

## **Ethique ou non éthique : tout est dans la question... (à propos de pratiques de kinésithérapeutes en réanimation)**

**Marc Antonello, Hôpital Antoine Bécère - Clamart**

### **L'éthique en santé, plus utilitaire que morale.**

D'après Littré, l'éthique est la science de la morale, l'art de diriger la conduite. Aujourd'hui, elle tend à remplacer la morale elle-même puisque nous vivons dans l'ère du pluralisme et qu'il existe de moins en moins de valeurs communes, qu'elles soient religieuses, philosophiques ou sociales. Au pire, certaines formes d'individualisme ou de communautarisme (sectaires ou liées à des pratiques sociales), qu'il est politiquement correct de prendre en compte, viennent encore compliquer la réflexion éthique.

Persiste pourtant la nécessité de s'accorder sinon sur la pensée ou les valeurs, du moins sur ce qu'il convient de faire, d'autant que l'enjeu des pratiques médicales peut approcher la survie ou la mort. L'éthique devient alors « utilitaire », « procédurale ». Par ailleurs, elle est extrêmement évolutive et précaire car plus souvent liée à des changements chaotiques et brutaux de pratiques sociales qu'au développement de courants de pensée (à l'inverse de débats plus anciens qui, par exemple, ont progressivement substitués les droits de l'homme aux préceptes religieux). La rapidité du développement des connaissances médicales et l'évolutivité de la technologie accélèrent encore le processus dans le domaine de la santé. On est plus dans la réaction que dans la réflexion prospective.

L'éthique est par essence arbitraire puisqu'elle résulte d'un processus de négociation où tous les points de vue doivent être respectés et pris en compte pour être mieux dépassés puis permettre l'élaboration d'une décision collective.

### **L'éthique, individuelle et/ou collective ?**

Citant un grand ancien, le président du conseil national de l'ordre des médecins déclarait récemment que l'éthique résulte de la rencontre entre une confiance (celle du patient) et une conscience (celle du soignant). Un tel rapport oriente vers une éthique tant individuelle que collective qui permette d'en assumer la pleine responsabilité. Dans ce cas, "l'éthique soutient la pensée à la quête du bon soin, elle est l'architecture tacite qui porte la stratégie thérapeutique" (C Vinçon).

Penser à ce qu'on dit ou ce qu'on fait est une condition nécessaire de la conscience et de l'attitude morale. Cet « usage de soi » permet de prendre position donc de donner du sens à ses pratiques professionnelles.

Lorsque le projet thérapeutique est multidisciplinaire, seule la confrontation et la négociation de ses propres valeurs avec celles des autres professionnels permettront de déterminer un sens commun à l'action collective.

C'est fréquemment le cas en réanimation lorsqu'il s'agit de décider de ne pas réanimer ou d'instaurer une prise en charge palliative. Il existe donc une responsabilité de chaque kinésithérapeute dans l'élaboration de cette décision.

Mais c'est aussi le cas lorsque le pronostic en termes de dépendance rend vraisemblable une modification du projet de vie du patient. Garantir que le choix du patient ou de ses proches puisse être réellement éclairé passe par une information la plus complète et la plus claire possible. Or les kinésithérapeutes ont souvent un rôle majeur dans l'élaboration d'un pronostic d'autonomie fonctionnelle à moyen ou long terme.

Enfin, certaines décisions thérapeutiques à court terme comme, par exemple, d'extuber un patient ou, au contraire, de prolonger la ventilation mécanique peuvent être

largement influencées par l'évaluation que le kinésithérapeute fera de la capacité d'un patient à gérer l'encombrement bronchique.

### **Démarche diagnostique, projet, évaluation : clefs d'un positionnement éthique**

Mener une réelle démarche diagnostique (du diagnostic médical au diagnostic kinésithérapique) donne les moyens d'argumenter une représentation particulière et ayant du sens du projet des soins.

L'évaluation y est centrale :

- évaluation de sa propre compétence dans la capacité :
  - ✓ à prendre en compte souffrance et demande du patient
  - ✓ à poser un pronostic et à en réévaluer régulièrement la pertinence
  - ✓ à disposer de réponses technologiques adaptées aux besoins
- évaluation de la capacité de l'équipe de kinésithérapie à répondre aux besoins en quantité et/ou qualité (urgence, continuité des soins ...)

Aussi, pour construire sa démarche, le praticien devra-t-il d'abord fonder sa réflexion et ses options thérapeutiques sur une réalité scientifique validée, actualisée puis confrontée à ses propres opinions. Ceci rend indispensables information et formation permanentes par la lecture de revues professionnelles et/ou la participation aux colloques, congrès et séminaires.

