MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION LORRAINE

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

DE NANCY

# Formation initiale en soins palliatifs et kinésithérapie : enquête auprès des étudiants de l'ILFMK de Nancy

Mémoire présenté par Claire JOLY

étudiante en 3ème année de masso-kinésithérapie

en vue de l'obtention du Diplôme d'État

de Masseur-Kinésithérapeute.

2014-2015.

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

C.I.S.P.A.D. : Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur

C.H.R. : Centre Hospitalier Régional

CO.LOR.D.S.P.A. : COordination LORraine Douleur Soins Palliatifs et Accompagnement

D.P.C. : Développement Professionnel Continu

D.I.U.S.P. : Diplôme Inter Universitaire de Soins Palliatifs

D.U.S.P. : Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs

H.A.D. : Hospitalisation A Domicile

H.P.S.T. : Hôpital Patients Santé et Territoires

I.F.M.K. : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

I.L.F.M.K. : Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie

M.K. : Masseur-Kinésithérapeute

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.A.C.E.S. : Première Année Commune aux Etudes de Santé

S.F.A.P. : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

S.P. : Soins Palliatifs

T.D. : Travaux Dirigés

**SOMMAIRE**

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION ..... 1
2. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE ..... 2
2.1. Méthode de recherche bibliographique ..... 2
2.1.1. Problématique posée ..... 2
2.1.2. Mots clés choisis ..... 2
2.1.2.1. Principaux ..... 2
2.1.2.2. Secondaires ..... 3
2.1.3. Moteurs de recherche utilisés ..... 3
2.1.4. Résultats ..... 3
2.2. Les soins palliatifs ..... 3
2.2.1. Définition ..... 3
2.2.2. La place de la mort dans la société ..... 4
2.2.3. Les lieux de prise en charge ..... 5
2.2.4. Le cadre législatif ..... 6
2.3. La masso-kinésithérapie en soins palliatifs ..... 7
2.3.1. La réglementation ..... 7
2.3.2. Quel rôle et quelle place ? ..... 7
2.3.3. Les actes rencontrés en soins palliatifs ..... 9
2.4. Les formations en soins palliatifs ..... 11
2.4.1. La formation initiale ..... 13
2.4.2. La formation continue ..... 14
3. MATÉRIEL ET MÉTHODE ..... 15
3.1. Contenu de la formation ..... 15
3.1.1. Intervention proposée ..... 15
3.1.2. Intervenants ..... 15
3.1.3. Programme de la journée ..... 16
3.2. Population interrogée ..... 16

3.3. Elaboration des questionnaires ..... 16
3.4. Collecte des données ..... 18
3.5. Saisie et exploitation des données ..... 18
3.6. Traitement statistique ..... 18
4. RÉSULTATS ..... 19
4.1. La population étudiée et leur représentation des soins palliatifs ..... 19
4.2. L'intérêt pour la formation et les attentes de la population ..... 20
4.3. Les connaissances en soins palliatifs ..... 22
4.4. Les situations de soins palliatifs ..... 23
4.5. La pratique masso-kinésithérapique en soins palliatifs ..... 24
5. DISCUSSION ..... 26
5.1. Analyse des résultats ..... 26
5.2. Les biais de l'étude ..... 28
5.3. Limite de l'étude ..... 29
6. CONCLUSION ..... 30

**RÉSUMÉ**

Les soins palliatifs se posent comme une discipline nouvelle dans le champ de la médecine et de la masso-kinésithérapie, leur développement reste cependant disparate et très peu connu des professionnels de santé. Des publications propres à notre profession abordent de plus en plus ces soins dont le développement est prévisible de part leur intérêt de santé publique. Face à l'essor des soins palliatifs, il nous est paru important de s'interroger sur la pertinence d'une formation spécifique en école de masso-kinésithérapie et l'impact d'une telle formation sur les connaissances des étudiants. Nous avons donc proposé un questionnaire avant et après la formation dispensée à l'ILFMK de Nancy. Il a été distribué aux étudiants de dernière année afin d'objectiver chez ces étudiants la perception, la connaissance et l'appréhension de patients en soins palliatifs. Cette étude montre que l'ensemble des connaissances des étudiants et la perception des patients a été amélioré suite à la formation, leur perception des soins palliatifs a elle évolué vers une image davantage fidèle à leur définition. Cependant, certains aspects questionnés n'ont pas présenté de différences significatives, c'est le cas de l'implication émotionnelle en lien avec la pratique masso-kinésithérapique. Au vu de cette étude nous pouvons préconiser certaines modifications dans le but de parfaire cette journée de formation. Il s'agirait d'envisager davantage de cas pratiques, de témoignages et une extension du volume horaire de celle-ci.

**Mots clés** : Masso-kinésithérapie, soins palliatifs, formation initiale

**Keywords** : Physical therapy, palliative care, training program

## 1. INTRODUCTION

La réflexion sur la prise en charge de la fin de vie s'impose souvent à la suite d'événements personnels touchant les proches. Le ressentiment qui est parfois vécu lorsque la personne ne bénéficie pas de soins palliatifs appropriés est celui d'une prise en charge insuffisante et non aboutie. Pour le futur professionnel de santé il est donc essentiel de connaître les soins palliatifs et toutes les possibilités que ceux-ci peuvent offrir aux patients et à leur famille.

En France les soins palliatifs ont commencé à se développer à partir des années 1970, pour devenir une préoccupation de santé publique dans les décennies suivantes. L'espérance de vie sans cesse croissante amenant une population vieillissante et l'émergence des diagnostics de maladies incurables ont poussé les pouvoirs publics à s'interroger à ce sujet. Ainsi la reconnaissance des soins palliatifs a été officialisée par Madame la ministre Michèle Barzach, et nombres de lois et de rapports d'Etat ont suivi. Le développement des soins palliatifs reste cependant disparate en France et beaucoup reste à faire pour réduire les inégalités territoriales et informer la population sur les possibilités de prise en charge.

La masso-kinésithérapie s'intègre dans ce processus de prise de charge pluridisciplinaire et a un rôle propre à jouer notamment sur la prise en charge de la douleur, de l'autonomie et des autres symptômes rencontrés en soins palliatifs. Cependant, peu de professionnels et d'étudiants envisagent de travailler dans ce domaine, le manque d'envie, de temps, d'informations et de formation ont souvent été cités comme les causes de ce désintérêt. Ce mémoire est axé sur le manque de formation initiale des étudiants en masso-kinésithérapie. Les hypothèses sont qu'une formation initiale pour des étudiants de 3ème année a un impact sur la perception, la connaissance des soins palliatifs et sur l'appréhension des étudiants vis-à-vis de ces patients. Pour vérifier ces hypothèses, nous avons décidé d'administrer un questionnaire avant et après une journée de formation en soins palliatifs, proposée pour la seconde année au sein de l'ILFMK de Nancy. L'objectif de ce mémoire est d'éprouver si une journée de formation initiale permet aux étudiants de mieux appréhender les soins palliatifs, tant au niveau des connaissances que de leur perception.

# 2. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

## 2.1. Méthode de recherche bibliographique

### 2.1.1.Problématique posée

Ce mémoire pose le questionnement de l'impact d'une formation initiale en soins palliatifs sur la perception, la connaissance et l'appréhension de patients en soins palliatifs par des étudiants en masso-kinésithérapie de 3ème année. Trois thématiques ont donc été abordées pour renseigner à la fois la connaissance du sujet de la formation, le public visé et les modalités des enseignements. Il s'agit des soins palliatifs, de la kinésithérapie associée et de l'éducation dans ce domaine.

### 2.1.2.Mots clés choisis

#### 2.1.2.1. Principaux

Des mots clés génériques en langue française et en langue anglaise ont été choisis pour initier la recherche bibliographique. Ils sont présentés dans le tableau I.

**Tableau I : Mots clés principaux**

| Français | Anglais |
|---|---|
| Soins palliatifs<br>Soins de fin de vie<br>Médecine palliative | Palliative care<br>Palliative surgery |
| Masso-kinésithérapie<br>Kinésithérapie | Physiotherapy<br>Physical therapy |
| Formation<br>Formation initiale<br>Education | Training program<br>Education |

Dans un premier temps les mots clés relatifs aux soins palliatifs ont été recherchés, puis ont été associés à ceux de la kinésithérapie avec l'utilisation du « et ». Enfin à cette recherche ont été associés les mots clés touchant à l'éducation avec l'utilisation du « et ».

Le tableau récapitulatif de cette recherche de première intention est présenté dans l'annexe I.

2.1.2.2. Secondaires

Pour affiner la recherche, d'autres mots clés ont été utilisés pour aborder des notions plus spécifiques comme le deuil, l'écoute, l'accompagnement, l'éthique. Ces mots ont été associés au mot clé « soins palliatifs » uniquement.

2.1.3.Moteurs de recherche utilisés

Les différentes bases de données utilisées pour ce travail ont été les suivantes : Medline PEDro, RééDOC, EM consulte, Kiné doc, The cochrane library.

2.1.4.Résultats

Une première sélection de la documentation a été réalisée selon la pertinence du titre en rapport avec les thématiques associées. Une seconde sélection sur ce premier tri a ensuite été effectuée à la lecture des résumés. Enfin, seuls certains documents ont été effectivement retenus dans le présent rapport. Divers documents suggérés par l'encadrant sont venus compléter cette recherche. La recherche de textes de lois, de décrets, de recommandations a été effectuée *via* le moteur de recherche Google. Enfin des sites internet dédiés tels que celui de la SFAP et Vigipalia ont fourni des données complémentaires sur les soins palliatifs en France. Une recherche en bibliothèque a été effectuée à la faculté de médecine de Nancy et à Réédoc au sein de l'institut régional de réadaptation. La recherche bibliographique initiale couvrant la période de publication de janvier 2004 à août 2014 a été abondée par une veille documentaire pendant la réalisation de ce mémoire.

## 2.2. Les soins palliatifs

2.2.1.Définition

Selon la définition proposée par l'OMS en 2002, « Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. [...] » [1].

Cette définition modifie la précédente de 1999. Elle est l'aboutissement d'un processus évolutif des soins palliatifs. Elle introduit les notions de soutien à la vie et d'équipe pluridisciplinaire. Le soulagement de la souffrance et de la douleur est notamment mis en avant. Dans cette définition, le malade est qualifié de patient ce qui souligne la prise en charge globale. En terme de pathologie, la définition se rapporte à l'ensemble des pathologies potentiellement mortelles et non plus essentiellement aux cancers. Ce dernier point élargit le champ de compétences des soins palliatifs. Enfin, la prise en charge de la famille est réaffirmée dans cette nouvelle définition et donne une place à l'assistance au deuil et non plus seulement un soutien durant la maladie de leur proche.

La profession de masso-kinésithérapie est directement concernée par cette définition. En effet les compétences propres à la profession s'appliquent notamment aux différents traitements de la douleur et des problèmes physiques. Cela permet aux patients de vivre activement jusqu'à la mort et d'apporter un soutien via l'équipe pluridisciplinaire.

2.2.2.La place de la mort dans la société

La question des soins palliatifs et de la fin de vie, nous interroge nécessairement sur la notion et la perception de la mort en tant qu'individu, mais aussi en tant que professionnel de santé.

La naissance et la mort font partie intégrante de notre vie et la définissent, sans naissance il n'y a pas de vie, sans mort la vie perd son sens. Dans notre société la question de la mort reste taboue, très peu en parlent ouvertement et certains sont dans l'incapacité même d'en parler, le mot « mort » effraie. Avec le recul de la religion [2], « la mort » est maintenant entre les mains de la science et de la médecine. La mort étant davantage vue comme un échec de la médecine plutôt qu'une fin inéluctable. L'approche en soins palliatifs est à l'inverse de ce principe et développe une alternative à cette vision négative.

Les débats sur la fin de vie et l'euthanasie, mis en exergue par des affaires judiciaires telles que l'affaire Vincent Lambert ou encore Vincent Humbert, se développent et poussent l'individu à se poser les questions sur leur propre fin de vie et à prendre une position souvent tranchée sur l'euthanasie. Au-delà des questions que les débats impliquent, il est bon de souligner que la politique et la justice s'impliquent dans ce domaine personnel qu'est la fin de vie [3].

Pour le personnel soignant et les bénévoles, la mort fait partie intégrante de leur travail, sans possibilité de faire abstraction de celle-ci. Travailler en soins palliatifs c'est alors se confronter à la mort certaine de son patient, ce qui renvoie à l'image de sa propre mort [4]. C'est la réelle difficulté de ce travail, il est alors nécessaire de trouver des moyens d'entraide et de soutien dans les équipes [5]. Pour beaucoup, la confrontation à la mort et à celle des patients est vue comme une succession d'échecs ; expliquant en partie le peu de professionnels enclins à vouloir travailler dans ces services. Il est donc essentiel que le futur professionnel ait l'occasion de l'évoquer dans le cadre de sa formation pour avoir un éclairage différent sur cette notion.

