

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

**SOINS PALLIATIFS EN HOSPITALISATION
A DOMICILE : ETUDE DE LA PRATIQUE
LIBERALE KINESITHERAPIQUE**

Mémoire présenté par **Laurent Foucaud**
étudiant en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur –Kinésithérapeute.
2013-2014.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.R.S. : Agence Régionale de Santé

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

C.N.A.M.T.S. : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

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

D.I.U. : Diplôme Inter Universitaire

D.U. : Diplôme Universitaire

E.H.P.A. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

F.I.F.P.L. : Fond Interprofessionnel pour la Formation des Professionnels Libéraux

H.A.D. : Hospitalisation A Domicile

L.I.S.P. : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

M.K. : Masseur-Kinésithérapeute

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

P.M.S.I. : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

P.R.E.S. : Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur

S.H.A.D. : Soins Hospitaliers A Domicile

S.S.R. : Soins de Suite et de Réadaptation

U.S.P. : Unités de Soins Palliatifs

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION.....	1
2. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE.....	2
2.1. Méthode de recherche bibliographique.....	2
2.1.1. Problématique posée.....	2
2.1.2. Stratégie de recherche.....	2
2.2. Les soins palliatifs.....	2
2.2.1. Définition, contexte culturel et sociétal.....	2
2.2.2. Analyses quantitatives des personnes relevant des soins palliatifs et filières..	4
2.2.3. Kinésithérapie et soins palliatifs.....	5
2.3. L'hospitalisation à domicile.....	7
2.3.1. Modalités.....	7
2.3.2. Place des soins palliatifs.....	9
2.3.3. Interventions kinésithérapiques.....	10
2.4. La pratique libérale kinésithérapique.....	11
2.4.1. Le cadre réglementaire.....	11
2.4.2. La formation professionnelle.....	11
3. MATERIEL ET METHODES.....	13
3.1. Population interrogée.....	13
3.2. Elaboration du questionnaire et modalité de recueil d'informations.....	13
3.3. Exploitation des données.....	14
3.4. Traitement statistique.....	15
3.5. Elaboration des projets de formations.....	15
4. RESULTATS.....	16
4.1. Identification de la population ciblée et description de l'échantillon étudié.....	16
4.2. La pratique professionnelle kinésithérapique en libéral et les soins palliatifs.....	17
4.3. Les Particularités de la prise en charge des soins palliatifs en H.A.D.....	19

4.4. Evaluation des besoins de formation	20
4.5. Proposition de formation	24
5. DISCUSSION	25
5.1. Les limites de l'étude.....	25
5.2. Les caractéristiques de la population interrogée.....	26
5.3. La prise en charge de patients en soins palliatifs et la pratique kinésithérapique	26
5.4. La formation en soins palliatifs	28
6. CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RESUME

Les soins palliatifs occupent une place singulière dans le domaine de compétences des masseur-kinésithérapeutes. Si c'est l'acte le mieux côté, il est paradoxalement peu pratiqué surtout en libéral. Face à une demande croissante pour ces soins, il nous est apparu important de considérer l'implication des masseur-kinésithérapeutes dans cette prise en charge globale et parallèlement la place de ces soins dans l'offre de formation. C'est par le biais d'une enquête que nous avons mené une étude de la situation sur le bassin thionvillois en partenariat avec le service d'hospitalisation à domicile du CHR Metz-Thionville. Celle-ci révèle que si la majorité (77,3%) des masseur-kinésithérapeutes a pris en charge des patients en soins palliatifs, le nombre de patients se limite à moins de un par an en moyenne. Elle nous apprend également que la prise en charge de ces patients est limitée par la durée de la séance et le fait qu'elle se fasse à domicile. L'enquête souligne que 70 % des masseur-kinésithérapeutes considèrent les soins palliatifs dans leur domaine de compétences et seulement 53,3% savent que ceux-ci font l'objet d'une cotation spécifique. Enfin, ils sont 44% à savoir qu'il s'agit de l'AM.K.12. Dans le cas particulier d'une prise en charge en hospitalisation à domicile le travail en équipe pluridisciplinaire constitue l'atout majeur, mais les aspects administratifs sont jugés pénalisants. Pour finir, si 91% des masseur-kinésithérapeutes ont reçu une formation en soins palliatifs au cours de leur cursus, 72,3 % des interrogés l'estiment insuffisante. En réponse à cette lacune, nous préconisons la mise en place d'une formation initiale et continue.

Mots Clés : Soins palliatifs, kinésithérapie, hospitalisation à domicile.

Keywords: Palliative care, physical therapy, home care services

1. INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, les questions sur la fin de vie et par extension sur les soins palliatifs, font régulièrement l'objet de débats publics. L'affaire Vincent Humbert (2000-2003)¹ et la Loi Leonetti 2005 qui en découle en sont probablement les points d'orgues. Plus récemment le rapport du professeur Sicard (décembre 2012), a rappelé que le débat est loin d'être clos et que de nombreuses questions sur l'accompagnement des patients en fin de vie sont encore en suspens. Face à une demande forte du public et au développement de ces soins, le corps médical et paramédical doit apporter des réponses et donc intégrer les soins palliatifs dans son cœur de métier. Les masseur-kinésithérapeutes (M.K.) sont aussi partie prenante de cette évolution. Depuis 18 ans, les soins palliatifs sont inscrits aux domaines de compétences des M.K. et dans la pratique libérale ils bénéficient de la cotation d'actes la plus élevée. Paradoxalement, fort de l'idée que le but de la profession a pour objectif la récupération de la fonction, les M.K. semblent peu concernés par cette problématique. Partant de ce constat, nous avons souhaité étudier la place des soins palliatifs dans la pratique kinésithérapique libérale et également appréhender l'image que ces professionnels se font de cette catégorie de patients. Nos hypothèses de travail sont les suivantes : le manque d'implication des M.K. libéraux dans la prise en charge en soins palliatifs est due (a) à une méconnaissance du niveau de conventionnement, (b) à une insuffisance d'information et (c) de formation dans ce domaine. Pour vérifier ces hypothèses, nous avons choisi d'étudier la situation sur le bassin thionvillois en partenariat avec le service d'hospitalisation à domicile (H.A.D.) du CHR Metz-Thionville. Cette analyse, fondée sur l'administration d'un questionnaire, a pour objectif pratique à court terme, de recenser les M.K. libéraux susceptibles d'intervenir dans une prise en charge en soins palliatifs à domicile. A moyen terme, d'identifier les freins à l'intervention kinésithérapique par des M.K. libéraux et de poser les jalons d'une réflexion à mener sur les mesures d'amélioration possible de cette situation. A plus long terme, nous souhaiterions initier, par notre démarche, une modification des pratiques de certains M.K. libéraux vers davantage de soins palliatifs, en mettant l'accent sur la formation et le travail en lien avec l'H.A.D..

¹ En septembre 2000, suite à un accident de la route, Vincent Humbert s'est retrouvé tétraplégique, aveugle et muet. En septembre 2003, sa mère accompagnée d'un médecin a provoqué son décès. En février 2006, le procès de Marie Humbert se conclut par un non-lieu.

2. ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

2.1. Méthode de recherche bibliographique

2.1.1. Problématique posée

A l'origine de notre travail se trouvent nos interrogations sur les raisons du faible investissement des M.K. libéraux dans la prise en charge des patients en soins palliatifs, notamment en hospitalisation à domicile. A ce sujet, trois aspects ont été étudiés : les soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile et la pratique libérale kinésithérapique qui s'y réfère.

2.1.2. Stratégie de recherche

La recherche bibliographique menée pour notre travail a d'abord consisté à déterminer les mots clés qui correspondent au sujet en termes médicaux bilingues du Thésaurus MeSH. Ensuite, les banques de données accessibles via l'interface de l'Université de Lorraine et l'interface du REEDOC (annexe I) ont été consultées. Comme mentionné précédemment, la recherche s'est concentrée sur trois aspects et a abouti à la définition et à l'utilisation des mots clés suivants :

- soins palliatifs : accompagnements de la fin de vie, soins aux mourants, médecine palliative ; *termes anglais : palliative care, palliative surgery,*
- hospitalisation à domicile : H.A.D., hôpital à domicile, Soins Hospitaliers A Domicile (S.H.A.D.) ; *termes anglais : home care services, hospital-based care, hospital based home,*
- kinésithérapie : masso-kinésithérapie, kiné ; *termes anglais : physical therapy speciality, physiotherapy.*

La période retenue pour cette recherche s'échelonne de 2000 à 2013. Compte tenu du délai de réalisation du présent travail une veille documentaire a été réalisée sur la période s'échelonnant de la recherche initiale (novembre 2011) à la finalisation du présent document (janvier 2014). Un bilan quantitatif de la recherche initiale réalisée est présenté en annexe I.

2.2. Les soins palliatifs

2.2.1. Définition, contexte culturel et sociétal

Pour définir les soins palliatifs, nous avons retenu la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) de 2002 dont voici les grandes lignes :

« Les soins palliatifs sont une démarche pluridisciplinaire dont le but est d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille confrontés à l'expérience de la maladie grave mettant en jeu le pronostic vital au moyen d'une prévention et du soulagement de la souffrance par une reconnaissance précoce, une évaluation rigoureuse et le traitement de la douleur et des autres problèmes qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels. Les soins palliatifs... s'appliquent tôt dans le déroulement de la maladie en association avec les traitements curatifs... »(1) .