Lorsque aucune recommandation professionnelle ou recherche clinique ne guide le choix, la réflexion éthique impose au moins de comparer le risque de faire à celui de ne pas faire (entre trop et trop peu) et celui de faire d'une façon plutôt que d'une autre. Bien sur, l'hypothèse, l'intuition pratique devront, à terme, être vérifiées par une recherche clinique rigoureuse pour enrichir le patrimoine commun et permettre d'établir de nouvelles recommandations.

Prenons pour exemple une prescription de kinésithérapie respiratoire chez un patient bronchopathe chronique qui décompense une insuffisance respiratoire chronique à la suite d'une infection bronchique. La problématique de prise en charge se situe en général dans la capacité des muscles respiratoires à supporter une charge de travail accrue liée, en particulier, à l'augmentation des résistances bronchiques par inflammation et encombrement. Le seul traitement possible a longtemps été l'intubation endotrachéale qui permet non seulement la ventilation mécanique pour soulager les muscles respiratoires mais aussi l'aspiration. En effet, l'incapacité fonctionnelle des muscles respiratoires rend souvent difficile un désencombrement efficace par une kinésithérapie respiratoire traditionnelle. Pourtant, ce choix présente de nombreux risques pour le patient et la première intubation altère statistiquement le pronostic en termes de survie à l'issue de la réanimation. Face à ce dilemme, l'alternative de la ventilation non invasive (VNI) s'est progressivement imposée et, parallèlement, les kinésithérapeutes ont vu leur responsabilité croître car de leur compétence à gérer l'encombrement dépend en partie la réussite de la VNI (sans parler du rôle qui leur est parfois dévolu dans l'instauration de la technique elle-même). Il ne s'agit plus dès lors d'appliquer une kinésithérapie routinière et protocolaire mais d'en évaluer précisément et en permanence l'efficacité. C'est aussi être capable d'en reconnaître les limites et d'en informer objectivement le prescripteur pour qu'il modifie éventuellement le projet thérapeutique global. Ne voir que cet aspect serait par ailleurs réduire le problème à sa seule dimension technique. Or la relation privilégiée entre le malade et le kinésithérapeute permet aussi de prendre en compte le choix et le confort du patient dans la négociation.

Enfin, l'attitude éthique guide vers l'organisation d'un système assurant une réelle continuité dans la réponse à la demande de soins. La réanimation est, là encore, exemplaire lorsqu'on connaît les risques d'une ventilation mécanique prolongée,

prolongation parfois due à l'absence de kinésithérapie respiratoire le soir ou le week-end. Cet exemple met aussi en lumière la nécessaire responsabilité morale des acteurs du système de santé par rapport au surcoût éventuel de tels aléas pour la collectivité.

Le choix d'un geste peut à lui seul faire l'objet d'une telle réflexion comme par exemple, l'aspiration endotrachéale de patients non intubés. En effet, ce geste présente des risques majeurs en termes de complications immédiates (malaise vagal par exemple) ou à moyen terme (lésions des voies aériennes supérieures ou de la trachée, infections nosocomiales) même s'il peut s'avérer indispensable dans les conditions précédemment citées pour « passer un cap ». C'est, par ailleurs, un geste qui crée des souffrances incontestables dont la justification peut être questionnée à tout moment, y compris lors d'une prise en charge palliative. Il ne se justifie alors que lorsque l'étouffement non maîtrisé par des drogues adéquates crée des souffrances encore plus intenses. Sa systématisation aveugle serait en conséquence un non sens, par là même éthiquement contestable mais ne pas l'utiliser n'est probablement pas plus raisonnable.

### **La personne soignée ne se résume ni à sa maladie, ni à l'idée que peut s'en faire le soignant**

Reconnaître autrui dans son humanité et son altérité est un exercice éminemment difficile qui demande beaucoup d'humilité, d'attention et d'empathie mais aussi d'audace et de courage. En effet, cette tentative de rencontre est une grosse prise de risque car l'autre ne se livre pas si facilement. Le premier mouvement est plus d'approcher une maladie qu'une personne souffrante. De plus nous évaluons souvent la réalité du patient à travers le prisme de nos propres convictions. Une approche qui prend mieux en compte la personne et ce qu'elle souhaite est celle de l'évaluation de la qualité de sa vie par le patient lui-même, sans la réduire à l'impact de la maladie comme trop souvent dans les outils proposés en médecine mais en considérant l'état de santé comme un état de bien être multidimensionnel.

Ainsi, le patient n'est plus seulement considéré en « moins » mais avec des « plus » qui peuvent servir un projet de réhabilitation au sens de « redevenir capable de ». Par ailleurs, le comportement des soignants doit refléter vraiment ce souci : rechercher l'expression du ressenti de l'autre devient essentiel pour ne pas s'attacher à la seule certitude de son propre vécu. La question n'est plus seulement de savoir si je respecte l'autre mais de s'assurer que l'autre en a pleine conscience. Ainsi la rencontre de deux consciences permet de créer la confiance.

***Article publié dans la revue Kinérea, 2004, n° 40, 41-2, reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur et des responsables de la revue.***