2.2.3.Les lieux de prise en charge

Les soins palliatifs peuvent concerner toutes les personnes atteintes d'une maladie grave et évolutive, ou en phase terminale, leurs familles et leurs proches. En 2008 d'après un rapport de l'observatoire national de fin de vie, il a été estimé que près de 320 000 personnes décédées pouvaient relever d'une prise en charge en soins palliatifs chaque année, ce qui représente 60% des décès totaux en France. De plus, d'après les estimations, en 2040, 10 millions de français auront 75 ans ou plus, contre « seulement » 5,2 millions en 2009 [6]. Le développement des SP apparait donc dans ce contexte comme une nécessité.

Les patients peuvent alors être pris en charge au sein de l'hôpital, via les unités de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs et les lits identifiés ou non en soins palliatifs ; ou alors à domicile par le biais des dispositifs de service d'hospitalisation à domicile et des réseaux de soins palliatifs ; ou encore au sein des établissements médico-sociaux. Cette offre de soins à comme objectif de répondre au mieux aux différentes situations de SP qui peuvent se rencontrer.

Il est essentiel que les professionnels de santé aient connaissance de ces différentes modalités de prise en charge pour pouvoir informer le patient et la famille de ces différentes possibilités.

Du côté des chiffres, en 2008, 58 % des décès se sont produits à l'hôpital, 27 % au domicile et 11 % en maison de retraite [7]. Nous retrouvons une grande part des décès à l'hôpital ce qui va à l'encontre de la volonté des français de décéder à leur domicile (81%). Dans ce contexte le développement des soins palliatifs en HAD semble une modalité à développer.

Enfin, il est important de souligner une grande disparité régionale démographique, épidémiologique et de l'offre de soins en France. Ainsi, on retrouve des variations importantes inter-régionales. Notamment quant au nombre d'habitants, sur la part de personnes âgées et le degré de vieillissement, sur l'égalité face à la maladie et dans la réponse apportée aux besoins de santé de la population. Ceci creusant des inégalités régionales importantes avec des temps d'accès à l'offre de soins très variables. Les études montrent que les disparités territoriales vont aller en s'aggravant dans les vingt prochaines années [6]. Il est donc important de promouvoir une politique régionale de santé sur la fin de vie.

2.2.4. Le cadre législatif

Il est impossible de parler des soins palliatifs sans parler de la loi Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, car elle précise le cadre réglementaire de la démarche des soins palliatifs notamment en ce qui concerne la phase terminale. Les modalités d'application de celle-ci sont apportées par trois décrets du 6 février 2006. Cette loi vise à améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs et à leur donner une place plus centrale dans le processus décisionnaire. Cette loi réaffirme l'interdiction de provoquer la mort. Bien qu'étant un pilier de la démarche palliative, cette loi reste bien méconnue des professionnels de santé et de la population, qui ignorent même l'existence de l'interdiction de l'acharnement thérapeutique [8] [9]. Dans la pratique, le rapport du professeur Sicard met en évidence la

mauvaise application de cette loi tant au niveau des directives anticipées que du choix de la personne de confiance, ainsi qu'une persistance de l'obstination déraisonnable dans certains services [10].

### 2.3. La masso-kinésithérapie en soins palliatifs

2.3.1.La réglementation

En ce qui concerne la masso-kinésithérapie, il a fallu attendre 1996 pour que les soins palliatifs soient introduits dans son champ de compétences à travers l'article 9 du décret n° 96-876 du 8 octobre 1996 : " Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité à contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs".

Au sein de la nomenclature des actes kinésithérapiques, l'article 11 prend en compte la participation en soins palliatifs : « Soins palliatifs : prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions : 12 ». C'est actuellement l'acte le plus coté dans la nomenclature des MK, ce qui reste pour la plupart des professionnels libéraux ou salariés un paramètre inconnu, mais aussi l'acte le moins remboursé par les caisses de la plupart des départements avec moins de 1% du montant total des actes remboursés [11]. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette situation : le manque d'informations dans les IFMK, le manque d'engagement en SP des professionnels et l'absence de prescription des médecins ou des ordonnances mal libellées.

2.3.2.Quel rôle et quelle place ?

Depuis l'émergence des soins palliatifs au début des années 1970 en France grâce aux publications du Père Patrick Verspieren, la question de la présence de la kinésithérapie se pose. De nombreux articles ont mis en évidence l'apport de la kinésithérapie en soins palliatifs en France et surtout à l'étranger [12] [13] [14] [15] [16]. La situation de soins palliatifs pourrait être résumée par la phrase de Jean-Pierre Bénézech : « Pousser au plus loin les possibilités de vie,

mais aussi accueillir la perte de vie quand elle vient. En toutes circonstances, que le confort, le plaisir d'être ou de faire, l'accueil du patient, soient premier. ». La vie est au cœur du travail du kinésithérapeute en soins palliatifs [17].

L'action des masseurs-kinésithérapeutes en soins palliatifs est bien différente de la représentation professionnelle du guérir-récupérer avec son orientation vers le « soutenir-soulager-accompagner » [18]. Bien au-delà de l'envie de récupérer et de progresser, il s'agit ici de freiner les pertes et soutenir les capacités [12] tout en réussissant à allier le relationnel et les techniques spécifiques [13]. Il faut trouver un rythme propre à chaque patient tout en adaptant le travail classique de kinésithérapie en terme de technique à la situation palliative. Le MK doit garder à l'esprit les lois qui régissent les soins palliatifs et ne pas se diriger vers une obstination déraisonnable. Cet écueil peut être évité par l'écoute au sens large, par les mots ou par la gestuelle, le contact, décrypter la douleur, parler, expliquer les gestes [4]. De plus, son rôle ne s'arrête pas à la relation avec le patient, celui-ci a aussi un rôle à jouer avec la famille. Il doit être présent pour aider à la communication, soutenir et accompagner les familles et les proches et savoir répondre aux questions tout en gardant la place qui est la sienne [4].

Son travail s'effectue au sein d'une équipe multidisciplinaire comportant d'autres professionnels (médecins, psychologues, infirmières, assistantes sociales, *etc.*) et des bénévoles. Le masseur-kinésithérapeute souvent isolé n'a pas l'habitude de ce travail interdisciplinaire et y est souvent peu enclin [18]. La pratique en SP aide à inverser cette tendance avec des collaborations qui se tissent, permettant un partage du vécu et de la souffrance et la mise en place d'un objectif thérapeutique commun, mais nécessitant un travail de transmission régulier et précis.

Malgré un rôle important et nécessaire en soins palliatifs, on observe que peu de professionnels et d'étudiants se dirigent et s'engagent vers ce domaine. Le peu de remboursement des actes MK liés aux soins palliatifs en est le constat. Les causes les plus souvent données sont l'absence de prescription, les libellés mal rédigés, le manque d'informations dans les IFMK, le manque d'engagement et l'évitement des situations de maladies graves [11].

A cela s'ajoute le manque de citation de notre profession dans les rapports officiels. En effet, on constate que le mot « kinésithérapeute » n'est que très peu mentionné par rapport à certaines autres professions de l'équipe pluridisciplinaire (tab. II).

**Tableau II : Nombre de citations des professions paramédicales, dans différents rapports d'état sur la fin de vie et les soins palliatifs**

| | Infirmier | Psychologue | « Kiné » | « Ergo » | Assistante sociale |
|---|---|---|---|---|---|
| Fin de vie : un premier état des lieux [7] | 30 | 7 | 1 | 1 | 2 |
| Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 [6] | 20 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Vingt ans après les premières unités, un éclairage sur le développement des soins palliatifs en France [19] | 101 | 151 | 26 | 8 | 13 |
| Penser solidairement la fin de vie [10] | 43 | 7 | 0 | 0 | 3 |

2.3.3.Les actes rencontrés en soins palliatifs

La kinésithérapie est concernée comme l'ensemble de l'équipe soignante par les recommandations de l'ANAES [20]. Ce document permet, aux professionnels et aux bénévoles, de situer l'action des soins palliatifs. Il rappelle quand mettre en œuvre les soins palliatifs en décrivant les principes de prise en charge des patients, les modalités de prise en charge des principaux symptômes, la prise en charge des problèmes sociaux et familiaux et la prise en compte des besoins spirituels.

Les principaux symptômes rencontrés en soins palliatifs sont énoncés dans plusieurs publications [20] [21] [22]. Nous pouvons citer notamment la douleur, l'asthénie, l'immobilité, les escarres, la dyspnée et la toux, les troubles du transit, symptômes sur lesquels le MK peut agir. Le thérapeute travaille alors dans les limites de ses compétences, en s'adaptant au cadre des soins palliatifs.

Dans une étude irlandaise de Cobb et al [23] sur la description de la prise en charge kinésithérapique à domicile de patients en soins palliatifs, une comparaison des principales interventions mentionnées dans plusieurs études y est établie présentant une liste assez complète des actes réalisés. Cette comparaison est présentée ci-dessous dans le tableau III.

**Tableau III : Comparaison des principales interventions de physiothérapie dans des études réalisées en soins palliatifs**

| | Milford Hospice : home or outpatients (Cobbe 2013) | Milford Hospice inpatients (Cobbe and Kennedy 2012) | Community hospice home or inpatients (Mueller and Decker 2011) |
|---|---|---|---|
| Exercices | 72% | 53% | |
| Education au patient | 71% | 18% | |
| Entrainement à la marche | 43% | 67% | |
| Education à la famille | 40% | 8% | 83% |
| Entrainement aux transferts | 34% | 58% | |
| Kinésithérapie respiratoire | 31% | 15% | 25% |
| Traitement du lymphœdème | 28% | 6% | 38% |
| Support psychologique | 27% | 14% | |
| Traitement de la douleur | 24% | 17% | 38% |
| Mobilité | | | 92% |
| Massage | | | 33% |
| Adaptation du logement | | | 7% |
| Renforcement | | | 7% |
| Stretching | | | 7% |

En France, un rapport d'enquête sur la kinésithérapie et les soins palliatifs à domicile au niveau local [24] dresse un bilan des pratiques professionnelles réalisées chez des patients en soins palliatifs sur la base de réponses de MK libéraux. L'étude montre que la pratique concerne principalement trois domaines, la mobilisation passive, les techniques de désencombrement et le massage. Ils représentent ensemble 60% des interventions réalisées.

### 2.4. Les formations en soins palliatifs

La politique nationale de développement des soins palliatifs en France, avec le programme 2008-2012, a fixé 3 objectifs concernant la formation. Ce sont : adapter le dispositif de formation médicale en favorisant la reconnaissance universitaire pour les soins palliatifs et en intégrant la dimension palliative à tous les niveaux de la formation ; mettre en œuvre des actions de formations à destination des personnels intervenants dans les structures médico-sociales et les services de soins à domicile ; adapter le dispositif de formation paramédicale initiale en intégrant la dimension palliative à tous les niveaux de la formation en incluant un référentiel des compétences nécessaires en soins palliatifs au sein de la maquette des études d'infirmières [25]. La démarche de formation en soins palliatifs entreprise au sein de l'ILFMK en 2013-2014 et qui se prolonge en 2014-2015 s'inscrit pleinement dans ce dernier objectif.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), a introduit de nombreux changements dans le dispositif de formation des professionnels de santé. Le « développement professionnel continu » (DPC) représente en effet une évolution importante puisqu'il recouvre à la fois le perfectionnement des connaissances et des compétences, l'évaluation des pratiques professionnelles et les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [7]. Cette seconde modalité de formation peut être une opportunité pour les MK en activité d'acquérir une formation en soins palliatifs. Ainsi deux sortes de formation en soins palliatifs peuvent être proposées. La première, dite initiale correspond à une formation obtenue lors d'un cycle d'étude. La seconde est dite continue et concerne les personnes en vie active ayant terminé leurs études et souhaitant ouvrir un nouveau champ de connaissances et compétences ou d'en approfondir un.

Les formations continues en soins palliatifs sont ouvertes à tous aussi bien aux professionnels de santé qu'aux bénévoles. Ceci permet de rester dans l'interdisciplinarité qui est au cœur des soins palliatifs [26] et de transmettre des compétences garantissant une qualité de prise en charge.

« La formation (initiale et continue) des acteurs de santé constitue, avec la recherche, un levier déterminant dans l'acquisition de compétences attendues à la fois dans le domaine technoscientifique, relationnel, éthique, au service du malade et de ses proches mais également dans la capacité de travailler en équipe » [7]. Il apparait donc essentiel d'introduire et de pérenniser une formation en soins palliatifs à destination des étudiants MK qui, comme nous l'avons vu, constituent des collaborateurs essentiels à cette prise en charge.