L'amélioration de la qualité de vie est le maître mot de cette définition qui concerne pourtant des patients en fin de vie. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies graves et évolutives dont on sait qu'elles ne guériront pas est une réalité nouvelle qui rend indispensable le développement des soins palliatifs selon une conception élargie qui ne se limite pas à la toute fin de vie (2). Pour autant, afin de comprendre la prise en charge des patients en fin de vie, il faut également considérer la place de la mort dans notre société. Celle-ci a beaucoup évolué au cours du siècle dernier. Le développement de la médecine moderne et parallèlement le recul de la religion ont conduit dans un premier temps à l'évacuation de la mort de l'espace public. Pourtant la fin du siècle dernier a vu ressurgir cette notion au cœur du débat public notamment avec le développement des soins palliatifs et les débats sur l'euthanasie. Le mouvement en faveur des soins aux mourants est apparu en Grande Bretagne à la fin des années 1960 et s'est étendu au Canada puis en France. En France, le mouvement a été validé par les pouvoirs publics en 1986 *via* un cadre réglementaire pour l'hôpital et une loi en 1999. Enfin, il est inscrit dans la politique de santé publique à travers trois plans de développement entre 2000 et 2012 (2). Le droit à l'euthanasie est un autre aspect de la fin de vie qui préoccupe les patients et les familles. Il n'en est fait mention ici que pour souligner qu'il a une origine commune avec les soins palliatifs à savoir la contestation de la toute puissance de la technique médicale. Mais ces deux approches s'opposent sur le droit à donner la mort. Le personnel soignant en soins palliatifs se doit d'avoir cette notion toujours présente à l'esprit. A cette fin, il est utile de se référer à la loi Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie et au rapport Sicard du 18 décembre 2012.

La dimension pluridisciplinaire de la prise en charge est l'élément central qui ressort du cadre dans lequel elle doit être mise en œuvre. Pourtant force est de constater que la profession de kinésithérapeute est relativement peu mentionnée dans les rapports officiels français sur le sujet (2)(3). Pour autant, la place primordiale qu'occupe le M.K. est soulignée dans de nombreux retours d'expérience (4) et commence à être investiguée dans d'autres pays comme les Etats Unis(5)(6)(7) et l'Irlande (8)(9) par exemple.

L'énoncé des objectifs des soins palliatifs, de prendre en charge en premier lieu la douleur, souligne bien la place que peut occuper le M.K. dans une approche non pharmacologique. Dès lors, deux obstacles peuvent contrarier une implication plus importante de cette profession dans les soins palliatifs. Il s'agit d'une part de l'état de développement de cette filière de soins et d'autre part, de la perception des soins palliatifs par les M.K. eux-mêmes.

2.2.2. Analyses quantitatives des personnes relevant des soins palliatifs et filières

Pour mieux définir les besoins de prise en charge des soins palliatifs, un bilan quantitatif et qualitatif reposant sur une liste de maladies chroniques conduisant à un décès prévisible a été réalisé dans la population française(2). Cette étude révèle que 2/3 des personnes décédées suite à une maladie en 2008 étaient susceptibles de bénéficier des soins palliatifs, ce qui correspondrait à 322 158 personnes. Parmi ces personnes 63,5% sont décédées à l'hôpital et 22,8% à domicile. Ces chiffres montrent qu'une grande majorité des patients concernés par les soins palliatifs décède à l'hôpital, mais ne renseignent pas sur les prises en charge en soins palliatifs à domicile préalables à l'hospitalisation ultime.

En ce qui concerne la nature des maladies des adultes pouvant relever d'une prise en charge palliative, pratiquement la moitié (48%) sont des cancers. Parmi ces malades 19% décèdent à domicile. Les autres pathologies sont des maladies cérébro-vasculaires (10%) cardio-vasculaires (8%), des insuffisances cardiaques (7%) et la maladie d'Alzheimer (6%) (2).

Contrairement à une idée largement répandue, les soins palliatifs ne concernent pas seulement les dernières semaines de la vie, mais peuvent être mis en place en parallèle des soins curatifs. Il en résulte que cette prise en charge peut être réalisée selon différents niveaux qui impliquent des structures différentes et donc des catégories de personnel différentes. De fait, la filière de soins palliatifs peut se décliner en 4 niveaux au niveau hospitalier (3) :

- Services hospitaliers non dédiés qui ont à faire face à des situations de fin de vie, services de médecine, services de soins de suites principalement.

- Lits Identifiés de Soins Palliatifs (L.I.S.P.) au sein de services confrontés fréquemment à ces situations (cancérologie, pneumologie, etc.), ce qui correspond à 4800 lits en France en 2010 et 267 en Lorraine répartis dans 41 établissements.

- Unités de Soins Palliatifs (U.S.P.), services où sont gérées les situations les plus complexes du point de vue clinique ou éthique, 107 cas recensés en France en 2010 dont 2 en Lorraine (ce qui correspond dans cette région à 25 lits au total).

- Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (E.M.S.P.), structure de soutien technique et éthique aux équipes de soins, 353 en 2010 dont 19 en Lorraine.

Dans les structures médicosociales telles que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.), cette prise en charge est assurée par le personnel soignant aidé dans le meilleur des cas par des E.M.S.P. ou des réseaux de santé en soins palliatifs. La région compte 3 réseaux de santé en soins palliatifs (2 en Meurthe-et-Moselle, 1 en Moselle).

A domicile, la prise en charge est réalisée par le médecin traitant et les professionnels de santé libéraux (infirmiers, M.K., aides soignants). Dans cette dernière situation, en cas d'hospitalisation à domicile, l'équipe de soin de l'H.A.D. peut prendre le relais, mais souvent cette équipe est dépourvue de M.K. La place des M.K. libéraux est donc primordiale dans ce cas (10).

2.2.3. Kinésithérapie et soins palliatifs

L'inclusion de la pratique des soins palliatifs dans le domaine de compétences des M.K. est récente puisqu'elle date de 1996. En effet, c'est l'article 9 du Décret n° 96-876 du 8 octobre 1996 qui définit cette compétence comme suit : « 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 » (11).

Au-delà de cette reconnaissance, il est légitime de se poser la question de la place réelle des M.K. dans les soins palliatifs. En effet, le principe de la profession est avant tout d'améliorer un état ou une fonction. Or, la spécificité des soins palliatifs est que la prise en charge n'aboutira pas à une guérison du patient (12). Pour débattre sur cette question, deux points de vue peuvent être argumentés. Le premier consiste à examiner les compétences des M.K. et à établir en quoi ils peuvent répondre à des besoins en soins palliatifs. Le second est d'étudier quelles sont les particularités des soins palliatifs et comment le M.K. peut s'y conformer et y apporter des réponses de soins.

A quel type de situation kinésithérapique la prise en charge en soins palliatifs peut-elle se rapprocher ? Nous voyons deux réponses à cette question : le travail effectué en service de soins aigus et le travail en secteurs gériatriques. En service de soins aigus, les compétences techniques mises en œuvre sont : le maintien de l'autonomie, l'indépendance, le maintien ostéo-musculaire, l'entretien du mouvement, l'entretien respiratoire des voies aériennes supérieures, l'aide respiratoire (le désencombrement bronchique, la respiration abdomino-diaphragmatique) l'installation et le positionnement au lit, les massages, la facilitation du transit, la relaxation, l'électrothérapie, le travail du souffle, mais aussi le soulagement de la douleur, l'écoute et la diminution de l'anxiété (10). Tous ces actes techniques sont mis en œuvre dans le cadre des soins palliatifs et procurent un bénéfice aux patients comme le rapportent plusieurs études étrangères (6)(7)(8)(13). Javier *et al.* (6) présentent notamment une synthèse des principales études réalisées sur des programmes de réadaptation destinés à des patients atteints de cancers avancés. Si nous devons ne retenir que quelques actes majeurs nous retiendrions les massages (14), le soulagement de la douleur (15) et l'aide respiratoire (16)(17). En secteur gériatrique, le M.K. a non seulement à réaliser les gestes techniques cités précédemment, mais il est aussi confronté à la nécessité d'une approche globale dans le souci de la qualité de vie et de la dignité de son patient. Ces aspects sont inhérents aux soins palliatifs et il est essentiel de retenir que la kinésithérapie y joue un rôle non négligeable (12) (13).

Quelles sont les particularités des soins palliatifs que le M.K. peut investir ? La réponse à cette question repose sur le fait essentiel que « dans l'accompagnement en fin de vie, la kinésithérapie participe à la conservation de la qualité de la vie et de la dignité humaine »(12). Un retour d'expérience d'une étudiante masseur-kinésithérapeute illustre parfaitement bien le rôle que peut jouer le M.K. dans ces deux aspects des soins palliatifs (18). Il relate que la qualité de vie est une préoccupation première pour le M.K. Celle-ci est omniprésente d'une part, par la spécificité de sa prise en charge du point de vue du confort et d'autre part, par les techniques de réadaptation qui retardent la perte d'autonomie. Le respect de la dignité humaine est particulièrement bien évoqué dans la relation que le M.K. va établir avec le patient au cours de ses séances de massages, mais aussi au cours de ses interactions avec les membres de la famille (18). Par leurs soins, les M.K. peuvent répondre aux demandes des patients de préserver leur intégrité fonctionnelle et leur représentation corporelle (19), ils contribuent ainsi à une meilleure acceptation psychologique de leur situation (20).

En résumé, il apparaît que le rôle des M.K. dans les structures de soins palliatifs est reconnu, cependant il peine à trouver une place dans les structures d'H.A.D.

2.3. L'hospitalisation à domicile

2.3.1. Modalités

L'H.A.D. est une alternative à part entière à une hospitalisation complète en établissement de santé. Elle existe en France depuis une cinquantaine d'année. Cependant, ce n'est qu'en 1970, que la loi hospitalière du 31 décembre institue son existence au sein de l'offre hospitalière. Depuis, l'H.A.D. a évolué tant au niveau structurel que législatif. Sur ce point, nous retiendrons les éléments essentiels tels que ceux du décret n° 92-1101 du 02 octobre 1992 relatifs à la spécificité des soins prodigués dans le cadre de l'H.A.D. par rapport aux soins habituellement dispensés à domicile, et ceux de la circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 laquelle définit les règles de base des établissements proposant une H.A.D. (21). Ainsi, les soins assurés en H.A.D. sont définis au terme de l'article L-6125-2 du code de santé publique comme suit : « soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la

fréquence des actes » (22). La circulaire du 30 mai 2000 précise que « l'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Ces malades nécessitent des soins complexes, [...] avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiennes ». Concrètement, l'H.A.D. assure une prise en charge globale et coordonnée du patient à son domicile incluant en théorie les M.K. en lui offrant la possibilité d'une meilleure qualité de vie dans son environnement. L'H.A.D. a donc une vocation généraliste et polyvalente qui en fait aussi sa spécificité. Les principaux motifs d'hospitalisation sont les soins palliatifs, la cancérologie et la périnatalité (23).

