte?

Les difficultés de cette prise en charge : Peu de MK sont présents en soins palliatifs malgré sa place légitime.

- Quelles-sont les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patients ?
 - difficultés émotionnelles, confrontation avec la mort, sentiment d'impuissance
 - difficultés techniques (temps, organisation des soins, limites du traitement MK...)
 - déficit de formation
-
- Pensez-vous qu'un bilan spécifique, adapté et enseigné aux étudiants faciliterait l'abord de ces patients?

ANNEXE VI : LE TEST MOTEUR MINIMUM

DÉCUBITUS

- Se tourne sur le côté : non = 0 oui = 1
- S'assied au bord de la table d'examen : non = 0 oui = 1

POSITION ASSISE

- Équilibre assis normal (absence de rétropulsion) : non = 0 oui = 1
- Incline le tronc en avant : non = 0 oui = 1
- Se lève du fauteuil : non = 0 oui = 1

POSITION DEBOUT

- Possible : non = 0 oui = 1
- Sans aide humaine ou matérielle : non = 0 oui = 1
- Station bipodale yeux fermés : non = 0 oui = 1
- Station unipodale avec appui : non = 0 oui = 1
- Équilibre debout normal (absence de rétropulsion) : non = 0 oui = 1
- Réactions d'adaptation posturale : non = 0 oui = 1
- Réactions parachute :
 - * membres supérieurs avant : non = 0 oui = 1
 - * membres inférieurs avant : non = 0 oui = 1
 - * membres inférieurs arrière : non = 0 oui = 1

MARCHE

- Possible : non = 0 oui = 1
- Sans aides humaines ou matérielles : non = 0 oui = 1
- Déroulement du pied au sol : non = 0 oui = 1

- Absence de flexum des genoux : non = 0 oui = 1
- Équilibre dynamique normal (absence de rétropulsion) : non = 0 oui = 1
- Demi-tour harmonieux : non = 0 oui = 1

TOTAL = /20

D'après : Camus A, Mourey F, D'Athis P, Blanchon MA, Martin-Hunyadi C, De Rekeneire N et al. Test moteur minimum. Rev Gériatr 2002;27(8):645-58.(45)

(Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile HAS/Service des recommandations professionnelles/Avril 2005)

ANNEXE VII : ARBRE DECISIONNEL

(Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile HAS/Service des recommandations professionnelles/Avril 2005)

[...] Pour évaluer les capacités fonctionnelles d'équilibre et de marche, le groupe de travail recommande d'utiliser systématiquement en début de prise en charge le test du lever, marcher 3 mètres, demi-tour et retour en position assise chronométré *timed up and go* (TUG) et le test moteur minimum (TMM). En fonction des résultats, des tests complémentaires sont recommandés (*figure 1*) :

- si le TUG est réalisé en plus de 30 secondes et le TMM est inférieur à la note 15 : L'évaluation est complétée par un examen des chevilles et des pieds, et secondairement par un test de double tâche à la marche et la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres. Les possibilités d'adaptation à l'effort sont évaluées par la prise de pouls. Les tests d'anticipation posturale servent secondairement pour orienter les exercices ;
- si le TUG est inférieur à 30 secondes et le TMM supérieur à 15 : le test de Tinetti est recommandé avec la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres et le test de double tâche. Les tests d'endurance de 6 minutes et de force musculaire globale « d'assis debout 30 secondes » permettent d'évaluer la progression. Des tests musculaires et articulaires plus spécifiques ne sont utilisés que secondairement dans le cas où l'observation du mouvement fonctionnel aura mis en évidence un déficit localisé.

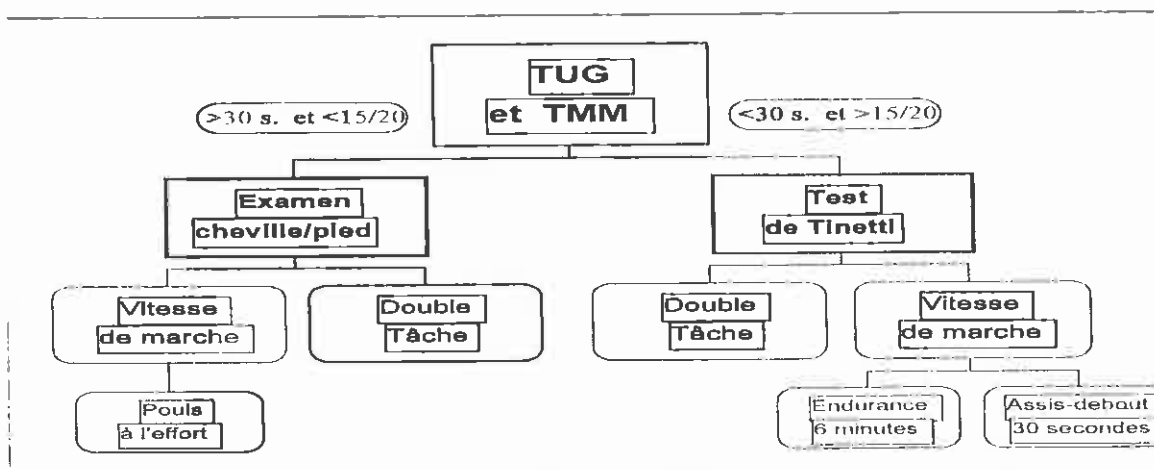
Lorsqu'au domicile la distance de 10 mètres n'est pas disponible, la mesure de la vitesse de marche peut se faire sur 6 mètres.

La réalisation d'un nombre maximal d'enchaînements assis-debout est recommandée pour évaluer globalement la force des membres inférieurs lorsque les possibilités d'adaptation à l'effort le permettent et s'il n'existe pas de syndrome de désadaptation psychomotrice. La pertinence de mesures articulaires plus analytiques (flexum de hanche et/ou de genou) et

musculaires est appréciée par le masseur-kinésithérapeute. Par ailleurs, la mesure de l'amplitude de la tibio-tarsienne nécessite un examen systématique en raison de son impact sur les stratégies posturales.

L'évaluation de l'environnement humain et matériel complète ces données.

Figure 1 : Arbre décisionnel dans l'évaluation des fonctions motrices chez le sujet âgé



ANNEXE VIII : BILAN 8 POINTS

Bilan 8 points:

- 1- Dossier médical
- 2- Douleur (EVA)
- 3- Cutané, trophique
- 4- Evaluation globale des amplitudes
articulaires
- 5- Evaluation globale de la force musculaire
- 6- Bilan fonctionnel (TMM)
- 7- Bilan psychologique
- 8- Bilan respiratoire