Dans un précédent mémoire, une étude menée auprès d'un panel de kinésithérapeutes libéraux de la région thionvilloise, révèle que 72,3 % des interrogés estiment leur formation en soins palliatifs insuffisante [24]. De plus, un questionnaire adressé aux étudiants en masso-kinésithérapie a soulevé un réel besoin de formation, puisqu'aucun questionné n'estime avoir le niveau de formation suffisant et la quasi-totalité estime nécessaire d'avoir une formation dans ce domaine. En réponse à cette lacune, l'auteur préconise la mise en place d'une formation initiale et continue [27].

L'option d'un tutorat est une possibilité intéressante pour transmettre à des futurs professionnels la richesse et la polyvalence de la philosophie des soins palliatifs. Ainsi, l'approche des différents aspects du métier par le biais de stages peut paraître la solution la plus adaptée [22]. Mais celle-ci reste ouverte à peu d'étudiants car un nombre insuffisant de lieux de stages propose une approche palliative. Dans ce contexte, la formation initiale en IFMK est une alternative pour permettre la découverte des soins palliatifs, pour améliorer les connaissances en soins palliatifs, la perception de patient en fin de vie et les compétences existantes (en terme de techniques et de relationnel avec le patient en fin de vie). La formation continue répond plus, quant à elle, à un objectif d'approfondissement des compétences.

2.4.1.La formation initiale

La formation initiale se développe progressivement à travers des modules de soins palliatifs en faculté de médecine, en institut de formation de soins infirmiers et en institut de formation d'aide soignante. C'est la réingénierie des professions paramédicales qui a permis une intégration des soins palliatifs dans les différents cursus et des questions liées à la fin de vie au sein de la formation initiale. Elle comprend des modules ou des unités d'enseignements relatifs à l'éthique, à l'accompagnement des personnes en fin de vie et aux soins palliatifs.

Durant les études médicales, le 2ème cycle consacre un enseignement aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur, cependant le volume horaire est variable selon l'université et la présence des étudiants est non obligatoire. En 3ème cycle l'étudiant en médecine peut suivre un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) de médecine de la douleur et médecine palliative comportant une formation théorique et des stages hospitaliers.

Pour ce qui est des formations paramédicales :

- En institut de formation en soins infirmiers, sous le format licence, les points importants de la démarche palliative sont abordés durant leurs études (cliniques, éthiques, relationnels et travail d'équipe) ainsi que par une unité d'enseignement consacrée aux « soins palliatifs et de fin de vie » [28]. La formation d'aide soignante présente un enseignement spécifique sur la fin de vie d'une durée d'une semaine sur les connaissances pratiques quant au vécu du patient face à sa mort prochaine, en tenant compte du contexte culturel, religieux et environnemental. Cependant, le contenu est jugé encore trop peu complet pour permettre une réelle efficacité sur le terrain [28].

- En école de kinésithérapie, les soins palliatifs ne relèvent pas d'un module spécifique au sein des écoles, mais sont intégrés dans certains modules de deuxième ou troisième année selon les écoles. Le volume horaire et le contenu ne sont pas clairement définis. Par exemple, à Reims deux heures de cours sont dispensées en 3ème année sur la masso-kinésithérapie dans les SP. Cette thématique est par ailleurs abordée dans l'enseignement de la douleur (4 h de cours magistraux et 3h de TD).

A Strasbourg, les SP sont abordés de manière transversale c'est-à-dire que le médecin et les kinésithérapeutes en parlent dans leurs cours de manière intégrée dans une discipline. Ainsi ce thème est abordé dans les cours de gériatrie (en deuxième année) et dans l'abord du patient en oncologie et cancérologie (en troisième année) ; tout ceci dans le cadre du module 8 (annexe II). Cela représente environ 4 heures d'enseignement. Mais il y est aussi fait allusion indirectement dans les cours concernant l'installation du patient au lit (déjà en première année).

A L'ILFMK de Nancy, comme nous l'avons mentionné précédemment, une première initiative de formation courte d'une demi-journée a été dispensée en 2014.

Parmi les propositions de formations présentées par le collège des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs nous retrouvons un projet d'enseignement douleur et soins palliatifs pour les étudiants kinésithérapeutes. Celui-ci a été proposé dès 2005 par la SFAP mais n'est jusque là pas ou très peu utilisé (annexe III).

2.4.2.La formation continue

Les paramédicaux ont la possibilité d'effectuer un diplôme universitaire de soins palliatifs (DUSP) et un diplôme inter universitaire de soins palliatifs (DIUSP) et d'accompagnement d'une durée d'un an chacun. Les paramédicaux représentent 63% des participants. Il est important de noter que 500 professionnels y ont participé en 2005 et 12000 en 2010 ce qui souligne l'intérêt croissant porté pour les soins palliatifs.

Des formations non diplômantes existent aussi en France :

- L'outil MOBIQUAL soins palliatifs est ainsi utilisé dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et au domicile, outil destiné initialement aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. Il est un support pour la démarche de promotion, d'amélioration de la qualité des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie, sous forme de documents imprimés et d'un CD-Rom. On y retrouve notamment 9 cas cliniques pour lancer les discussions et les échanges entre professionnels de santé.

- Le Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur (CISPAD) à Metz, Thionville et à Epinal-Golbey. Cette formation est non diplômante, mais présente l'avantage d'être plus courte ce qui intéresse nombre de professionnels. Elle est proposée par la Coordination Lorraine Douleur Soins Palliatifs et Accompagnement (COLORDSPA). Elle n'est pas validée en formation continue.

Bien que la formation continue constitue un outil intéressant pour répondre à des besoins de soignants confrontés à ces situations de soins palliatifs et/ou qui souhaitent approfondir leurs connaissances dans le domaine, elle ne touche qu'un public limité. Alternativement, la formation initiale vise à apporter à chaque soignant des connaissances dans ce domaine. Toutefois, il apparaît essentiel de s'assurer que le public visé est réceptif et tire un bénéfice de celle-ci.

## 3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 3.1. Contenu de la formation

#### 3.1.1.Intervention proposée

Une journée de 6h sous forme de tables rondes organisées en ateliers interactifs de 8h30 à 17h a été proposée. La formation a été dispensée le 27 Novembre 2014. Cette formation est un élément du module gériatrie.

#### 3.1.2.Intervenants

Les intervenants de cette journée travaillent en soins palliatifs. Leurs différentes catégories professionnelles permettent d'apporter la pluridisciplinarité qui se retrouve au sein des équipes de soins palliatifs.

- Dr Manuel Doron, praticien hospitalier, service régional de soins palliatifs et consultations de la douleur chronique CHR Metz Thionville, Hôpital d'Hayange
- Mme Rachel Isidore, psychologue unité de soins palliatifs CHR Metz Thionville, Hôpital Legouest, Metz
- Mr Patrick Fiorletta, Masseur-kinésithérapeute libéral à Essey-lès-Nancy

- Mr Laurent Foucaud, Masseur-kinésithérapeute unité de soins palliatifs CHR Metz Thionville, Hôpital Legouest, Metz
- Mr Florian Ménegaz, Masseur kinésithérapeute pôle rééducation CHR Metz Thionville, Hôpital Mercy, Metz

3.1.3.Programme de la journée

Durant la formation, une introduction aux soins palliatifs, une présentation des généralités sur l'historique et l'organisation des soins palliatifs en France sont dispensées en préambule. S'ensuivent des tables rondes en petits groupes avec chacun des intervenants pour une durée d'une heure. En fin de journée une conclusion générale vient clôturer la formation. Le programme détaillé est joint dans l'annexe IV.

### 3.2. Population interrogée

Les étudiants en masso-kinésithérapie en dernière année de cursus qui vont participer à la journée de formation décrite ci-dessus sont visés par cette étude. Tous les participants ont été conviés à remplir le questionnaire, il n'y avait aucun critère d'exclusion. Leur nombre s'élève à 95 étudiants pouvant répondre potentiellement *a desira* au questionnaire. La présence des étudiants en amphithéâtre pour les cours en semaine a facilité la distribution des deux questionnaires ainsi que leur restitution.

### 3.3. Elaboration des questionnaires

Pour mesurer l'impact de la formation proposée nous avons élaboré un questionnaire pré formation et un questionnaire post formation. Ces questionnaires sont présentés en annexe V.

Nous avons choisi des questionnaires auto administrés permettant aux étudiants de remplir seul leur questionnaire, ainsi les étudiants n'ont pas de retenue quant aux réponses données. De plus l'anonymat a été mis en place pour permettre une totale liberté d'expression. La méthode d'anonymat a été reprise de l'étude de Chiarelli *et al.* (2014) [29].

Le questionnaire pré formation présente cinq parties : « données personnelles », « les connaissances en soins palliatifs des étudiants », « les situations de soins palliatifs », « la pratique masso-kinésithérapique » et une dernière partie de libre expression sur le sujet. Les quatre premières parties comportent des questions fermées avec réponse unique, la dernière des questions ouvertes.

Pour la partie « connaissances en soins palliatifs » nous avons utilisé une échelle Likert à choix forcé comprenant 4 niveaux « Aucune - Faible - Moyenne - Bonne » nous permettant de connaître le jugement des étudiants sur leurs propres connaissances. Pour les parties « les situations de soins palliatifs » et « la pratique masso-kinésithérapique », nous avons utilisé une échelle de Likert à 5 niveaux « Pas du tout d'accord - Pas d'accord - Ni d'accord ni pas d'accord - D'accord - Tout à fait d'accord » (coté de 1 à 5 sur le questionnaire). Pour cette échelle, le grade central permet à l'interrogé de n'exprimer aucun avis.

Le questionnaire post formation comprend pour l'essentiel les mêmes rubriques et les mêmes questions. La partie « données personnelles » a été supprimée, les parties « vos connaissances en soins palliatifs » et « les situations en soins palliatifs » sont à l'identique, il a été ajouté à la partie « votre avis » la question suivante « avez-vous apprécié la formation en soins palliatifs à laquelle vous avez assisté ? » et des questions sur la durée et le contenu de la formation.

Le questionnaire a été évalué, préalablement à sa diffusion, par une dizaine de personnes n'ayant aucun lien ni avec l'élaboration de ce mémoire ni avec l'environnement dans lequel se situe l'intervention. L'échantillon test avait des origines démographiques, sociales, culturelles et professionnelles différentes. Nous avons alors demandé aux sujets d'exprimer leurs réactions et leurs opinions sur le contenu et la formulation du questionnaire. Nous avons ainsi vérifié que les termes utilisés sont compréhensibles et non ambigus, que les questions n'influencent pas les réponses et que les explications sont claires, précises et suffisantes.

Le support papier a été choisi avec une distribution manuelle en amphithéâtre et un retour anonyme du questionnaire par dépôt dans un lieu prédéfini. Le rendu par mail a été écarté pour ne pas biaiser l'anonymat, ainsi que le remplissage d'un questionnaire informatisé de type Google© doc.

### 3.4. Collecte des données

La distribution du questionnaire de pré formation est effectuée deux semaines avant la journée de formation. De même, le questionnaire post formation est diffusé deux semaines après la formation. Un rappel via réseaux sociaux est effectué une semaine après chaque distribution pour solliciter les répondants retardataires.

### 3.5. Saisie et exploitation des données

L'ensemble des résultats a été encodé sous forme de tableaux dans le programme Excel. L'échelle de la partie connaissance a été cotée de 0 à 3 (0 pour aucun, 3 pour bonne), pour les autres parties les résultats ont été cotés de 0 à 4 (0 pas du tout d'accord, 4 pour tout à fait d'accord). Les réponses des étudiants ayant répondu aux deux questionnaires ont été retenues, les autres ont été exclues. Pour l'analyse des réponses aux questions ouvertes, les mots mentionnés par les étudiants pour décrire les soins palliatifs ont été regroupés en champs lexicaux comme présenté dans l'annexe VI, il en est de même pour les attentes.

### 3.6. Traitement statistique

Les données présentent deux échantillons avec échelles graduées de Likert (avant et après formation), nous avons donc utilisé le test des rangs signés de Wilcoxon pour les échantillons appariés afin de tester la significativité statistique des différences observées avant et après formation. La significativité du résultat est établie comme suit : $p<0{,}01\%$, très significatif (TS) ; $p<0{,}05\%$, significatif (S) ; $p>0{,}05\%$, non significatif (NS). La médiane est utilisée pour définir l'indice qui traduit la tendance générale de la distribution, le premier et le troisième quartile sont utilisés pour la dispersion.

# 4. RÉSULTATS

## 4.1. La population étudiée et leur représentation des soins palliatifs

89 étudiants ont participé à la formation en soins palliatifs. 72 de ces étudiants ont rempli le questionnaire pré formation, 68 ont rempli le deuxième questionnaire post formation. Notre échantillon est donc de 68 sujets, ce qui représente environ 76,4% des étudiants ayant participé à la formation (annexe VII).