Quantitativement, on peut retenir qu'en 2009, l'H.A.D. a proposé en France 9029 places pour un nombre de 298 établissements. Toutefois il est à souligner que ce nombre ne représente que 0.45% des séjours d'hospitalisation complète.

Les interventions en H.A.D. se déclinent selon trois modalités relatives à des prises en charge de patients atteints de pathologies diverses. La première modalité correspond à des soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée. Dans cette catégorie, on inclue la périnatalité (25%), la pédiatrie (10%) (enfant de plus d'un an), la chimiothérapie (17,3%). La seconde modalité correspond à des soins continus associant des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée. Les soins palliatifs font partis de cette catégorie et représentent 18% des séjours. Enfin, la dernière modalité correspond à une réadaptation à domicile après une phase aiguë pour une durée déterminée, elle représente 7% des séjours. On notera que même si les soins palliatifs occupent une part importante des séjours, le taux de décès en H.A.D. reste faible (8%). A noter que les prises en charges gériatologiques encore peu nombreuses (22) devraient évoluer suite à la parution des textes réglementaires définissant la prise en charge en H.A.D. des personnes âgées en E.H.P.A. (21).

Dans ce contexte, la part des intervenants libéraux est plus ou moins importante selon le statut de la structure H.A.D.. Cette intervention se fait le plus souvent selon un système mixte c'est-à-dire impliquant à la fois des personnels salariés de l'H.A.D. et des professionnels libéraux et cela même au sein de structures publiques (22). De cette observation plusieurs

constats sont à mentionner. Pour le fonctionnement de l'H.A.D., l'intervention des professionnels libéraux offre une plus grande flexibilité et un relais pour le personnel salarié, mais elle peut aussi compliquer la coordination (22). Pour le professionnel libéral, il s'agit d'une approche pluridisciplinaire qui l'oblige à rompre avec son mode de fonctionnement habituel et à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmissions des informations, le dossier de soins et à se soumettre à l'évaluation de la qualité des soins prodigués. Pour améliorer la qualité des prises en charge, il y a nécessité de renforcer la formation des intervenants libéraux sur le sujet (22). Cette collaboration peut par ailleurs faire l'objet d'un contrat définissant sa nature et le cadre juridique (circulaire du 30 mai 2000).

L'H.A.D. est une modalité d'hospitalisation en plein essor (+119% d'activités entre 2005 et 2009) (22). Elle représente une alternative économique intéressante, mais le potentiel de développement est souvent théorique car il ne prend pas en compte la pénurie de personnel, notamment de kinésithérapeutes pour ce qui concerne par exemple les soins de suite et de réadaptation (24). Si sa vocation première était surtout orientée vers la cancérologie, dorénavant c'est dans les domaines de la périnatalité et des soins palliatifs qu'elle connaît une croissance importante (22).

2.3.2. Place des soins palliatifs

Si on prend en compte les pathologies graves qui sont rencontrées en H.A.D., il apparaît évident que le traitement de la douleur et les soins palliatifs font partie intégrante de cette activité. De plus comme le mentionne la circulaire du 30 mai 2000, « toute personne qui le nécessite et le souhaite doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs à domicile ». Compte de tenu du développement des soins palliatifs à domicile, cette démarche de soins est aujourd'hui envisageable (25).

Les soins palliatifs représentent 25 à 30% de l'activité des structures d'H.A.D., en termes de séjours et de journées réalisées. On compte aujourd'hui environ 300 structures d'H.A.D. (soit 10 000 places). En France, 25 000 à 30 000 personnes bénéficient chaque année d'une hospitalisation à domicile en soins palliatifs. Le développement important et rapide des structures d'H.A.D. et la place des soins palliatifs dans leur activité conduit à

réfléchir à la question des relations entre H.A.D., établissements hospitaliers et professionnels libéraux (3), et notamment sur les besoins de formation dans ce domaine.

2.3.3. Interventions kinésithérapiques

Les études relatives à l'intervention des kinésithérapeutes dans le cadre des hospitalisations à domicile pour les patients en soins palliatifs sont peu nombreuses. A notre connaissance, deux travaux dans ce domaine ont été publiés (7)(9). Une étude irlandaise définit un profil d'intervention en kinésithérapie chez les patients en soins palliatifs en hospitalisation à domicile. Ce profil fait apparaître que la quasi-totalité des patients bénéficiant d'une prescription de kinésithérapie requière effectivement l'intervention d'un « physiothérapeute ». Ces interventions comprennent notamment l'exercice physique, l'éducation du patient et l'entraînement à la marche. De plus, la prescription de kinésithérapie est largement dépendante de la présence d'un « physiothérapeute » dans l'équipe d'hospitalisation à domicile (9). Une étude américaine sur un panel de 12 patients en soins palliatifs à domicile tend, quant à elle, à mettre en évidence une amélioration quantifiable des capacités fonctionnelles (évaluation à l'aide de la « Patient-Specific Functional Scale » basée sur la différence entre le score initial et le score à 72 heures post intervention) et une réduction de la douleur (évaluée à l'aide d'une Echelle Visuelle Analogique) chez ces patients après interventions de « physiothérapeutes » (7).

En France, les interventions kinésithérapiques en H.A.D. peuvent être réalisées selon trois modalités : le mode salarié, le mode libéral avec ou sans convention. Il est difficile d'établir un bilan quantitatif de ces différentes modalités au niveau national. A notre connaissance, il n'existe pas d'études relatives à l'intervention des M.K. en H.A.D..

Bien qu'aucune donnée quantitative ne soit disponible, il apparaît clairement que l'H.A.D. ne dispose pas d'un nombre suffisant de personnels kinésithérapeutes salariés (Dr Doron, communication personnelle). De fait, l'intervention de professionnels libéraux semble donc la modalité la plus développée (22) et la plus prometteuse. Mais plusieurs facteurs peuvent limiter leur implication. Ceux-ci font l'objet du développement qui suit.

2.4. La pratique libérale kinésithérapique

2.4.1. Le cadre réglementaire

Un des verrous qui peut restreindre la participation des M.K. libéraux dans la prise en charge de patients en soins palliatifs est la valorisation des actes. Force est de constater que d'une manière générale, la valorisation de cette activité et l'accompagnement des personnes en fin de vie est problématique. Seuls les actes de soins les plus techniques sont pris en compte, laissant de côté les soins relationnels. Pour autant, la nomenclature des actes kinésithérapiques de la convention nationale prend en compte la participation aux soins palliatifs par une cotation spécifique. Elle est définie par l'article 11 de l'arrêté du 4 octobre paru au journal officiel 231 du 5 octobre 2000 : « Soins palliatifs : prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique etc.), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions : 12 ». C'est actuellement l'acte le plus coté dans la nomenclature des M.K. (10). Malgré cela, le remboursement des actes de masso-kinésithérapie liés aux soins palliatifs est inférieur à 1% de la totalité des remboursements d'actes dans la plupart des départements (19).

2.4.2. La formation professionnelle

Un deuxième verrou, qui peut limiter l'implication des M.K. libéraux dans l'accompagnement des patients en fin de vie, est probablement le manque de formation dans le domaine des soins palliatifs. Ce déficit concerne non seulement la formation initiale, mais aussi et surtout la formation continue. Et plus encore que le nombre d'offres de formation, c'est la connaissance de ces formations et leur adéquation avec la pratique libérale qui peut faire défaut.

La politique nationale de développement des soins palliatifs a pris en compte cet aspect de formation en se fixant 3 objectifs principaux. Le premier concerne la reconnaissance universitaire dans le cadre de la formation médicale. Le second concerne directement la mise en œuvre de formations destinées aux personnels des services de soins à domicile où ceux qui travaillent dans les structures médico-sociales. La troisième concerne l'intégration de la dimension palliative dans les formations initiales paramédicales (2).

La place des soins palliatifs dans la formation initiale en masso-kinésithérapie pose encore question actuellement. Non seulement il s'agit de s'interroger sur la place que cette formation doit réserver aux soins palliatifs, mais préalablement il s'agit de répondre à la question du rôle même du M.K. dans les soins palliatifs (10). Le développement qui précède a fait une large place aux éléments de réponse à cette dernière question. En ce qui concerne la formation en elle-même, il semblerait qu'il faille amener l'étudiant à percevoir son futur métier sous un angle différent de celui qu'il a coutume d'envisager. En effet, il ne s'agit plus ici de restaurer une fonction, mais d'entretenir cette dernière en freinant les altérations consécutives à la pathologie le plus longtemps possible. Une approche reposant sur l'illustration de cas cliniques basés sur la prise en charge des symptômes les plus couramment rencontrés, c'est-à-dire douleur et gêne respiratoire, est envisageable (10). Toutefois, l'approche de cet aspect du métier par le biais de stages avec un tutorat ciblé sur les spécificités propres aux soins palliatifs apparaît de loin la meilleure solution (26). Cela dit, ce mode d'apprentissage ne peut bénéficier qu'à quelques étudiants ayant l'opportunité de se former dans des services qui disposent de structures de soins palliatifs (18). Bien qu'une initiation aux soins palliatifs soit indispensable en formation initiale de masso-kinésithérapie, la formation continue offre l'opportunité aux professionnels d'acquérir les connaissances complémentaires nécessaires à cette pratique.

En matière de formation continue pour les professionnels libéraux, celle-ci est financée par un organisme gestionnaire mandaté pour gérer la dotation attribuée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Pour les professions paramédicales libérales, il s'agit du Fond Interprofessionnel pour la Formation des Professionnels Libéraux (F.I.F.P.L.). C'est auprès de cet organisme que tout professionnel libéral doit adresser ses demandes de prise en charge de formation (<http://www.fifpl.fr>).

En matière de soins palliatifs il existe en France un Diplôme Universitaire D.U. (1 année pour un volume horaire de 60 à 160h) et un Diplôme Inter Universitaire (D.I.U.) (2^{ème} année, pour un volume horaire de 63 à 123 h) de soins palliatifs. Les professions paramédicales représentent 62.6% des participants, sans distinction de la catégorie professionnelle (2). Une initiative intéressante mérite d'être mentionnée, Il s'agit du Certificat Interdisciplinaire Soins Palliatifs Accompagnement Douleur (C.I.S.P.A.D.). Cette formation non-diplômante, mais

plus courte, est proposée à Metz-Thionville et Epinal-Golbey par la Coordination Lorraine Douleur Soins Palliatifs et Accompagnement (COLORDSPA) (27). Son format court intéresse de nombreux professionnels et il serait opportun que cette formation soit validée en formation continue.