La moyenne d'âge des étudiants est de 23 ans, avec une répartition homme femme de 59% de femmes et 41% d'hommes. Ces étudiants proviennent de cursus différents répartis comme suit : 88% de la filière PACES et 12% d'autres filières (ergothérapie, licence APS, institut de formation en soins infirmiers, ergonomie, *etc.*). Le mode d'exercice futur masso-kinésithérapique n'est pas défini pour 46% d'entre eux, 41% envisagent un exercice libéral et 13% se dirigent vers un exercice salarié (annexe VII).

Pour ce qui est du vécu en soins palliatifs, 16% ont déjà reçu un enseignement préalable aux soins palliatifs, 37% ont déjà effectué un stage pratique incluant des soins palliatifs durant leur cursus et 25% ont déjà vécu personnellement une situation de soins palliatifs d'un proche (annexe VII).

Les étudiants sont invités à citer les mots qui représentent selon eux les soins palliatifs, il leur est demandé 3 mots du plus significatif au moins significatif (tableau IV). Au premier rang nous retrouvons les champs lexicaux « accompagnement » et « décès / fin de vie » cités à égalité pour ce rang. Lors du questionnaire de post formation, le champ lexical « accompagnement » a été majoritairement cité en premier rang ; le champ lexical « décès / fin de vie » a lui diminué de 10%. Certains champs lexicaux ont vu leur nombre augmenter en post formation, c'est le cas du champ lexical « accompagnement » et du champ lexical « pluridisciplinarité ». D'autres ont eu une baisse du nombre de citations, c'est le cas du champ lexical « douleur » et du champ lexical « bien être ».

**Tableau IV : Résultats des mots caractérisant les soins palliatifs selon les étudiants par rang de citation**

| | Pré formation | | | Post formation | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1er Rang | 2ème Rang | 3ème Rang | 1er Rang | 2ème Rang | 3ème Rang |
| **Bien être** | 17 (25%) | 18 (26%) | 14 (21%) | 3 (4%) | 16 (23%) | 11 (16%) |
| **Décès/Fin de vie** | 18 (26%) | 3 (4%) | 8 (12%) | 11 (16%) | 8 (12%) | 6 (9%) |
| **Douleur** | 5 (7%) | 11 (16%) | 2 (3%) | 3 (4%) | 3 (4%) | 5 (7%) |
| **Relationnel** | 4 (6%) | 6 (9%) | 12 (18%) | 7 (10%) | 8 (12%) | 10 (15%) |
| **Maladie** | 2 (3%) | 4 (6%) | 5 (7%) | 1 (1%) | 3 (4%) | 5 (7%) |
| **Affectif** | 2 (3%) | 4 (6%) | 7 (10%) | 1 (1%) | 3 (4%) | 6 (9%) |
| **Accompagnement** | 18 (26%) | 18 (26%) | 4 (6%) | 25 (37%) | 9 (13%) | 6 (9%) |
| **Pluridisciplinarité** | 0 (0%) | 0 (0%) | 8 (12%) | 13 (19%) | 12 (18%) | 8 (12%) |
| **Place du kiné** | 1 (1%) | 4 (6%) | 7 (10%) | 4 (6%) | 6 (9%) | 9 (13%) |
| **Autres** | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (3%) |
| Nombre de citations et pourcentage correspondant | | | | | | |

### 4.2. L'intérêt pour la formation et les attentes de la population

Préalablement à la formation proposée, 87% des interrogés mentionnent être intéressés par une formation en soins palliatifs. En post formation, 96% des étudiants trouvent la formation intéressante. Les étudiants non intéressés par la formation en soins palliatifs sont au nombre de 9. Il s'agit d'une majorité d'hommes (78%) venant en totalité de PACES, n'ayant pas eu d'enseignement préalable en soins palliatifs, pas de stage en soins palliatifs pour 78% d'entre eux ni de vécu personnel pour la totalité d'entre eux. Sur ces 9 étudiants, seul 1 n'a pas été intéressé par la journée de soins palliatifs qui a été proposée (annexe VII). Lors du questionnaire post formation, il a été demandé aux étudiants si le contenu et la durée de la formation étaient appropriés. 75% des 68 étudiants interrogés ont trouvé la durée appropriée et 90% des interrogés ont trouvé le contenu approprié (annexe VII).

Les attentes ont été évaluées à l'aide d'une question ouverte en pré formation. Les réponses quant aux attentes ne sont ni limitées, ni graduées, ainsi chaque répondant peut évoquer une, voir plusieurs attentes. Les attentes des étudiants quant à une formation SP concernent essentiellement la démarche thérapeutique, le relationnel et la technique MK propre aux SP (fig. 1).

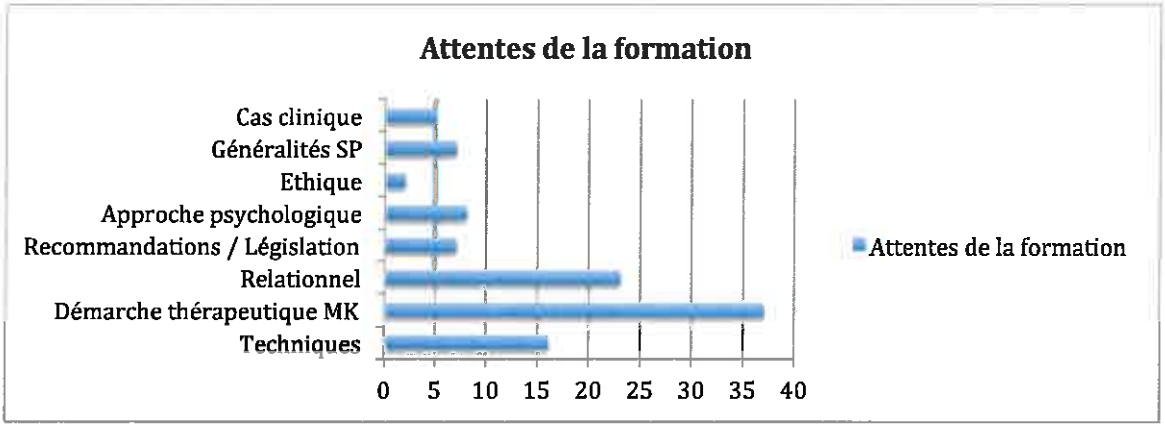



**Figure 1 : Attentes des étudiants d'une formation en soins palliatifs (en nombre de citations)**

Il a été demandé dans le questionnaire de post formation de développer dans une question ouverte les points à approfondir lors de la formation. Une demande d'approfondissement des techniques masso-kinésithérapiques propres aux soins palliatifs est mentionnée en association avec une demande de cas clinique ou de travaux pratiques et l'approfondissement des ateliers MK (fig. 2). A mentionner, 14 étudiants n'ont pas répondu à cette question.

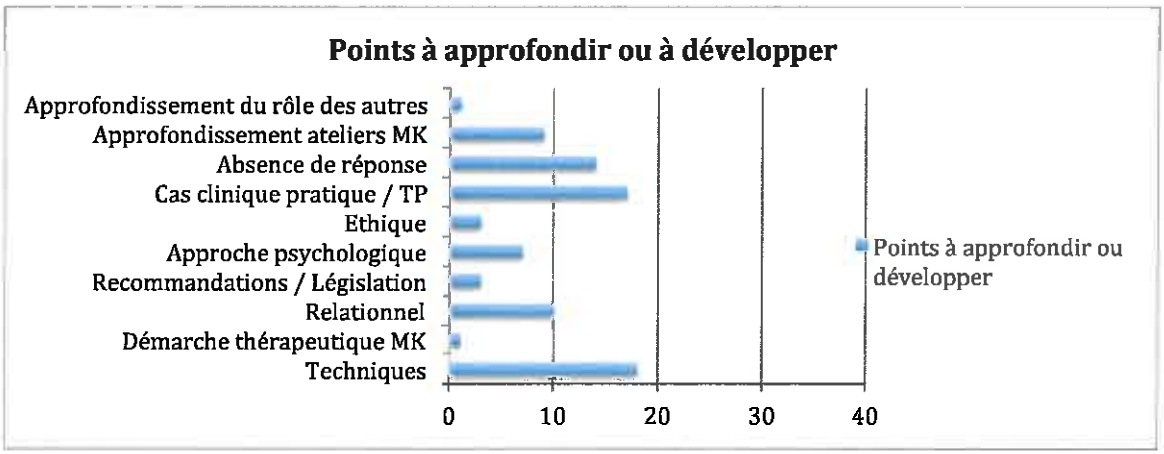



**Figure 2 : Points à approfondir (en nombre) selon les étudiants en post formation**

### 4.3. Les connaissances en soins palliatifs

Les 68 étudiants ayant rempli l'ensemble des deux questionnaires ont répondu avec une échelle permettant de graduer leurs connaissances concernant les soins palliatifs de « aucune », à « faibles », « moyennes » et « bonnes ». La cotation 0 correspond à « aucune » et 3 à « bonnes ». Les médianes des réponses ainsi que le premier et troisième quartile sont présentés dans le tableau V. Un tableau présentant la répartition des réponses en nombre et en pourcentage pour chaque question est présenté en annexe VIII.

L'évolution (pré à post journée de formation) de l'ensemble des réponses des étudiants questionnés sur leurs connaissances en SP est jugée très significative ($p<0,01$) (tab. V). L'ensemble des connaissances évoquées est jugé par les répondants comme ayant progressé après la formation. L'augmentation du niveau de connaissances est très significative pour tous les items. Les connaissances ayant été les plus améliorées (augmentation du grade de 2 points) sont celles relatives au rôle du kinésithérapeute en soins palliatifs, à la réglementation générale et celles relatives à la masso-kinésithérapie et aux lieux d'exercice de la kinésithérapie en soins palliatifs.

**Tableau V : Gradation des réponses en pré et post formation apportées aux questions relatives à la connaissance en soins palliatifs.**

| | Pré | Post | Diff. | p |
|---|---|---|---|---|
| Comment estimez-vous vos connaissances générales concernant les soins palliatifs ? | 1(1-1) | 2(2-3) | +1 | 1,3E-12 |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant au rôle du kinésithérapeute en SP ? | 1(1-2) | 3(2-3) | +2 | 5,3E-12 |
| Comment estimez-vous votre préparation à travailler en soins palliatifs ? | 1(0-1) | 2(2-2) | +1 | 2,0E-12 |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation générale des soins palliatifs ? | 0(0-1) | 2(1-2) | +2 | 7,8E-12 |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation propre à la kinésithérapie en soins palliatifs ? | 0(0-0) | 2(1-2) | +2 | 4,3E-13 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les techniques masso-kinésithérapiques rencontrées en SP ? | 1(1-1) | 2(2-3) | +1 | 4,5E-11 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur la gestion de situation difficile affectivement ? | 1(1-2) | 2(2-2) | +1 | 7,3E-10 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Comment estimez-vous vos connaissances quant à l'éthique en soins palliatifs ? | 1(0-2) | 2(2-2) | +1 | 5,4E-9 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les lieux d'exercice de la kinésithérapie en soins palliatifs ? | 1(0-1) | 3(2-3) | +2 | 4,0E-11 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les services d'aide disponibles pour le patient et leurs proches ? | 1(0-1) | 2(1-2) | +1 | 2,9E-11 |
| Les résultats sont exprimés sous forme de Médiane (1er quartile – 3ème quartile) de la gradation des réponses de 0 à 3 correspondant à une appréciation croissante du niveau de connaissance. La significativité statistique de la différence entre les réponses en pré formation et post formation est indiquée par la valeur de p. | | | | |

Des étudiants dits « sensibilisés » c'est-à-dire ayant eu une formation préalable et un stage en SP sont comparés aux autres étudiants. Il en ressort que ces étudiants dits experts n'ont pas de connaissances générales plus développées que les autres étudiants sur certains points, seules les connaissances quant aux rôles du MK, à la réglementation en SP, à la gestion de situations difficiles et à l'éthique sont plus élevées d'un point sur la médiane.

### 4.4. Les situations de soins palliatifs

Les étudiants ont répondu avec une échelle de gradation allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » à des affirmations concernant des situations de soins palliatifs (tab. VI). Un tableau présentant la répartition des réponses en nombre et pourcentage pour chaque question est présenté en annexe VIII.

Peu d'évolutions sont constatées sur les différents items des situations en SP. Aux questions de l'implication émotionnelle en lien avec le travail et sur le fait d'être plus à l'aise avec la pratique que le relationnel, aucune modification n'est observée. En revanche, les étudiants en post formation sont en accord avec l'affirmation « vous vous sentez capable de parler de la mort avec les proches du malade » augmentant la médiane d'un point par rapport au questionnaire de pré formation. A l'affirmation « pour vous la mort d'un patient est synonyme d'échec » la médiane est diminuée de 1 (correspondant à 51% des étudiants) à 0 (correspondant à 62% des étudiants). A l'inverse, l'affirmation « vous savez répondre aux questions du patient sur ce qu'il va se passer pendant le processus de fin de vie » progresse de 1 à 2 en post formation.

**Tableau VI : Gradation des réponses en pré et post formation apportées aux questions relatives aux situations de soins palliatifs**

| | Pré | Post | Diff. | p |
|---|---|---|---|---|
| L'idée d'être confronté à la mort de votre patient vous fait peur | 2(1-3) | 1,5(1-2) | -0,5 | 0,024 |
| L'implication émotionnelle en lien avec votre travail est un problème pour vous | 1(1-2) | 1(1-2) | 0 | 0,580 |
| Vous vous sentez capable de parler de la mort avec les proches du malade | 2(1-3) | 3(2-3) | +1 | 0,0004 |
| Vous vous sentez plus à l'aise avec la pratique que le relationnel | 2(1-2) | 2(1-3) | 0 | 0,529 |
| Pour vous la mort d'un patient est synonyme d'échec | 1(0-1) | 0(0-1) | -1 | 6,5E-5 |
| Vous savez répondre aux questions du patient sur ce qu'il va se passer pendant le processus de fin de vie | 1(0-2) | 2(2-3) | +1 | 2,5E-10 |
| Vous vous sentez capable de soutenir la famille/les proches pour qui la situation devient trop difficile à supporter | 2(1-2) | 2(2-3) | 0 | 1,3E-6 |

Les résultats sont exprimés sous forme de Médiane (1er quartile – 3ème quartile) de la gradation des réponses de 0 à 3 correspondant à une appréciation croissante du niveau de connaissance. La significativité statistique de la différence entre les réponses en pré formation et post formation est indiquée par la valeur de p.

### 4.5. La pratique masso-kinésithérapique en soins palliatifs

L'échelle de gradation est la même que celle proposée pour coter les affirmations concernant des situations en soins palliatifs (tab. VII, annexe VIII).

Concernant les réponses aux questions sur la pratique MK, nous observons que l'ensemble des réponses des étudiants questionnés sur ce sujet est jugé très significatif avec un $p<0,01$, à l'exception des réponses concernant le travail en équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs et l'écoute des patients avec un $p<0,05$ (tab. VII). Il est à noter une faible dispersion des réponses, l'évolution observée correspondant alors à la majorité des étudiants.

Nous retrouvons une évolution de la médiane dans les résultats sur l'intervention des kinésithérapeutes en soins palliatifs et sur la capacité de prendre en charge la douleur, la perte d'autonomie et les autres symptômes d'un patient en soins palliatifs. Pour les autres questions,

nous ne retrouvons pas d'évolution de la médiane, les étudiants étant déjà en accord en pré formation avec les propositions présentées dans le questionnaire sur la nécessité d'un BDK, sur l'écoute des patients, notamment dans le cas des soins palliatifs et de savoir changer les objectifs en lien avec une évolution défavorable de la maladie. Pour l'affirmation « le travail en équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs est essentiel », les étudiants étaient tout à fait en accord en pré formation, les réponses en post formation ont confirmé la tendance.

**Tableau VII : Gradation des réponses en pré et post formation apportées aux questions relatives à la pratique masso-kinésithérapique en soins palliatifs**

| | Pré | Post | Diff. | p |
|---|---|---|---|---|
| Pour vous l'intervention d'un kiné en soins palliatifs est nécessaire | 3 (3-4) | 4 (3-4) | +1 | 4,6E-7 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la douleur d'un patient en soins palliatifs | 2 (1-2) | 3 (2-3) | +1 | 2,1E-8 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la perte d'autonomie d'un patient en soins palliatifs | 2 (2-2) | 3 (3-3) | +1 | 4,6E-9 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge les autres symptômes (faiblesse musculaire, fatigue, problème respiratoire, neurologique,...) d'un patient en soins palliatifs | 2 (2-3) | 3 (3-3) | +1 | 9,2 E-7 |
| Le bilan diagnostic kinésithérapique est nécessaire en soins palliatifs | 3 (2-4) | 3 (3-4) | 0 | 0,001 |
| Le travail en équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs est essentiel | 4 (4-4) | 4 (4-4) | 0 | 0,043 |
| Vous pensez savoir être à l'écoute de vos patients et pouvoir l'être dans le cas des soins palliatifs | 3 (3-3) | 3 (3-3,25) | 0 | 0,031 |
| Vous savez changer les objectifs en lien avec une évolution défavorable de la maladie | 3 (2-3) | 3 (3-3) | 0 | 3,5E-6 |

Les résultats sont exprimés sous forme de Médiane (1er quartile – 3ème quartile) de la gradation des réponses de 0 à 3 correspondant à une appréciation croissante du niveau de connaissance. La significativité statistique de la différence entre les réponses en pré formation et post formation est indiquée par la valeur de p.

# 5. DISCUSSION

## 5.1. Analyse des résultats

Cette étude est une première analyse de l'impact d'une formation initiale en soins palliatifs pour des étudiants kinésithérapeutes de l'ILFMK de Nancy en fin de cursus et n'ayant pas encore bénéficié d'un enseignement spécifique dans ce domaine. L'ensemble des résultats de cette enquête montre une amélioration globale des connaissances en soins palliatifs, les études antérieures de Chiarelli et al. [29] et de Kumar et al. [30] présentent des résultats comparables. Il est en effet montré une amélioration des connaissances des étudiants australiens en physiothérapie suite à une formation généraliste semi-dirigée en soins palliatifs qui s'adresse à l'ensemble des futurs professionnels de santé [29]. De même, l'étude de Kumar [30] montre qu'une formation courte de 6 heures spécifiquement élaborée pour des étudiants physiothérapeutes indiens améliore significativement leurs connaissances et leurs attitudes vis-à-vis des soins palliatifs. Les faibles connaissances préalables des étudiants quels qu'ils soient dans ce domaine peuvent expliquer ces résultats positifs obtenus après des formations de modalités différentes et destinées à un public de différentes origines.

L'enquête présentée évalue plusieurs compétences à acquérir : les connaissances théoriques relatives aux soins palliatifs, le rôle du soignant dans son approche relationnelle et le travail spécifique du masseur-kinésithérapeute. Les connaissances théoriques ont été largement améliorées, les étudiants jugeant en post formation leurs connaissances sur les soins palliatifs de moyennes ou bonnes. Les connaissances sur l'éthique et les services d'aides n'ont évolué que d'un point en post formation, notions peut-être moins développées lors de la journée. L'éthique est une notion difficile à aborder et à assimiler en un laps de temps d'une journée. Il est mis en évidence que les étudiants « sensibilisés » ayant eu au préalable une formation en soins palliatifs et un stage relatif dans ce domaine n'ont pas des connaissances plus importantes que les autres étudiants sur certains points. On peut émettre l'hypothèse que ces étudiants sensibilisés ont davantage conscience de l'étendue des champs se rapportant aux SP et de fait des connaissances qu'ils leurs manquent. En conséquence, ces étudiants minorent leurs connaissances préalablement acquises.

La partie concernant le rôle du soignant dans son approche relationnelle montre un impact plus mitigé de la formation. En effet, certains thèmes comme l'implication émotionnelle et le relationnel avec le patient n'ont pas évolués significativement ($p>0,05$) et le soutien à la famille/aux proches n'a pas montré d'évolution globale mais des appréciations individuelles variables conduisant à une différence significative au test de rang. Ces résultats traduisent la difficulté à transmettre par une formation théorique courte une notion relevant davantage du « prendre soin » et de la sensibilité propre à chacun. Il est à mentionner que selon les interrogés, l'évocation de la mort avec le patient ne semble plus aussi difficile à aborder après la formation. Celle-ci ayant pu lever certains tabous induits par la quasi absence de l'évocation de la mort dans notre société. De même, il est constaté une évolution des capacités supposées à vivre une situation de décès du patient après la formation. Les étudiants ont pris conscience leur capacité, toutefois il faudrait davantage de temps, de tables rondes, de mises en situation pour réussir à faire évoluer encore plus positivement ces points ; permettant ainsi aux étudiants un travail de recul et d'acceptation de la mort éventuelle de leur patient et une gestion de l'implication émotionnelle. Dans l'étude de Chiarelli [29] l'abord de la mort avec les patients et l'envie de travailler en SP sont restés inchangés, soulignant le peu d'impact de la formation proposée sur ces aspects.

Les connaissances sur la pratique kinésithérapique ont été améliorées avec une évolution significative des réponses pour les items relatifs aux techniques. En revanche, les items relatifs aux modalités de prise en charge (bilan, objectifs, écoute, équipe soignante) n'ont pas été impactés globalement. Toutefois, la différence significative au test de rang révèle des évolutions individuelles variables suite à la formation. Il est à noter que la préparation à travailler en SP et les connaissances des techniques propres présentent une évolution positive des résultats d'un point seulement, les étudiants jugeant leurs connaissances moyennes. Ceci refléterait le manque de pratique et de mise en situation dans la formation proposée. Pour conforter cette idée, il est notable que pour les étudiants sensibilisés aux SP (comme défini précédemment), les connaissances sur le rôle du masseur-kinésithérapeute, l'éthique et la gestion des situations difficiles sont auto-évaluées comme moyennes, soit un point de plus que pour les autres étudiants.

Les questionnaires exploités présentent deux modalités de questions. Une série de questions fermées et une question ouverte. Les questions fermées peuvent être plus faciles pour le répondant, demandant moins de connaissances et moins d'implication au contraire des questions ouvertes demandant au sujet davantage de réflexion. L'analyse de la question ouverte sous forme de champs lexicaux sur la représentation que se font les étudiants des soins palliatifs montre que le champ de l'accompagnement augmente largement en post formation, tout comme celui de la pluridisciplinarité. Au contraire, les champs lexicaux du décès et de la fin de vie et de la douleur sont moins cités en post formation. Ces résultats suggèrent une évolution positive de la vision des SP par les étudiants s'éloignant de l'image négative et allant vers ce qui caractérise davantage les soins palliatifs en terme d'accompagnement, de bien être et de pluridisciplinarité. Nous pouvons donc conclure que les connaissances acquises au cours de la journée sont bien présentes et permettent à l'étudiant de s'approprier différemment le sujet.

### 5.2. Les biais de l'étude

Dans cette enquête, les étudiants évaluent leurs connaissances. Il est à envisager que les réponses post formation puissent être biaisées par un manque de sincérité des étudiants, un formatage, l'idée qu'une formation doit faire acquérir de nouvelles connaissances. Roger Mucchielli dans son livre « Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale » [31] parle de réaction de prestige où le questionné a peur de se faire mal juger dans sa réponse. Dans notre cas, l'étudiant peut avoir peur de reconnaître ne pas avoir acquis de nouvelles connaissances. Il existe aussi une subjectivité inhérente à l'enseignement, l'étudiant associe forcément l'enseignant à un apprentissage. Le ressenti de l'étudiant vis-à-vis des interlocuteurs peut alors influencer la réponse des étudiants, des réponses davantage positives pour récompenser une bonne intervention, un enseignant sympathique, ou inversement. Les réponses s'éloignent alors de la réalité pour se rapprocher de l'affectif. Dans la journée de formation, plusieurs intervenants ont été sollicités pour porter le message et ainsi diminuer ce biais, sans supprimer le risque propre à la sensibilité de l'étudiant.

L'échelle proposée dans le questionnaire pour les situations et la pratique MK en SP est impaire, il a été choisi de mettre en place une réponse médiane sous la forme « ni d'accord ni pas d'accord ». Le choix de l'échelle est sujet à controverse, une échelle paire permettant d'avoir une réponse tranchée à la question posée ; l'échelle impaire laissant la possibilité au sujet de ne pas se prononcer. Stanley Payne dans « The art of asking question » [32] présente la réponse médiane comme une perte d'information dans les résultats, d'autres travaux ont montré que cela ne modifiait pas la distribution des réponses porteuses de sens, conclusions qui seraient cependant à nuancer pour Claire Piau [32]. Dans notre cas, il a été choisi d'intégrer une réponse médiane afin de permettre à l'étudiant de ne pas se prononcer, d'être dans l'indécision ; il semblait important de laisser ce choix étant donné le peu de connaissances du sujet avant la formation, rendant difficile selon nous le positionnement concret aux questions.