3. MATERIEL ET METHODES

3.1. Population interrogée

La détermination de la population de M.K. libéraux interrogés est basée sur le bilan 2011 du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) concernant l'activité en H.A.D. du CHR Metz Thionville². Ce choix permet de définir une aire géographique d'étude incluant 20 zones géographiques « au sens P.M.S.I. » telle qu'utilisée par l'Agence Régionale de Santé de Lorraine (annexe II). L'aire géographique susmentionnée est superposée à la zone de découpage cantonal afin de disposer des coordonnées des M.K. libéraux conventionnés qui exercent dans le secteur. L'interrogation de la base de données de l'Assurance Maladie en Ligne³ permet d'accéder aux coordonnées de chaque professionnel ciblé.

3.2. Elaboration du questionnaire et modalités de recueil d'informations

Afin de répondre aux objectifs fixés par l'étude, le questionnaire est élaboré en distinguant 4 parties : une partie descriptive de la population basée sur l'exploitation de questions signalétiques, une partie qui cible les pratiques des M.K., une partie relative aux soins palliatifs et la masso-kinésithérapie, et une dernière partie avec des questions concernant l'H.A.D.. La majorité des questions sont des questions fermées uniques en prévision des analyses statistiques (22 sur 38 questions). La possibilité de s'exprimer librement est donnée par le biais de questions ouvertes en compléments aux questions fermées (7 questions ouvertes sur 38). L'enchaînement des questions adopte une approche en entonnoir.

² <http://carto-H.A.D..atih.sante.fr/cp.php?reg=41>, consulté le 22/09/2012

³ <http://www.ameli.fr/>, consulté le 01/12/2012

La réalisation pratique s'appuie sur l'outil informatique Sphinx Plus^{2®} version 5.1.0.7. Une première phase d'essais est réalisée sur un échantillon correspondant à 10% de l'échantillon ciblé. Elle est effectuée sur un territoire géographique voisin susceptible de présenter des caractéristiques similaires et selon les mêmes modalités que celles envisagées pour l'enquête définitive (annexe III). A l'issue de l'administration du questionnaire de pré-test, une série de questions complémentaires relatives à la forme de l'enquête est posée afin d'apporter les modifications nécessaires à un meilleur accueil par le public visé. La version définitive (annexe IV) ajustée à l'issue du pré-test a été adressée par courrier aux M.K. de la zone d'étude. Après un délai de 10 jours post expédition, les M.K. sont contactés par téléphone. En cas d'échec du premier appel ou d'indisponibilité du répondant, un second appel est réalisé dans un délai de 3 jours en moyenne, à la convenance de l'appelé. Possibilité est donnée aux appelés de répondre par retour de courrier adressé au service. Un petit nombre de questionnaires sont collectés directement aux cabinets des M.K.. L'ensemble des réponses est enregistré dans le logiciel Sphinx Plus^{2®} pour constituer la base de données de l'étude.

3.3. Exploitation des données

La base de données obtenue est scrutée pour identifier les réponses aberrantes ou oublis éventuels. Ces derniers sont complétés le cas échéant selon la logique de réponses de l'interrogé.

Les questions fermées uniques et multiples sont compilées dans d'un premier tableau de bord (ensemble de tris à plats reprenant la totalité des questions). Celui-ci indique les effectifs et pourcentages préliminaires aux analyses statistiques. Le taux de non-réponses y est analysé pour chaque question. Les questions ouvertes sont analysées individuellement et complétées par les remarques effectuées au cours de l'entretien téléphonique.

Les données sont traitées de sorte à supprimer les non-réponses (sauf exception pour la formation initiale en soins palliatifs) et font le cas échéant, l'objet de regroupement en classes en vue de l'exploitation statistique.

3.4. Traitement statistique

Les questions nominales et numériques regroupées en classes sont associées en tableaux de tris croisés avec en colonnes les variables explicatives supposées et en ligne les variables à expliquer. Un test du Chi2 est calculé pour tester la dépendance des variables. Lorsque les effectifs sont insuffisants pour satisfaire aux conditions du test du Chi2 (un effectif minimum de 5 par modalité), un test alternatif, le test exact de Fisher, est utilisé. La significativité statistique du résultat est établie comme suit : $p < 0,05\%$, significatif (S) ; $p < 0,01\%$, très significatif (TS) ; $p \geq 0,05\%$, non significatif (NS).

3.5. Elaboration des projets de formations

Un projet global de formations en soins palliatifs à destination des M.K. aussi bien en formation initiale qu'en formation continue est envisagé. Sa mise en œuvre repose sur le schéma présenté ci-dessous (fig. 1).

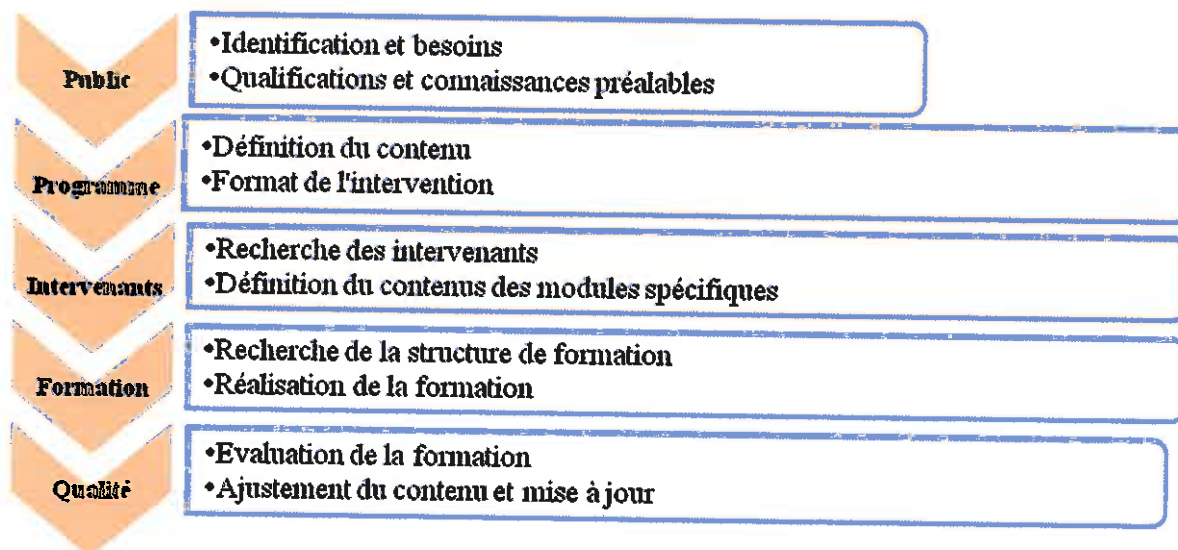


Figure 1 : Schéma d'élaboration d'une formation professionnelle spécialisée

4. RESULTATS

4.1. Identification de la population ciblée et description de l'échantillon étudié

L'aire géographique sur laquelle a été réalisée l'enquête correspond à une couverture de 98,5 % du nombre de journées réalisées en 2011 en H.A.D. soins palliatifs par le service H.A.D. du CHR Metz-Thionville, soit 2371 journées sur les 2407 journées répertoriées. 123 M.K. libéraux conventionnés ont été identifiés sur la zone concernée.

A l'issue de l'administration du questionnaire, l'échantillon de répondants s'élève à 66 kinésithérapeutes répondants sur un total de 123 M.K. sollicités dans la zone géographique considérée, soit un taux de réponse de 53,7%.

L'échantillon présente une parité homme femme avec un âge moyen de 38,4 ans avec 60% des répondants qui ont moins de 40 ans.

La majorité de ces kinésithérapeutes (84,8%) est formée en Lorraine (ILFM.K.) ou en Belgique avec une répartition voisine de 50% (48,2% en Lorraine et 51,8% en Belgique).

L'année d'obtention du diplôme s'échelonne sur plus de 50 ans du fait notamment d'une valeur extrême (1960). 39,4% des interrogés ont été diplômés avant l'apparition des soins palliatifs dans le décret de compétences des M.K. (décret du 08 octobre 1996) et 53% après l'attribution d'une cotation spécifique à ce type de prise en charge (arrêté du 04 octobre 2000). La période intermédiaire est peu représentée dans notre échantillon, même si cette observation est pondérée par le fait qu'elle couvre une plus courte période de temps (5 ans au lieu de 10 ans et plus).

En termes d'activité professionnelle, les interrogés présentent un nombre d'années d'exercice libéral très variable ce qui permet d'aborder la problématique sur l'ensemble de la carrière. L'échantillon étudié exerce pour moitié en milieu urbain et pour un quart en milieu rural. Le reste qualifie son milieu d'activité de mixte. L'activité à domicile reste marginale, un quart des répondants (25,8%) n'exercent pas du tout au domicile des patients et pour 54,5%, elle correspond à moins de 25% de leur activité. Enfin la dynamique de formation continue est très variable d'un individu à l'autre.

4.2. La pratique professionnelle kinésithérapique en libéral et les soins palliatifs

Les répondants sont interrogés sur leurs prises en charge de patients en soins palliatifs sans distinction du contexte dans lequel celles-ci ont lieu. Pour ceux qui répondent par l'affirmative plusieurs critères de caractérisation sont à renseigner. Il s'agit du nombre et du type d'activité (libéral ou non), du lieu de la prise en charge et du médecin prescripteur.

Sur l'ensemble de l'échantillon 77,3% des M.K. ont pris en charge des patients en soins palliatifs, soit un effectif de 55 professionnels. Le nombre de prises en charge en soins palliatifs reste limité, car pour la moitié d'entre eux (51%) il est inférieur à 5 (fig. 2). L'analyse croisée du nombre de prises en charge avec le nombre d'années d'activité révèle une dépendance significative ($p= 0.027$; $\text{Chi}^2 = 7.2$; $\text{ddl} = 2$; S). Elle permet d'affirmer que ces prises en charge représentent moins d'un patient par an sur l'ensemble de l'échantillon interrogé.