### 5.3. Limite de l'étude

La formation présente un abord théorique et non pratique des SP, il est donc intéressant de se questionner sur l'absence de ce versant qui est l'apanage de notre profession dans la journée présentée. Il faudrait davantage voir la formation initiale en IFMK comme une alternative à la mise en situation pratique abordée en stage où les soins palliatifs sont peu présents, ce qui rend difficile leur initiation par ce domaine de soins. Ainsi, il s'agirait d'une découverte pour améliorer les connaissances en soins palliatifs, la perception de patient en fin de vie et les compétences existantes (en terme de techniques et de relationnel avec le patient en fin de vie). Il serait intéressant de pouvoir évaluer à long terme l'impact d'une telle formation sur la pratique future des étudiants en masso-kinésithérapie. L'intérêt, en faisant connaître les soins palliatifs et en apportant les connaissances nécessaires aux étudiants, est de susciter l'envie de travailler dans ce secteur en voie de développement. Dans cette étude, il est impossible de vérifier l'impact réel d'une telle formation sur les étudiants. Il aurait pu être demandé aux étudiants, en questionnaire de post formation, si les questionnés étaient désireux de travailler en soins palliatifs dans leur pratique future. Cependant, il aurait été difficile, voir impossible, de connaître la réelle valeur des réponses, les étudiants ayant une idée encore incertaine de leur pratique future.

## 6. CONCLUSION

Ce mémoire présente les résultats d'un questionnement de l'impact d'une formation initiale en soins palliatifs sur la perception, la connaissance et l'appréhension de patients en soins palliatifs par des étudiants en masso-kinésithérapie en fin de formation. Trois thématiques ont donc été abordées pour renseigner à la fois le public visé, la connaissance sur le sujet de la formation, et les modalités des enseignements. Les hypothèses posées étaient qu'une formation initiale pour des étudiants de 3ème année a un impact positif sur la perception et la connaissance des soins palliatifs et sur l'appréhension des étudiants vis-à-vis de ces patients. Les résultats de cette étude confirment les hypothèses. Les connaissances, les situations rencontrées et la pratique en SP ont chacun obtenu une évolution positive dans les réponses des étudiants. De même l'analyse du champ lexical employé par les étudiants pour décrire les SP met bien en avant le changement de vision des SP. Elle passe de l'image négative propre à cette discipline à celle reflétant davantage la définition d'accompagnement, de soutien et de bien être. Le manque certain de connaissances mis en exergue par le questionnaire de pré formation rappelle l'importance de former les étudiants aux soins palliatifs pour permettre de développer ce domaine trop peu connu et délaissé par notre profession. Enfin, les difficultés encore rencontrées en post formation sur l'implication émotionnelle, l'abord de la mort et l'écoute du patient démontrent la difficulté d'influencer des notions relevant du savoir être, se rattachant davantage au travail sur soi qu'à un abord théorique. Suite à cette étude, le contenu de cette formation peut-être à reconsidérer sur certains points pour permettre une amélioration de cette journée ; les remarques des étudiants à l'issue des deux questionnaires pouvant en être le point de départ. L'ajout de cas clinique, la projection de vidéos, de témoignages de patients et des proches, permettraient de rendre plus concrète la journée. Ces outils pédagogiques pourraient ainsi répondre aux demandes des étudiants. Cette démarche de formation et l'évaluation faite devraient faciliter l'inclusion des SP dans la nouvelle offre de formation envisagée avec la réforme des études masso-kinésithérapiques passant de trois à quatre années à la rentrée 2015. Ces nouvelles dispositions devraient permettre aux SP de prendre pleinement leur place dans des études où ils ne sont encore que trop peu présents. Il serait essentiel par la suite de pouvoir évaluer l'effet de cette formation sur la pratique des kinésithérapeutes nouvellement diplômés.

**BIBLIOGRAPHIE**

[1] SFAP. Définition des soins palliatifs par l'OMS. In SFAP. [En ligne]. < http://www.sfap.org/pdf/I-A3-pdf.pdf > (consulté le 25/03/2015)

[2] BARBIER D. Le deuil. Presse Médicale. 2008;(34):1668-71.

[3] VERSPIEREN P. La loi sur la fin de vie : De l'émotion à la pondération. Etudes. 2005;403:329-40.

[4] JEROME N, GOUILLY P. Place du kinésithérapeute dans les soins palliatifs. Kinésithérapie, les cahiers. 2003;20-21:63-8.

[5] CARICLET N. Accompagner le soignant face au patient en fin de vie. Soins. 2007;16(Sup-61):17-8.

[6] AUBRY R. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France. Comité national de suivi du développement des soins palliatifs. 2011 p. 66.

[7] OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE. 1 : Fin de vie : un premier état des lieux. Rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie. 2011. p. 268

[8] GUENEAU-PEUREUX D. La loi Leonetti sur la fin de vie est encore trop peu connue. Revue de l'Infirmière. 2013;62(196):41-4.

[9] DE LA BRIERE A, TOCHEPORT P. Soins palliatifs, évolution de la représentation collective. Soins. 2011;(758):34-7.

[10] SICARD D. Penser solidairement la fin de vie - Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Collection des rapports officiels. 2012 p. 282.

[11] BONNIN J-C. Plaidoyer pour l'intervention des masseurs kinésithérapeutes en soins palliatifs. Profession Kiné. 2011;(33):7-10.

[12] DEHAYE A, BENEZECH J-P. Apport de la kinésithérapie dans la prise en charge globale du patient en fin de vie. La Revue de l'Infirmière. 2011;(172):30-2.

[13] MOUREY F. Soins palliatifs et kinésithérapie. Kinésithérapie Scientifique. 2003;431(431):29-31.

[14] MONTAGNINI M, LODHI M, BORN W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. Journal of palliative medicine. 2003;6(1):11-7.

[15] OLDERVOLL LM, LOGE JH, PALTIEL H, ASP MB, VIDVEI U, WIKEN AN, HJERMSTAD MJ, KAASA S. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. Journal of Pain and Symptom Management. 2006;31(5):421-30.

[16] KUMAR S, JIM A. Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. Indian journal of palliative care. 2010;16(3):138-46.

[17] BENEZECH J-P. La vie est au cœur du travail du kinésithérapeute en soins palliatifs ! Kinésithérapie la revue. 2012;12(130):1.

[18] CAVALLEC M, GIRET M, CAHAGNE V. Le masseur-kinésithérapeute en soins palliatif. Kinésithérapie Scientifique. 2010; (509);5-11.

[19] MARESCA B, ALBEROLA E, OLLIVIER F, DELAKIAN I, MAES C, BERARD I. Vingt ans après les prémieres unités, un éclairage sur le développement des soins palliatifs en France : le secteur hospitalier et des soins à domicile. Collection de rapports N°252, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. 2008 p. 144

[20] ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. In HAS. [En ligne]. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/fr/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-necessitant-des-soins-palliatifs> (consulté le 17/12/2014)

[21] BUCKLEY J, traduit de l'anglais par BOUFFIOULX E. Soins palliatifs : une approche globale. Savoirs et santé; Bruxelles : De Boeck; 2011.

[22] HALLER P-H, ROBARD A. Kinésithérapie et soins palliatifs : Quel tutorat pour les étudiants kinésithérapeutes? Kinésithérapie Scientifique. 2003;(436):39-44.

[23] COBBE S, NUGENT K, REAL S, SLATERRY S, LYNCH M. A profile of hospice-at-home physiotherapy for community-dwelling palliative care patients. International journal of palliative nursing. 2013;19(1):39-45.

[24] FOUCAUD L. Soins palliatifs en hospitalisation à domicile : étude de la pratique libérale kinésithérapique. 2014. 30p. Mémoire de fin d'étude : Nancy: Institut lorrain de formation en masso-kinésithérapie

[25] MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. In Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. [En ligne]. < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf> (consulté le 14/04/2015)

[26] DE BROUCKER D. Les enjeux de la formation en soins palliatifs. Soins. 2011;(278):51.

[27] FOUCAUD L, MENEGAZ F, ROYER A, GOUILLY P, DORON E. Soins palliatifs et pratique libérale kinésithérapique en hospitalisation à domicile. Kinésithérapie la revue. 2015; 15(158):36.

[28] HESSE C, PUCCINELLI A. Fiches contributives à la mission de réflexion sur la fin de vie. Inspection générale des affaires sociales. 2012 p. 53

[29] CHIARELLI PE, JOHNSTON C, OSMOTHERLY PG. Introducing palliative care into entry-level physical therapy education. Journal of palliative medicine. 2014;17(2):152-8.

[30] KUMAR SP, JIM A, SISODIA V. Effects of Palliative Care Training Program on Knowledge, Attitudes, Beliefs and Experiences Among Student Physiotherapists: A Preliminary Quasiexperimental Study. Indian journal of palliative care. 2011;17(1):47-53.

[31] MUCCHIELLI R. Le questionnaire dans l'enquête psycho-social. Connaissance du problème, applications pratiques, 10e édition. Broché. 1967

[32] PIAU C. Quelques expériences sur la formulation des questions d'enquête : à partir du matériau « aspirations et conditions de vie des français ». Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. 2004;(206):1-65.

**ANNEXES**

# ANNEXE I : Tableau récapitulatif de la démarche bibliographique

| Dates | Base de données | Mots clés | Période de recherche | Nombre de résultats obtenus | Nombre de résultats retenus | Critères de sélections | Catégories |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22/12/2014 | Pub Med | Palliative care and physiotherapy | Les 10 dernières années | 306 | 6 | Date de parution, titre, et résumé | Articles de revue spécialisée |
| 22/12/2014 | Pub Med | Palliative care and physiotherapy and education | Les 10 dernières années | 50 | 3 | Date de parution, titre, et résumé | Articles de revue spécialisée |
| 22/12/2014 | Pubmed | Palliative care and physiotherapy | Les 10 dernières années | 4 | 0 | Non concluant | |
| 22/12/2014 | réeDOC | Soins palliatifs | Les 10 dernières années | 17 | 2 | Titre | Articles de revue |
| 22/12/2014 | réeDOC | Soins palliatifs et kinésithérapie | Les 10 dernières années | 4 | 0 | Non concluant | |
| 22/12/2014 | KS | Soins palliatifs | Les 10 dernières années | 4 | 3 | Date de parution, titre et résumé | Article de revue |
| 22/12/2014 | EM consulte | Soins palliatifs et kinésithérapie | Les 10 dernières années | 139 | 3 | Date de parution, titre et résumé | Article de revue |
| 22/12/2014 | EM consulte | Soins palliatifs et kinésithérapie et éducation | Les 10 dernières années | 17144 | 0 | Non concluant | |
| 22/12/2014 | The Cochrane library | Palliative care and physiotherapy | Les 10 dernières années | 1 | 0 | Non concluant | |
| 22/12/2014 | Serveur ILFMK | Soins palliatifs, fin de vie | Toutes les années | 4 | 4 | Titre du mémoire | Mémoire fin d'études |
| 22/12/2014 | Kine doc | Soins palliatifs et kinésithérapie | Les 10 dernières années | 29 | 2 | | Article de revue |
| 22/12/2014 | Kiné doc | Soins palliatifs et kinésithérapie et éducation | Les 10 dernières années | 3 | 0 | Non concluant | |
| 22/12/2014 | Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes | Soins palliatifs | Tous | 425 | 4 | Titre | Rapport ministériel |

# ANNEXE II : Présentation des différents modules de la formation de masso-kinésithérapie

Première année

| Module | Nom du module | Nombre minimum de contrôle de connaissance |
|---|---|---|
| 1 | Anatomie, morphologie,cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur | 3 |
| 2 | Physiologie humaine | 2 |
| 3 | Pathologie, psycho-pathologie | 4 |
| 4 | Masso-kinésithérapie, activités physiques et sportives | 4 |

Deuxième et troisième année

| Module | Nom du module | Nombre minimum de contrôle de connaissance |
|---|---|---|
| 1 | Masso-kinésithérapie, technologie | 3 |
| 2 | Psychologie, sociologie et réadaptation | 1 |
| 3 | Rééducation et réadaptation en traumatologie et orthopédie | 3 |
| 4 | Rééducation et réadaptation en neurologie, anatomie et physiologie du système nerveux central | 2 |
| 5 | Rééducation et réadaptation en rhumatologie | 2 |
| 6 | Rééducation et réadaptation en pathologie cardio-vasculaire | 1 |
| 7 | Rééducation et réadaptation en pathologie respiratoires, réanimation | 1 |
| 8 | kinésithérapie et médecine, chirurgie et gériatrie | 1 |
| 9 | Pathologies infantiles | 1 |
| 10 | Prévention, promotion de la santé et ergonomie | 1 |
| 11 | Kinésithérapie et sport | 1 |
| 12 | Législation, déontologie et gestion | 1 |

# ANNEXE III : Présentation du programme de formation de la SFAP

## III.1 : Programme de formation destiné aux masseurs-kinésithérapeutes

## III.2 : Douleur : Programme de formation destiné aux étudiants masseurs - kinésithérapeutes

SFAP

*Collège des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs*

**Soins palliatifs :**
**Programme de formation destiné aux masseurs-kinésithérapeutes**

I- Objectifs :

Permettre aux étudiants d'appréhender les problématiques du patient en soins palliatifs, de la fin de vie dans tous ses aspects, médical, paramédical, psychologique et social.

II - Historique

III - Définition des soins palliatifs et principes

IV- Structures

- Unité de soins palliatifs (USP)
- Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)
- Soins palliatifs à domicile
- Réseaux ville-hôpital
- Associations de bénévoles.

V- Aspects éthiques et juridiques des soins palliatifs

- Le nouveau code de déontologie médicale (95)
- Décret relatif aux actes professionnels....
- Loi du 4 mars 2002 (information du patient)...

VI- Aspects psychologiques et sociaux :

- Vécu psychologique du patient en soins palliatifs.
- Famille et accompagnement.
- Problématique du deuil.

VII- Fonctions du masseur-kinésithérapeute en soins palliatifs

- Objectifs
- Principes
- Moyens
- Pluridisciplinarité
- Cas cliniques

SFAP

*Collège des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs*

**Douleur :**
**Programme de formation destiné aux étudiants masseurs-kinésithérapeutes.**

## I- Objectifs :

- Appréhender les bases fondamentales de la douleur.
- Connaître les notions de douleur, souffrance, vécu psychologique, perte.
- Savoir évaluer la douleur,
- Appréhender le traitement médical et chirurgical de la douleur,
- Maîtriser les techniques spécifiques masso-kinésithérapiques et connaître les autres techniques professionnelles du traitement et de la prise en charge de la douleur

## II- Aspect biomédical de la douleur :

- Bases neuro-physiologiques de la douleur.
- Douleurs aiguës et chroniques d'origine musculo-squelettique (rhumatismale, traumatique...).
- Douleurs aiguës post-opératoires.
- Douleur chronique cancéreuse.
- Douleurs neuropathiques (centrale, périphérique).
- Douleur de l'enfant.

## III- Aspects psycho-sociaux de la douleur :

- Approche historique, philosophique, anthropologique et interculturelle de la douleur.
- Douleur et souffrance (conséquences de la douleur sur le mouvement, peur de la douleur, facteurs anxiodépressifs...).
- Aspects éthiques de la douleur.

## IV- Prise en charge de la douleur :

- Evaluation de la douleur
- Médicaments, chirurgie de la douleur.
- Techniques classiques de prise en charge de la douleur en Masso-kinésithérapie
- Techniques spécifiques de prise en charge de la douleur en Masso-kinésithérapie
- Gestion de la douleur provoquée par la kinésithérapie
- Prise en charge interdisciplinaire et professionnelle de la douleur :
- Rôle et place du masseur-kinésithérapeute, réseau.

## V- Intervenants :

Médecin, chirurgien, psychologue, sociologue, professionnels paramédicaux, masseur-kinésithérapeute.

## VI- Modalités pédagogiques :

Enseignement magistral, méthodes pédagogiques interactives, analyse d'articles, analyse des cliniques de pratiques, production, recherche (entretiens ...).

## VII- Chronologie d'interventions : K1, K2, K3.

**ANNEXE IV : Présentation du programme de formation**

**PROJET PEDAGOGIQUE :**

INFORMATION SUR LES SOINS PALLIATIFS ET LA KINESITHERAPIE

**Public visé :** Etudiants en troisième année d'étude de masso-kinésithérapie

ILFMK de Nancy : 90 étudiants

**Pré-requis :** Expériences préalables de prise en charge de patients (la confrontation préalable avec la réalité d'une prise en charge dans sa dimension psychosociale semble utile à une bonne réceptivité de l'intervention proposée).

**Intervention proposée :** Une journée (6 heures) sous forme de tables rondes organisées en ateliers interactifs de 8h30 à 17h

Période souhaitée : Première session de cours Novembre/Décembre.

**Date retenue : Jeudi 27 Novembre 2014**

**Intervenants :**

- Dr Emmanuel Doron, Praticien Hospitalier, service régional de soins palliatifs et consultation de la douleur chronique CHR Metz Thionville, Hôpital d'Hayange.

- Mme Rachel Isidore, Psychologue unité de soins palliatifs CHR Metz Thionville, Hôpital Legouest, Metz.

- M. Florian Ménegaz, Masseur Kinésithérapeute Pôle rééducation CHR Metz Thionville, Hôpital Mercy, Metz.

- M. Patrick Fiorletta, Masseur Kinésithérapeute libéral à Essey-lès-nancy

- M. Laurent Foucaud, Masseur Kinésithérapeute unité de soins palliatifs CHR Metz Thionville, Hôpital Legouest, Metz.

**Support Pédagogique :**

Préalablement à la formation

Documents (articles, brochures de présentation, cas cliniques) d'introduction au thème des soins palliatifs en relation avec les 4 ateliers proposés pour préparer la réflexion et ouvrir les discussions entre les intervenants et les étudiants.

NB : Fournir les documents au moins une semaine avant la date prévue de la formation.

**- Programme de la journée :**

8h30- 8h50 : Introduction pour l'ensemble du public :

**Intervenant** : M. Foucaud

Introduction du thème, de la formation et présentation des différents intervenants

**Durée** : 20 min

**Lieu souhaité** : amphithéâtre

8h50- 9h20 : Les soins palliatifs généralités

Intervenant : M. Foucaud

9h30-12h00 : -Tables rondes par ateliers

Groupe de 20 étudiants

**Intervenants :** Dr Doron, M. Ménegaz, Mme Isidore, M. Fiorletta,

Atelier 1 : Médecin prescripteur HAD

Atelier 2 : MK d'un service de soins palliatifs en milieu hospitalier

Atelier 3: Soins palliatifs et masso-kinésithérapie en libéral

ANNEXE V.1

**Veuillez compléter l'ensemble des questions de l'encadré suivant en cochant une seule case par question.**

| Vos connaissances en soins palliatifs | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | 2 |
|---|---|---|---|---|---|
| Comment estimez-vous vos connaissances générales concernant les soins palliatifs ? | | | | | 2.1 |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant au rôle du kinésithérapeute en soins palliatifs ? | | | | | 2.2 |
| Comment estimez-vous votre préparation à travailler en soins palliatifs ? | | | | | 2.3 |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation générale des soins palliatifs ? | | | | | 2.4 |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation propre à la kinésithérapie en soins palliatifs ? | | | | | 2.5 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les techniques masso-kinésithérapiques rencontrées en soins palliatifs ? | | | | | 2.6 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur la gestion de situation difficile affectivement ? | | | | | 2.7 |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant à l'éthique en soins palliatifs ? | | | | | 2.8 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les lieux d'exercice de la kinésithérapie en soins palliatifs ? | | | | | 2.9 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les services d'aide disponibles pour le patient et leurs proches ? | | | | | 2.10 |

ANNEXE V.1

**Veuillez compléter l'ensemble des questions des encadrés suivants en cochant une seule case par question.**

L'échelle utilisée est la suivante :

| **Les situations de soins palliatifs** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **3** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'idée d'être confronté à la mort de votre patient vous fait peur | | | | | | 3.1 |
| L'implication émotionnelle en lien avec votre travail est un problème pour vous | | | | | | 3.2 |
| Vous vous sentez capable de parler de la mort avec les proches du malade | | | | | | 3.3 |
| Vous vous sentez plus à l'aise sur la pratique que le relationnel | | | | | | 3.4 |
| Pour vous la mort d'un patient est synonyme d'échec | | | | | | 3.5 |
| Vous savez répondre aux questions du patient sur ce qu'il va se passer pendant le processus de fin de vie | | | | | | 3.6 |
| Vous vous sentez capable de soutenir la famille/les proches pour qui la situation devient trop difficile à supporter | | | | | | 3.7 |

| **La pratique masso-kinésithérapique** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **4** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pour vous l'intervention d'un kinésithérapeute en soins palliatifs est nécessaire | | | | | | 4.1 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la douleur d'un patient en soins palliatifs | | | | | | 4.2 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la perte d'autonomie d'un patient en soins palliatifs | | | | | | 4.3 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge les autres symptômes (faiblesse musculaire, fatigue, problème respiratoire, neurologique, *etc.*) d'un patient en soins palliatifs | | | | | | 4.4 |
| Le bilan diagnostic kinésithérapique est nécessaire en soins palliatifs | | | | | | 4.5 |
| Le travail en équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs est essentiel | | | | | | 4.6 |
| Vous pensez savoir être à l'écoute de vos patients, et pouvoir l'être dans le cas des soins palliatifs | | | | | | 4.7 |
| Vous savez changer les objectifs en lien avec une évolution défavorable de la maladie | | | | | | 4.8 |

ANNEXE V.1

**Pour ce dernier encadré des réponses écrites sont demandées pour les deux derniers items.**

| **Votre avis** | **5** |
|---|---|
| Qu'attendez-vous d'une formation en soins palliatifs ? (réponse courte et synthétique souhaitée) | |
| Classez par ordre décroissant (c'est à dire du plus significatif au moins significatif) trois mots qui caractérisent les soins palliatifs. | 1._____<br>2._____<br>3._____ |

Merci de votre participation.

ANNEXE V.2

# Soins palliatifs et kinésithérapie

Vous avez suivis un enseignement sur les soins palliatifs, afin d'évaluer cette formation, nous vous invitons à compléter ce questionnaire. Il s'inscrit dans la réalisation d'un mémoire de 3ème année en vue de l'obtention du diplôme d'état de masso-kinésithérapie. Ce mémoire a pour thème la formation initiale en soins palliatifs auprès des étudiants de masso-kinésithérapie.

Pour le respect de l'anonymat et pour permettre de faire correspondre vos questionnaires avant et après formation de façon confidentielle, nous vous demandons de suivre les consignes qui suivent pour créer votre code d'anonymat.

Ci-dessous se trouve la case « code d'anonymat » ou vous inscrirez ce code. Deux traits sont présents :
- sur le premier : Notez les trois premières lettres du prénom de votre mère.
- sur le deuxième : Notez les deux premières lettres de votre prénom

Exemple : votre mère s'appelle Marie, votre prénom est Sara, votre code d'anonymat est MAR SA

**Code d'anonymat :** _____ _____

**Veuillez compléter l'ensemble des questions de l'encadré suivant en cochant une seule case par question.**

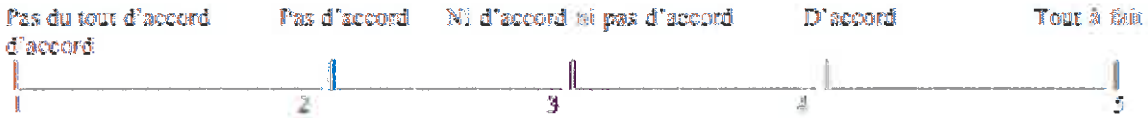
| Vos connaissances en soins palliatifs | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | 2 |
|---|---|---|---|---|---|
| Comment estimez-vous vos connaissances générales concernant les soins palliatifs ? | | | | | 2.1 |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant au rôle du kinésithérapeute en soins palliatifs ? | | | | | 2.2 |
| Comment estimez-vous votre préparation à travailler en soins palliatifs ? | | | | | 2.3 |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation générale des soins palliatifs ? | | | | | 2.4 |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation propre à la kinésithérapie en soins palliatifs ? | | | | | 2.5 |

ANNEXE V.2

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les techniques masso-kinésithérapiques rencontrées en soins palliatifs ? | | | | | 2.6 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur la gestion de situation difficile affectivement ? | | | | | 2.7 |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant à l'éthique en soins palliatifs ? | | | | | 2.8 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les lieux d'exercice de la kinésithérapie en soins palliatifs ? | | | | | 2.9 |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les services d'aide disponibles pour le patient et leurs proches ? | | | | | 2.10 |

**Veuillez compléter l'ensemble des questions des encadrés suivants en cochant une seule case par question.**

L'échelle utilisée est la suivante :




| Les situations de soins palliatifs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| L'idée d'être confronté à la mort de votre patient vous fait peur | | | | | | 3.1 |
| L'implication émotionnelle en lien avec votre travail est un problème pour vous | | | | | | 3.2 |
| Vous vous sentez capable de parler de la mort avec les proches du malade | | | | | | 3.3 |
| Vous vous sentez plus à l'aise sur la pratique que le relationnel | | | | | | 3.4 |
| Pour vous la mort d'un patient est synonyme d'échec | | | | | | 3.5 |
| Vous savez répondre aux questions du patient sur ce qu'il va se passer pendant le processus de fin de vie | | | | | | 3.6 |
| Vous vous sentez capable de soutenir la famille/les proches pour qui la situation devient trop difficile à supporter | | | | | | 3.7 |

ANNEXE V.2

| **La pratique masso-kinésithérapique** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **4** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pour vous l'intervention d'un kinésithérapeute en soins palliatifs est nécessaire | | | | | | 4.1 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la douleur d'un patient en soins palliatifs | | | | | | 4.2 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la perte d'autonomie d'un patient en soins palliatifs | | | | | | 4.3 |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge les autres symptômes (faiblesse musculaire, fatigue, problème respiratoire, neurologique, *etc.*) d'un patient en soins palliatifs | | | | | | 4.4 |
| Le bilan diagnostic kinésithérapique est nécessaire en soins palliatifs | | | | | | 4.5 |
| Le travail en équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs est essentiel | | | | | | 4.6 |
| Vous pensez savoir être à l'écoute de vos patients, et pouvoir l'être dans le cas des soins palliatifs | | | | | | 4.7 |
| Vous savez changer les objectifs en lien avec une évolution défavorable de la maladie | | | | | | 4.8 |

**Pour ce dernier encadré des réponses écrites sont demandées pour les deux derniers items.**

| **Votre avis** | **5** |
|---|---|
| Avez-vous apprécié la formation en soins palliatifs à laquelle vous avez assisté ? | ☐ Oui<br>☐ Non |
| Avez-vous trouvez que la durée des différents ateliers proposés était appropriée ? | ☐ Oui<br>☐ Non |
| Avez-vous trouvé le contenu de la formation clair et approprié ? | ☐ Oui<br>☐ Non |
| Quels points auriez-vous souhaité voir approfondis ou abordés ? | |
| Classez par ordre décroissant (c'est à dire du plus significatif au moins significatif) trois mots qui caractérisent les soins palliatifs. | 1._____<br>2._____<br>3._____ |

Merci de votre participation.