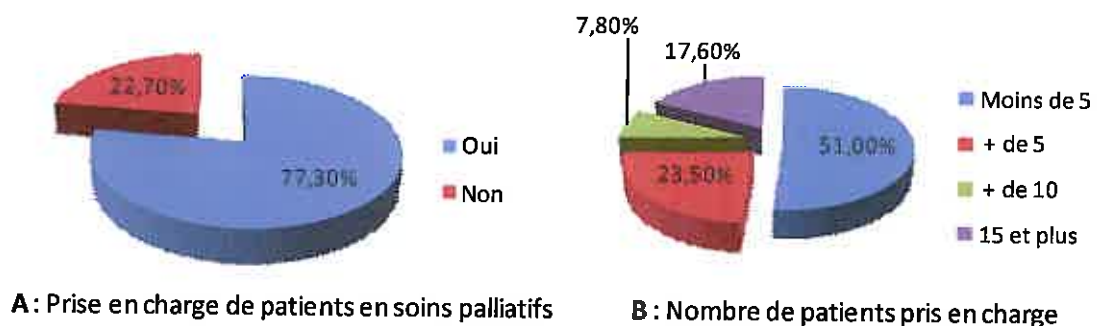


Figure 2 : Prise en charge de patients en soins palliatifs. A : Réponses données sur un échantillon de 66 M.K. libéraux, B : Evaluation du nombre de patients pour les répondants par l'affirmatif soit 51 M.K. libéraux.

Le cas échéant, les prises en charge ont lieu dans le cadre de l'activité libérale pour 88% des répondants et pour 64,5%, elles sont réalisées à domicile.

Les prescriptions sont établies de manières équivalentes entre les différents médecins prescripteurs (médecins traitants 28,8%, médecins d'un établissement de santé 38,8%, médecins de l'H.A.D. 32,5%).

Les pratiques professionnelles réalisées au cours de ce type de prise en charge sont essentiellement axées sur trois domaines (60% des pratiques réalisées) répartis de façon équivalente : les massages, la mobilisation passive et les techniques de désencombrement respiratoire (fig. 3).

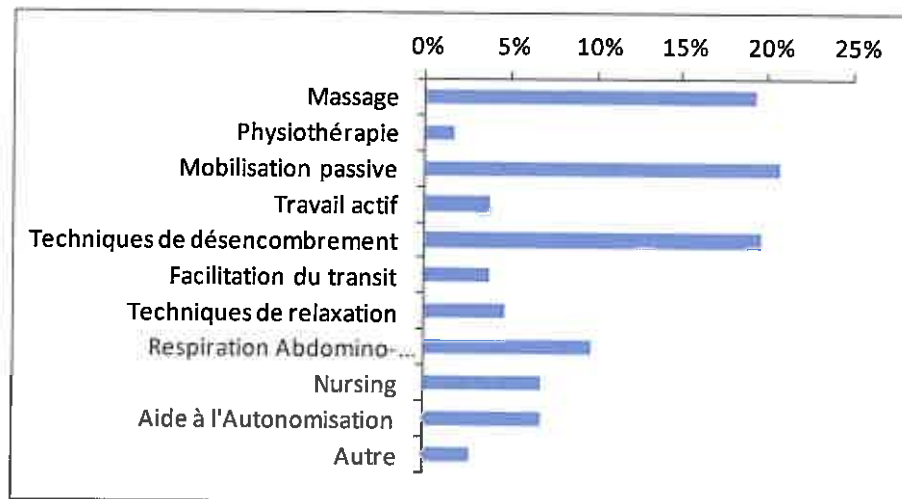


Figure 3 : Pratiques professionnelles réalisées dans la prise en charge de patients en soins palliatifs. Exprimées en pourcentage de la totalité des pratiques citées par les M.K. libéraux interrogés.

Les réponses libres sur les autres pratiques professionnelles apportées par les répondants désireux de le faire mentionnent pour plus de la moitié d'entre eux un soutien psychologique et une aide à la dignité humaine (7 M.K.).

Deux questions permettent d'apprécier la connaissance législative des M.K. relative aux soins palliatifs et la masso-kinésithérapie. La première concerne la compétence des M.K. dans ce domaine et la seconde concerne la cotation correspondante. Pour 70% des interrogés les soins palliatifs sont du domaine de compétences des M.K. Pour les autres, ils sont 15% à penser que non et 15% ne savent pas. La seconde question concerne la cotation de l'acte. Plus de la moitié (53,3%) des répondants savent qu'une cotation spécifique existe pour cette prise en charge. Parmi eux, 82,9% savent qu'il s'agit de l'A.M.K. 12. L'analyse croisée des données sur ces deux variables avec l'année d'obtention du diplôme est calculée sur la base d'un regroupement en classes afin de distinguer les M.K. diplômés avant l'introduction des soins palliatifs dans le décret de compétences et la parution de la cotation spécifique. Pour ces

deux variables aucune significativité relative à une dépendance de l'année d'obtention du diplôme n'apparaît.

4.3. Les Particularités de la prise en charge des soins palliatifs en H.A.D.

Le questionnaire comporte une série d'items concernant le cadre particulier de la prise en charge de patients en soins palliatifs et en H.A.D.. Pour cette partie, les répondants doivent qualifier les items selon leur perception du cadre comme avantageux, désavantageux ou indifférents. La synthèse de ces données regroupe les items perçus comme des avantages pour plus de 75% des M.K. et les items perçus comme des désavantages pour plus de 50 % (tab. I). Autrement dit, ces seuils permettent d'identifier les avantages pour la grande majorité des M.K. et les désavantages pour au moins la moitié des interrogés. Pour ces derniers, ils sont à prendre prioritairement en compte dans une démarche d'amélioration.

Tableau I: Principaux avantages et désavantages dans la prise en charge de patients en soins palliatifs dans le cadre de l'H.A.D..

Avantages (pour plus 75% des interrogés)	Désavantages (pour plus de 45 % des interrogés)
Partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire (89%)	Délais de paiement (56%)
Prise en charge psychologique du patient et de la famille assurée par le service H.A.D. (85%)	Paiement des actes par l'H.A.D. (45,5%)
Coordination des différents actes (77%)	

Le travail en équipe pluridisciplinaire constitue clairement l'atout majeur de l'H.A.D. pour cette prise en charge et les aspects administratifs sont considérés comme les plus pénalisants.

Une analyse croisée est conduite pour déterminer si il y a une dépendance entre la prescription par le médecin du service H.A.D. et les appréciations de la prise en charge. Pour l'ensemble des items (8 au total), il n'y a pas de dépendance significative.

4.4. Evaluation des besoins de formation

L'enquête a permis d'évaluer la formation en soins palliatifs des M.K. pour la formation initiale. Une estimation du nombre de M.K. susceptibles d'être intéressés par des formations professionnelles en soins palliatifs est également réalisée.

En ce qui concerne la formation initiale, 91% des interrogés répondent avoir eu une formation en soins palliatifs au cours de leur cursus, soit directement à l'institut de formation (43.5%) soit au cours de stages (49.4%). Ces deux conditions ne sont pas exclusives et les pourcentages sont établis sur un effectif total de 85 qui inclue des réponses doubles.

Le niveau de formation reçu est apprécié selon une estimation subjective de la part des M.K. et montre que pour 72,3 % des interrogés, il est insuffisant (53,8%) voire très insuffisant (18.5%) (fig. 4).

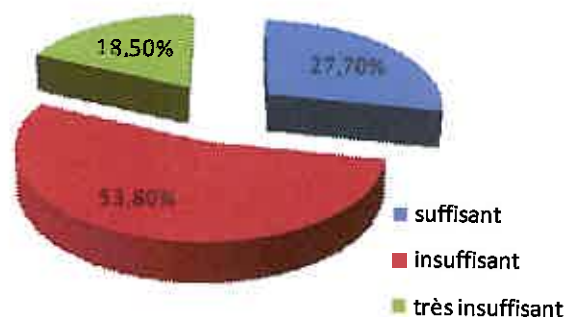


Figure 4 : Appréciation par les M.K. du niveau de formation reçu en soins palliatifs au cours de leur formation initiale.

Pour expliquer ce résultat, deux variables ont été analysées, le lieu de formation et l'année d'obtention du diplôme. En ne considérant que les M.K. formés en Lorraine et en Belgique, la majorité des appréciations « très insuffisant » (8/9) est faite par les M.K. formés en Lorraine. Le test exact de Fisher permet de conclure à une dépendance significative au seuil de 5% ($p=0.0377$, S) entre le niveau de formation et le lieu de formation. De même, le regroupement par classes selon l'année d'obtention du diplôme tous lieux de formation confondus, montre que l'appréciation « très insuffisant » est donnée majoritairement par des M.K. diplômés avant 1997 (91,7%). Le test exact de Fisher permet de conclure à une

dépendance très significative au seuil de 1% ($p=0.0069$, TS) entre le niveau de formation et l'année d'obtention du diplôme.

Les M.K. interrogés ont été également sollicités pour connaître leur intérêt pour une information sur les formations en soins palliatifs. Plus de la moitié d'entre eux (56.1%) souhaiterait recevoir ce type d'information par courrier (48,6%) ou par courriel (51,4%).

Dans la perspective du développement d'offres de formation à destination de ce public, une première approche de caractérisation de la cible est effectuée à partir des résultats de l'enquête.

Pour définir le public, une analyse croisée est réalisée en considérant l'intérêt pour une information sur les formations en soins palliatifs comme variable à expliquer et les variables explicatives suivantes : le lieu de formation initiale, l'année d'obtention du diplôme et l'appréciation du niveau de formation. Il n'existe pas de dépendance significative entre la formation initiale en Lorraine ou en Belgique et une réponse positive à un envoi d'information ($p= 0.28$, $\text{Chi}^2 = 1.17$, $\text{ddl} = 1$, NS). En revanche, 54% des personnes susceptibles d'être intéressées par une formation ont été diplômées avant 1997 contre seulement 13.5% pour les personnes diplômées après 2007. Une dépendance significative au seuil de 5% est établie entre ces deux variables ($p= 0.015$, $\text{Chi}^2 = 8.4$, $\text{ddl} = 2$, S). Le fait d'estimer que le niveau de formation initiale en soins palliatifs est insuffisant ou très insuffisant n'induit pas un intérêt significatif pour une information sur les formations en soins palliatifs ($p= 0.36$, $\text{Chi}^2 = 2.04$, $\text{ddl} = 2$, NS).

Pour préciser quels seraient les axes de formation et surtout les points à considérer pour intéresser les M.K. à cette problématique, les soins palliatifs ont été renseignés à deux niveaux. Le premier concerne la perception par le M.K. des patients concernés par ces soins. Le second précise les facteurs de limitation de la prise en charge en soins palliatifs. La totalité de l'échantillon interrogé est pris en compte pour l'exploitation des résultats. Un patient en soins palliatifs évoque en premier lieu la fin de vie, mais la douleur et la maladie grave sont mentionnées comme facteurs également significatifs et ceci de façon comparable. En effet, les pourcentages cumulés de classement aux 3 premiers rangs sur 6 au total, par ordre

d'importance, sont respectivement de 71, 58 et 57% (fig. 5). Le facteur absence d'autonomie, pour sa part, cumule 39% de citations à ces mêmes rangs (fig. 5).

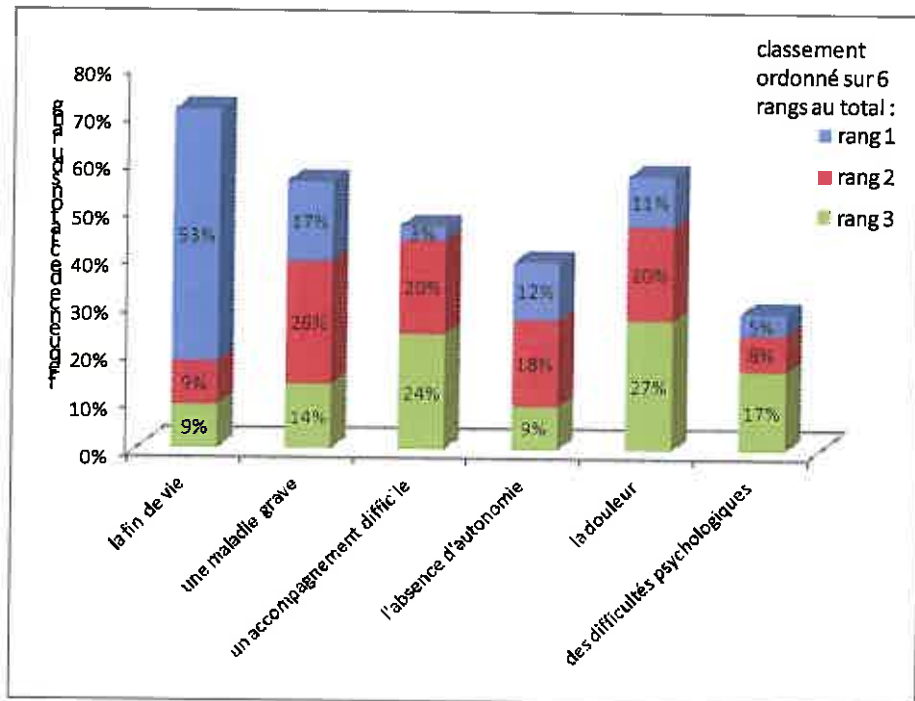


Figure 5 : Pourcentages de classement par rang d'importance de l'évocation d'un patient en soins palliatifs pour les M.K. en libéral.

Les domaines d'intervention courants des M.K., que sont la douleur et l'absence d'autonomie, sont mentionnés comme étant des caractéristiques moyennement évocatrices d'un patient en soins palliatifs. Elles sont en moyenne à 3.24 et 3.91 respectivement sur une échelle dégressive de 1 à 6, la fin de vie étant à 2.44 (fig.6)

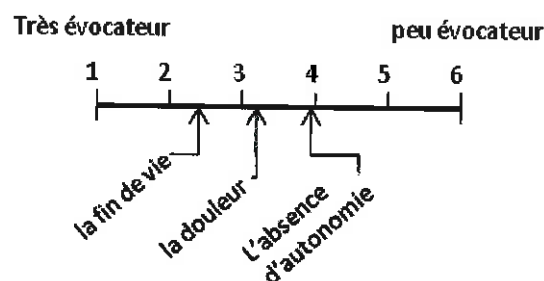


Figure 6 : Rang moyen de l'évocation d'un patient en soins palliatifs pour les M.K. concernant la fin de vie, la douleur et l'absence d'autonomie.

Les limitations à une prise en charge de patients en soins palliatifs sont quantifiées sur la base d'une liste prédéfinie à laquelle des éléments peuvent être adjoints. Parmi les 8 limitations proposées, 4 d'entre elles sont mentionnées chacune à hauteur de plus de 10% de l'ensemble des citations pour un total de 62,8%. Elles sont donc retenues comme des priorités à prendre en considération pour faciliter la prise en charge de patients en soins palliatifs. Il s'agit de la durée de la séance (22,4%), de la prise en charge à domicile (14,1%), du manque de formation (13,5%) et de l'absence de prescription (12,8%) (fig. 7).

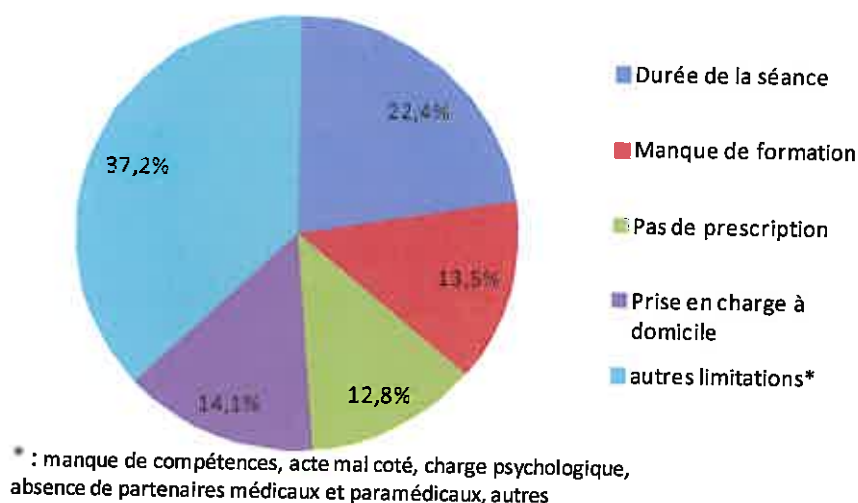
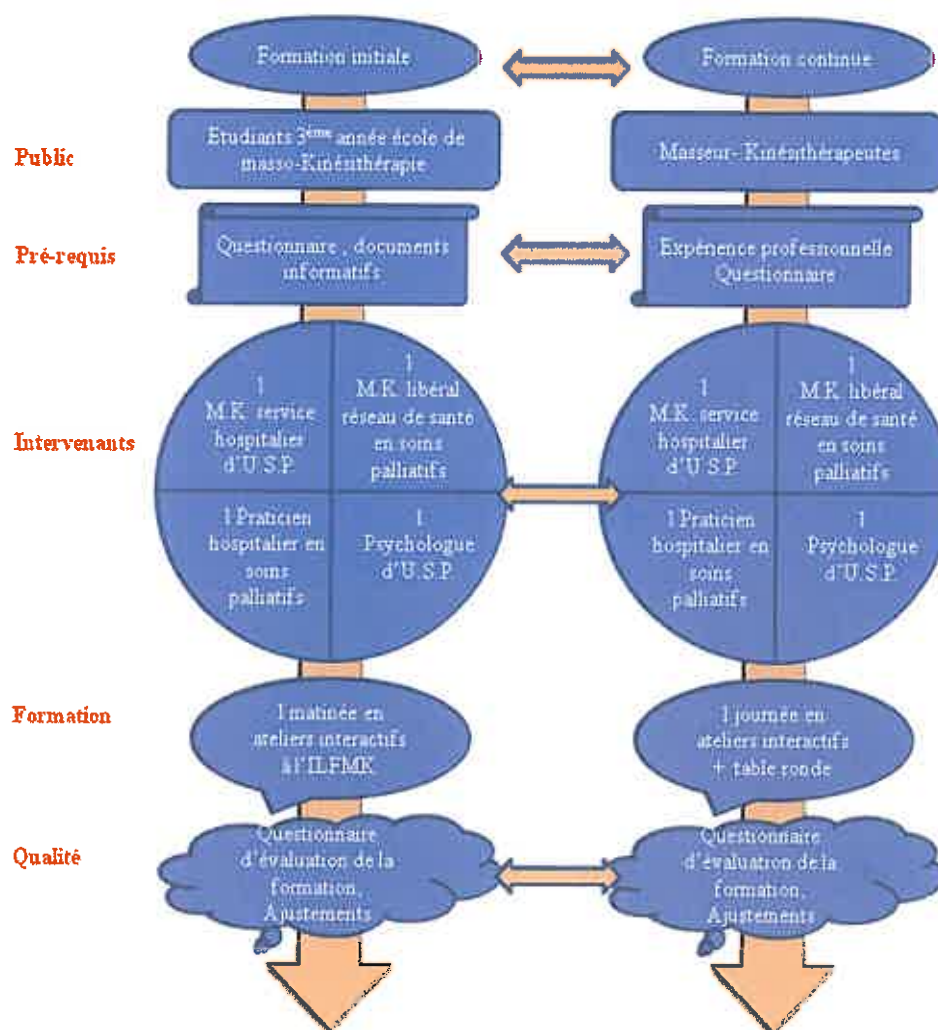


Figure 7 : Facteurs limitant la prise en charge de patients en soins palliatifs.

Parmi les réponses libres apportées à cette question, la notion de prise en charge quotidienne, de charge physique et de faible rémunération de l'acte sont à souligner.

4.5. Proposition de formation

Les propositions de formation qui sont envisagées s'appuient essentiellement sur l'implication forte des professionnels des services de soins palliatifs, que ce soit en structure ou en libéral. L'accent est mis sur une intervention pluridisciplinaire, mais en réservant une place privilégiée aux M.K. L'architecture des formations pouvant être dispensées en formation initiale et continue est résumée ci-dessous (Fig 8).