**ANNEXE VI : Tableau présentant les mots caractérisant les soins palliatifs regroupés en champs lexicaux**

**VI.1 : Résultats pré formation**

**VI.2 : Résultats post formation**

ANNEXE VI.1

**Pré formation :**

| | |
|---|---|
| **Bien être** | Amélioration<br>Soulagement<br>Dignité<br>Sérénité<br>Confort<br>Apaisement<br>Bien être |
| **Décès / Fin de vie** | Mort<br>Fin de vie<br>Phase terminale |
| **Douleur** | Antalgie<br>Douleur<br>Gestion de la douleur<br>Prise en charge de la douleur |
| **Relationnel** | Dialogue<br>Relationnel<br>Ecoute<br>Famille<br>Information<br>Entourage<br>Respect |
| **Maladie** | Non répondant<br>Dépendance<br>Hôpital<br>Fatigue<br>Patient<br>Perte d'autonomie<br>Evolution négative<br>Alitement |
| **Affectif** | Soutien<br>Empathie<br>Tristesse<br>Soutien psychologue<br>Aspect affectif<br>Difficile<br>Contexte émotionnel |
| **Accompagnement** | Accompagnement / Présence |
| **Pluridisciplinarité** | Pluridisciplinaire |

ANNEXE VI.1

| | |
|---|---|
| **Place du kiné** | Adaptation<br>Encadrement Contrôle<br>Entretien des capacités résiduelles<br>Installation - nursing<br>Balance bénéfice risque<br>Prioriser les soins<br>Guider |
| **Autres** | Indispensable / Ethique |

**Post Formation**

| | |
|---|---|
| **Bien être** | Qualité de vie<br>Amélioration<br>Soulagement<br>Dignité<br>Sérénité<br>Vie<br>Confort |
| **Décès / Fin de vie** | Mort / Fin de vie |
| **Douleur** | Antalgie<br>Gestion de la douleur |
| **Relationnel** | Accompagnement<br>Dialogue<br>Compréhension<br>Relationnel<br>Ecoute<br>Famille |
| **Maladie (péjoratif)** | Incertitude<br>Patient non répondant<br>Dépendance<br>Durée<br>Chronicité<br>Dégradation<br>Hôpital |
| **Affectif** | Soutien<br>Empathie<br>Tristesse<br>Humanité<br>Rassurer |
| **Accompagnement** | Accompagnement |
| **Pluridisciplinarité** | Partenariat<br>Pluridisciplinaire<br>Travail d'équipe |
| **Place du kiné** | Observation<br>Adaptation<br>Discrétion<br>Encadrement<br>Entretien des capacités résiduelles -<br>Autonomie<br>Fonctionnelle<br>Prendre soin |
| **Autres** | Ethique |

**Annexe VII : Tableaux présentant les résultats en nombre et statistiques des données personnelles, et de l'intérêt porté à la journée de formation en soins palliatifs**

| Age | |
|---|---|
| Mini : 20 ans<br>Maxi : 32 ans | |
| Moyenne | 22,9 |
| Ecart type | 3,0 |
| Médiane | 22 |

| Sexe | | |
|---|---|---|
| Homme | 28 | 41% |
| Femme | 40 | 59% |
| Total | 68 | 100% |

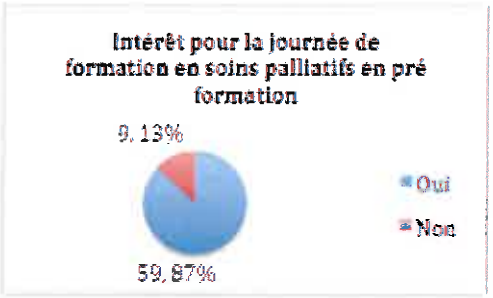
| Cursus antérieur | | |
|---|---|---|
| PACES | 60 | 88% |
| Infirmier | 1 | 1% |
| Ergothérapeute | 2 | 3% |
| Ergonome | 1 | 1% |
| Extra-communautaire | 1 | 1% |
| APAS | 2 | 3% |
| Autres | 1 | 1% |

| Stage en soins palliatifs | | |
|---|---|---|
| Oui | 25 | 37% |
| Non | 43 | 63% |

| Vécu personnel en soins palliatifs | | |
|---|---|---|
| Oui | 17 | 25 |
| Non | 51 | 75 |

| Enseignements préalables | | |
|---|---|---|
| Oui | 11 | 16% |
| Non | 57 | 84% |

| Pratique future envisagée | | |
|---|---|---|
| Libérale | 28 | 41% |
| Salariée | 9 | 13% |
| Ne sait pas | 31 | 46% |



| Jugement du contenu | | |
|---|---|---|
| Approprié | 61 | 90% |
| Non approprié | 7 | 10% |

| Jugement de la durée | | |
|---|---|---|
| Approprié | 51 | 75% |
| Non approprié | 25 | 10% |

**ANNEXE VIII : Présentation des résultats aux différentes réponses en nombre et en pourcentages**

Les pourcentages ont été arrondis au dixième pour l'ensemble des tableaux.

**Connaissances**

| | Pré (en nombre et en pourcentage) | | | | Post (en nombre et en pourcentage) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne | Aucune | Faible | Moyenne | Bonne |
| Comment estimez-vous vos connaissances générales concernant les soins palliatifs ? | 4 (6%) | 53 (78%) | 11 (16%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 3 (4%) | 45 (66%) | 20 (30%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant au rôle du kinésithérapeute en soins palliatifs ? | 8 (12%) | 41 (60%) | 19 (28%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (3%) | 26 (38%) | 40 (59%) |
| Comment estimez-vous votre préparation à travailler en soins palliatifs ? | 25 (37%) | 40 (59%) | 3 (4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 11 (16%) | 56 (82%) | 1 (1%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation générale des soins palliatifs ? | 42 (62%) | 21 (31%) | 5 (7%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 20 (29%) | 40 (59%) | 8 (12%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances de la réglementation propre à la kinésithérapie en soins palliatifs ? | 53 (78%) | 14 (21%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 22 (32%) | 37 (54%) | 8 (12%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les techniques masso-kinésithérapiques rencontrées en soins palliatifs ? | 9 (13%) | 48 (71%) | 9 (13%) | 2 (3%) | 0 (0%) | 6 (9%) | 32 47%) | 30 (44%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur la gestion de situation difficile affectivement ? | 15 (22%) | 31 (46%) | 22 (32%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 11 (16%) | 44 (65%) | 13 (19%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances quant à l'éthique en soins palliatifs ? | 21 (31%) | 23 (34%) | 24 (35%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 7 (10%) | 48 (71%) | 13 (19%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les lieux d'exercice de la kinésithérapie en soins palliatifs ? | 18 (26%) | 39 (57%) | 10 (15%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 8 (12%) | 24 (35%) | 36 (53%) |
| Comment estimez-vous vos connaissances sur les services d'aide disponibles pour le patient et leurs proches ? | 31 (46%) | 31 (46%) | 6 (9%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 18 (26%) | 45 (66%) | 5 (7%) |

**Situations de soins palliatifs**

| | Pré (en nombre et en pourcentage) | | | | | Post (en nombre et en pourcentage) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni / Ni | D'accord | Tout à fait d'accord | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni /Ni | D'accord | Tout à fait d'accord |
| L'idée d'être confronté à la mort de votre patient vous fait peur | 9 (13%) | 17 (25%) | 20 (30%) | 21 (31%) | 1 (1%) | 12 (18%) | 22 (32%) | 18 (26%) | 15 (22%) | 1 (1%) |
| L'implication émotionnelle en lien avec votre travail est un problème pour vous | 16 (24%) | 27 (40%) | 19 (28%) | 6 (9%) | 0 (0%) | 14 (21%) | 30 (44%) | 15 (22%) | 9 (13%) | 0 (0%) |
| Vous vous sentez capable de parler de la mort avec les proches du malade | 5 (7%) | 22 (32%) | 16 (24%) | 18 (26%) | 7 (10%) | 1 (1%) | 8 (12%) | 20 (29%) | 34 (50%) | 5 (7%) |
| Vous vous sentez plus à l'aise avec la pratique que le relationnel | 7 (10%) | 18 (26%) | 30 (44%) | 11 (16%) | 2 (3%) | 10 (15%) | 16 (24%) | 20 (29%) | 20 (29%) | 2 (3%) |
| Pour vous la mort d'un patient est synonyme d'échec | 24 (35%) | 35 (51%) | 8 (12%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 42 (62%) | 23 (34%) | 3 (4%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Vous savez répondre aux questions du patient sur ce qu'il va se passer pendant le processus de fin de vie | 23 (34%) | 23 (34%) | 18 (26%) | 4 (6%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 15 (22%) | 31 (46%) | 20 (29%) | 1 (1%) |
| vous vous sentez capable de soutenir la famille/les proches pour qui la situation devient trop difficile à supporter | 8 (12%) | 24 (35%) | 27 (40%) | 7 (10%) | 2 (3%) | 0 (0%) | 10 (15%) | 29 (43%) | 26 (38%) | 3 (4%) |

**La pratique MK**

| | Pré (en nombre et en pourcentage) | | | | | Post (en nombre et en pourcentage) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni / Ni | D'accord | Tout à fait d'accord | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni /Ni | D'accord | Tout à fait d'accord |
| Pour vous l'intervention d'un kiné en soins palliatifs est nécessaire | 0 (0%) | 0 (0%) | 14 (21%) | 26 (38%) | 28 (41%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 17 (25%) | 50 (74%) |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la douleur d'un patient en soins palliatifs | 3 (4%) | 23 (34%) | 31 (46%) | 10 (15%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 23 (34%) | 40 (59%) | 4 (6%) |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge la perte d'autonomie d'un patient en soins palliatifs | 0 (0%) | 15 (22%) | 38 (56%) | 15 (22%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 15 (22%) | 44 (65%) | 8 (12%) |
| Vous vous sentez capable de prendre en charge les autres symptômes (faiblesse musculaire, fatigue, problème respiratoire, neurologique, …) d'un patient en soins palliatifs | 1 (1%) | 11 (16%) | 24 (35%) | 32 (47%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 3 (4%) | 6 (9%) | 51 (75%) | 8 (12%) |
| Le bilan diagnostic kinésithérapique est nécessaire en soins palliatifs | 0 (0%) | 4 (6%) | 22 (32%) | 24 (35%) | 18 (26%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 9 (13%) | 32 (47%) | 26 (38%) |
| Le travail en équipe pluridisciplinaire en soins palliatifs est essentiel | 0 (0%) | 1 (1%) | 0 (0%) | 14 (21%) | 53 (78%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (1%) | 4 (6%) | 63 (92%) |
| Vous pensez savoir être à l'écoute de vos patients, et pouvoir l'être dans le cas des soins palliatifs | 1 (1%) | 1 (1%) | 14 (21%) | 39 (57%) | 13 (19%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 6 (9%) | 45 (66%) | 17 (25%) |
| Vous savez changer les objectifs en lien avec une évolution défavorable de la maladie | 1 (1%) | 8 (12%) | 23 (34%) | 33 (49%) | 3 (4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 7 (10%) | 46 (68%) | 15 (22%) |