↔ : Variables d'ajustement

Figure 8 : Proposition de formations en soins palliatifs pour les masseur-kinésithérapeutes en formation initiale et en formation continue.

5. DISCUSSION

5.1. Les limites de l'étude

L'analyse des résultats obtenus amène plusieurs observations sur les limites de l'enquête tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Le nombre limité de répondants (66 M.K. sur 123 sollicités) peut-être dû au mode de collecte par téléphone qui demande aux interrogés du temps qu'ils prennent sur leur temps de travail. Pour pallier ce problème, la possibilité de répondre par courrier est offerte. Mais ce mode de réponse s'avère moins efficace avec un nombre de réponses par courrier faible comparé aux réponses attendues suite aux engagements annoncés par les M.K. (20/53). En effet, le taux de réponse moyen par courrier toutes enquêtes confondues n'est parfois que de 10 à 20%, alors que la collecte par téléphone permet d'obtenir un taux de retour supérieur (28). Une lettre d'accompagnement en plus du préambule de l'enquête aurait pu « accrocher davantage » les M.K. destinataires de l'enquête (28).

L'association avec le service de soins palliatifs a visiblement eu deux effets contraires. Le premier effet, positif, est de donner une crédibilité à l'étude pour induire une attention particulière à réception du questionnaire (courrier adressé par le service de soins palliatifs). Le second, négatif, est de dissuader certains M.K. de répondre pour préserver leur anonymat vis-à-vis de ces collaborateurs. Pour pallier ce dernier effet, il est mentionné dans le préambule qu'il s'agit d'un travail de recherche en kinésithérapie et lors de l'entretien il est clairement précisé que l'anonymat est assuré par l'indépendance de l'enquêteur (étudiant kinésithérapeute).

Un biais concernant la formation initiale en soins palliatifs a été identifié. Il s'agit de l'omission de la modalité « pas de formation en soins palliatifs » d'où la confusion possible entre non-réponse et la réponse « pas de formation initiale ». Pour pallier ce biais, un examen particulier des questionnaires des répondants n'ayant pas mentionné de réponse à cette question (4 non-réponses) a été réalisé de manière à attester de la fiabilité des réponses apportées sur l'ensemble du questionnaire en vue de conclure à la réponse « pas de formation initiale » dans ces cas (29).

5.2. Les caractéristiques de la population interrogée

Le panel de M.K. interrogés présente des caractéristiques démographiques proches de la population nationale et régionale. Au niveau national et en Lorraine, la moyenne d'âge des M.K. était de 41 ans en 2010 (30). Notre échantillon de M.K. quant à lui à une moyenne d'âge de 38.4 ans, soit 2.6 ans de moins. Cette différence peut-être imputable au fait que notre échantillon ne comporte que les M.K. libéraux. Le pourcentage de femmes M.K au niveau national est de 46%, en Lorraine il est de 50%. Dans notre échantillon, le pourcentage est de 48,5% ce qui constitue une représentativité correcte en termes de parité comparativement aux échelons régional et national (30). Ces données suggèrent que l'échantillon est diversifié et représentatif, ce qui permet une évaluation sans biais de l'âge et du genre.

Le profil de formation révèle clairement deux sous populations, les kinésithérapeutes formés en Belgique et les M.K. formés en Lorraine. Une étude comparative plus ciblée sur cette caractéristique aurait été intéressante compte tenu des différences d'approche de la problématique des soins palliatifs supposées, mais les effectifs respectifs restent trop limités dans cette enquête. Une extension de la zone géographique sur la région messine pourrait permettre une telle étude. Pour autant, l'impact de cette variable sur les réponses relatives aux soins palliatifs a fait l'objet d'une attention particulière.

5.3. La prise en charge de patients en soins palliatifs et la pratique kinésithérapique

La première observation est que plus de 77,3% des M.K. libéraux ont pris en charge des patients en soins palliatifs. Ce chiffre est élevé, mais il est à comparer avec une étude réalisée sur une population de M.K. en milieu hospitalier non spécialisé qui montre que 87% des M.K. de ces secteurs ont déjà pris en charge des patients en soins palliatifs (31). Cette différence pourrait s'expliquer par le libre choix donné aux M.K. libéraux d'accepter ou de refuser une prise en charge. Si tel est le cas, l'effet reste toutefois modéré. Notre enquête apporte de plus une indication sur le nombre de patients pris en charge annuellement et atteste que ces prises en charge restent anecdotiques (moins de 1 patient par an en moyenne). Bien que nous ne connaissions pas le nombre exact de prescriptions, les prises en charge réelles de soins palliatifs restent très en dessous de la demande. Par exemple, seul 50% du nombre de prescriptions émises par le service H.A.D. du CHR Metz-Thionville fait l'objet d'une prise en

charge effective (Dr Doron M., communication personnelle). De plus, comme il a été précédemment mentionné, les remboursements des actes masso-kinésithérapiques en soins palliatifs représentent moins de 1% du montant total des actes remboursés dans la plupart des départements (19).

Le principe de la prise en charge masso-kinésithérapique des patients en soins palliatifs est le même que pour toute pathologie. Il fait l'objet d'une démarche systématique basée sur l'établissement d'un bilan dont résulte le diagnostic masso-kinésithérapique qui permet d'établir les moyens à mettre en œuvre au cours de la prise en charge. Cette démarche implicite n'a pas été évoquée au cours de notre enquête par les répondants. Un travail réalisé par le biais d'entretiens auprès de M.K. au sein d' U.S.P. ou de services disposant de L.I.S.P. fait état de la réalisation de bilans adaptés du bilan classique en 10 points, enseignés durant la formation initiale (32). Les points du bilan qui sont systématiquement réalisés sont l'évaluation de la douleur et le bilan des amplitudes articulaires. Ceux-ci correspondent aux actes majoritairement mentionnés par les M.K libéraux de notre enquête : les massages et la mobilisation passive. En revanche, selon cette même étude, seuls 3 M.K. sur 5 font état d'un bilan respiratoire qui est pourtant indispensable avant la mise en œuvre de techniques de désencombrement (32). La fréquence des actes de kinésithérapie respiratoire chez les patients en soins palliatifs souligne la nécessité d'insister sur le bilan respiratoire. Des éléments de bilan psychologique complémentaires pourraient être également enseignés. Enfin, à l'instar de l'étude de Cobbe et collaborateur (9), dans un but d'objectivation, une échelle spécifique des performances fonctionnelles adaptée aux patients en soins palliatifs pourrait être proposée sur la base de la seconde version du « Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT-2) » (33).

Les principaux actes kinésithérapiques réalisés dans le cadre des prises en charge en soins palliatifs que nous avons identifiés par notre enquête sont la mobilisation passive, les massages et les techniques de désencombrement. Quantitativement, ces actes thérapeutiques sont également largement réalisés au cours des prises en charges de patients en soins palliatifs à domicile investiguées aux Etats Unis (7) et en Irlande (9). Il est toutefois intéressant de noter que l'éducation du patient et de la famille ainsi que le traitement du lymphoedème sont également très fréquemment réalisés contrairement à ce qui semble être pratiqué ici.

Bien que nous n'ayons pas interrogé les M.K. sur les modalités de la pratique, celles ci amènent quelques remarques. Comme le souligne M. Tortuyaux (31), la mobilisation passive se doit d'être réalisée dans des amplitudes infra-maximales sur un mode lent dans le but essentiellement de permettre au patient de réinvestir son schéma corporel et de lutter contre l'ankylose. Les techniques de désencombrements sont essentielles pour éviter ou retarder le recours à des techniques d'aspiration traumatisantes. Le massage réalisé de manière douce revêt quant à lui une place fondamentale pour que le patient existe à travers son corps autrement que par des manifestations douloureuses. Le M.K. est ainsi un vecteur du maintien de la dignité humaine du patient par le respect du corps. Ces prises en charge sont aussi l'occasion pour les M.K. de pratiquer des techniques axées sur la relaxation comme, « l'inversion des ressentis », « l'hypnoanalgésie » ou « le somatic experiencing » mentionnés par certains M.K. interrogés. Ces dernières techniques sont acquises en formation continue par les M.K. désireux d'appréhender l'aspect psychique du ressenti du patient. Dans le cadre des soins palliatifs, elles peuvent apporter une plus value.

Les soins palliatifs sont inscrits dans le domaine de compétences des M.K. depuis 1996, mais notre étude révèle que 30% des M.K. interrogés pensent que ce n'est pas le cas. Cette opinion est le fait pour moitié d'une méconnaissance de la législation, et l'autre moitié affirme que ce n'est pas de leur domaine de compétences. Pour ces derniers, seuls 4 sur 10 reconnaissent avoir effectivement un manque de compétences, les 6 autres estiment donc que les soins palliatifs ne relèvent pas d'un acte de kinésithérapie ou ils ont une connaissance erronée de la législation. Bien que quantitativement non significatif, ce dernier point montre que la formation doit conforter la place des soins palliatifs dans les actes kinésithérapiques. Le fait que seule la moitié des M.K. sache qu'il existe une cotation propre aux soins palliatifs et qu'ils sont l'acte le mieux coté, montre qu'une information sur ce point pourrait augmenter le nombre de prises en charge. Concernant le cadre spécifique de l'H.A.D., le travail pluridisciplinaire pallie l'absence de partenaires médicaux et paramédicaux estimée comme un facteur limitant de la prise en charge en soins palliatifs pour 18,2% des répondants.

5.4. La formation en soins palliatifs

L'insuffisance de formation en soins palliatifs au cours du cursus initial de masso-kinésithérapie est souligné par la grande majorité des interrogés (81,5%). Si cette insuffisance

est plus marquée pour certains M.K. formés en Lorraine (qualifiée de très insuffisante), elle ne concerne que des professionnels formés avant 1997. L'institut de formation lorrain a donc pris en compte l'inclusion des soins palliatifs dans le décret de compétences et l'aborde au cours du cursus. Cette formation reste cependant insuffisante et surtout elle n'est pas clairement identifiée et pérennisée.

Pour pallier le manque de formation initiale, une formation continue pourrait être proposée dans la mesure où plus de la moitié des M.K. manifeste un intérêt pour une information sur ce thème. Cette formation pourrait être aussi bien à destination des M.K. formés en France qu'en Belgique et serait plutôt destinée à des M.K. libéraux formés avant l'apparition des soins palliatifs dans le décret de compétences. Par rapport à l'existant que sont les D.U. et le C.I.S.P.A.D. d'une durée d'un an (2), une formation courte sur une journée ou deux semble un format plus adapté à un public de professionnels libéraux.

Le préalable à une formation professionnelle est de définir les caractéristiques du public visé. Notre enquête a permis d'appréhender celles-ci par l'évaluation de la perception par les M.K. des patients en soins palliatifs. Pour une grande majorité, ils évoquent en premier la fin de vie et une maladie grave. Ces deux évocations ne semblent pas différentes de ce qu'auraient été les réponses faites par un panel issue de la population générale. Il est probablement le fait d'une information sur le sujet *via* les médias. Une étude réalisée en milieu hospitalier non spécialisé en 2003, révèle en effet que pour 26% des M.K. interrogés, les médias ont été le premier vecteur d'information sur les soins palliatifs (31). Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'actuellement une proportion équivalente, voire supérieure, de M.K. est sensibilisée par ce moyen en premier lieu. Si on considère les principaux symptômes relevant de la masso-kinésithérapie rencontrés chez ces patients, à savoir la douleur et la perte d'autonomie, elles n'apparaissent que secondairement. Ce dernier point semble indiquer que l'approche du patient en soins palliatifs par les M.K. interrogés revêt en premier une dimension personnelle puis en second professionnelle. Ce point est essentiel à prendre en considération dans un projet de formation aussi bien en formation initiale qu'en continue.

6. CONCLUSION

En théorie, les soins palliatifs sont partie intégrante des prises en charges kinésithérapiques. En pratique, nous pouvons constater qu'ils sont peu présents notamment dans la pratique libérale et ceci pour plusieurs raisons qu'il est important d'identifier et d'analyser dans le but d'y remédier. L'enquête réalisée apporte des éléments de réponses sur la base de 4 hypothèses. En ce qui concerne l'hypothèse d'une méconnaissance des soins palliatifs par les M.K. libéraux, nous avons pu constater que la prise en charge de patients en soins palliatifs est expérimentée par la majorité des kinésithérapeutes (77,3%) mais que le nombre de patients est limité à moins de un par an en moyenne. Pour ces professionnels paramédicaux, les patients en soins palliatifs évoquent non seulement la fin de vie, mais aussi la douleur et la maladie grave. La prise en charge est limitée par la durée de la séance et le fait qu'elle se fasse à domicile. Relativement à l'hypothèse que l'inclusion des soins palliatifs dans le décret de compétences des M.K. et leur niveau de conventionnement sont mal connus, l'enquête révèle que si 70 % des masseurs kinésithérapeutes considèrent les soins palliatifs dans leur domaine de compétences, 15 % pensent que cela ne l'est pas et 15% ne savent pas. Si ces opinions ne permettent toutefois pas d'affirmer que certains kinésithérapeutes n'ont pas connaissance de ce point dans leur décret de compétences, il révèle qu'ils n'y adhèrent pas en totalité. De plus, seulement 53,3% des M.K. savent que les soins palliatifs font l'objet d'une cotation spécifique et 44% savent que c'est l'AM.K. 12. Dans le cadre spécifique de l'H.A.D., nous avons supposé un effet facilitateur pour la prise en charge. Il apparaît en effet que le travail en équipe pluridisciplinaire constitue l'atout majeur de l'H.A.D. mais les aspects administratifs sont pénalisants. Cette opinion est partagée autant par les M.K. ayant collaborés avec l'H.A.D. que les autres. Enfin à l'hypothèse d'un niveau de formation initiale en soins palliatifs insuffisant, nous avons montré que si 91% des kinésithérapeutes ont reçu une formation en soins palliatifs au cours de leur cursus, 72,3 % des interrogés l'estime insuffisante. Ces résultats nous ont amené à proposer une formation initiale en fin de cursus (3^{ème} année) et à mener une réflexion sur une possibilité de formation continue adaptée aux M.K. libéraux. Nous mettons en avant que ces prises en charge constituent un enrichissement personnel à partir du moment où le M.K. est préparé à l'approche psychologique et conscient du bien fondé de ces techniques dans un contexte de prise en charge globale.

BIBLIOGRAPHIE

1. **MARKSTEIN C.** Promouvoir le développement et l'intégration des équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital : Résultats de la recherche et recommandations. *Médecine palliative*. 2004. No. 3, p. 113–125.
2. **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. 268 p.
3. **AUBRY R.** *Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010*. Rapport du Comité National de Suivi du Développement des Soins Palliatifs, 2011. 66 p.
4. **MARESCA B.** *Vingt ans après les premières 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. 143 p.
5. **MONTAGNINI M., LODHI M. and BORN W.** The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *Journal of palliative medicine*. February 2003. Vol. 6, No. 1, p. 11–17.
6. **JAVIER, N.S.C. and MONTAGNINI M.L.** Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *Journal of palliative medicine*. 2011. Vol. 14, No. 5, p. 638–648.
7. **MUELLER K. and DECKER I.** Impact of physical therapy intervention on patient-centered outcomes in a community hospice. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2011. Vol. 27, No. 1, p. 2–9.
8. **COBBE S. and KENNEDY N.** Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy. *Journal of palliative medicine*. 2012. Vol. 15, no. 7, p. 760–767.
9. **COBBE S., NUGENT K., REAL S., SLATTERY S. and LYNCH M.** A profile of hospice-at-home physiotherapy for community-dwelling palliative care patients. *International journal of palliative nursing*. 2013. Vol. 19, No. 1, p. 39–45.
10. **CAVELLEC M., GIRET M. and CAHAGNE V.** Masseur-Kinésithérapeute en soins palliatifs. *Kinésithérapie scientifique*. 2010. No. 509, p. 5–11.
11. *Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute*. 8 Octobre 1996.
12. **MOUREY F.** Soins palliatifs et kinésithérapie. *Kinésithérapie scientifique*. 2003. No. 431, p. 29–31.
13. **KUMAR, S.P. and JIM A.** Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian journal of palliative care*. 2010. Vol. 16, No. 3, p. 138–146.

14. **COLLINGE W., MACDONALD G. and WALTON T.** Massage in supportive cancer care. *Seminars in oncology nursing*. 2012. Vol. 28, No. 1, p. 45–54.
15. **KUMAR S. P.** Cancer Pain: A Critical Review of Mechanism-based Classification and Physical Therapy Management in Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care*. 2011. Vol. 17, no. 2, p. 116–126.
16. **BAUSEWEIN C., BOOTH S., GYSELS M. and HIGGINSON I.** Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2008. No. 2.
17. **KAMAL A.H., MAGUIRE J. M., WHEELER J. L., CURROW D.C. and ABERNETHY A.P.** Dyspnea review for the palliative care professional: assessment, burdens, and etiologies. *Journal of palliative medicine*. 2011. Vol. 14, no. 10, p. 1167–1172.
18. **JÉROME N. and GOULLY P.** Place du kinésithérapeute dans les soins palliatifs. *Kinésithérapie, les cahiers*. 2003. No. 20-21, p. 63–68.
19. **BONNIN. J.C.** Plaidoyer pour l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes en soins palliatifs. *Profession kiné*. 2011. Vol. 33, p. 7–10.
20. **GOODHEAD, A.** Physiotherapy in palliative care: the interface between function and meaning. *European journal of palliative care*. 2011. Vol. 18, No. 4, p. 190–4.
21. **LELIEVRE N.** Hospitalisation à domicile, mode d'emploi. *Douleurs* : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2009. Vol. 10, No. 3, p. 148–153.
22. **DURAND N., LANNELONGUE C., LEGRAND P. and MARSALA V.** Hospitalisation à domicile (HAD). Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Tome 1, Novembre 2010.
23. **AFRITE A., CHALEIX, M., COM-RUELLE L. and VALDELIEVRE H.** L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Exploitation des données du PMSI HAD 2006. *Questions d'économie de la santé*. No. 140, p. 1–8.
24. **MAISONNEUVE C.** L'HAD, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. *Kinésithérapie, la Revue*. 2007. Vol. 7, No. 67, p. 4.
25. **RAUTUREAU P.** Les structures de soins palliatifs à domicile. *la revue de l'infirmière*. November 2008. No. 45, p. 35–36.
26. **HALLER, P-H. and ROBARD A.** Kinésithérapie et soins palliatifs : Quel tutorat pour les étudiants kinésithérapeutes? *Kinésithérapie scientifique*. 2003. No. 436, p. 39–44.
27. **LANDRIN T.** *Les médecins généralistes du Grand Nancy et les soins palliatifs : état des lieux, besoins, propositions*. 2010 Thèse Med. : Nancy.
28. **BERTHIER N.** *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. 4e éd. Paris : Armand Colin, 2010. cursus sociologie.

29. **MALHOTRA, N.** Préparation des données. In : *Etudes marketing avec SPSS. 4ème édition version française.* Paris : pearson Education France, 2004. p. 310–335.
30. **CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES.** *Démographie des masseurs-kinésithérapeute en France par région.* Octobre 2010. http://www.ordremk.fr/wpcontent/uploads/2011/04/FRANCEparRegion_planches.pdf (page consultée le 1/07/2013)
31. **TORTUYAUX, C.** *Kinésithérapie et fin de vie.* 2003. 62 p. Mémoire de fin d'étude de cadre de santé. Nancy.
32. **WAGNER M.** *Le bilan masso-kinésithérapique du sujet adulte en fin de vie.* 2011. 29 p. Mémoire de fin d'étude de masso-kinésithérapie. Nancy.
33. **KAASA T. and WESSEL J.** The Edmonton Functional Assessment Tool: further development and validation for use in palliative care. *Journal of palliative care.* 2001. Vol. 17, No. 1, p. 5–11.

Annexe I : Bilan initial de la recherche bibliographique sur le thème « soins palliatifs en hospitalisation à domicile : la pratique libérale kinésithérapique ».

Annexe I

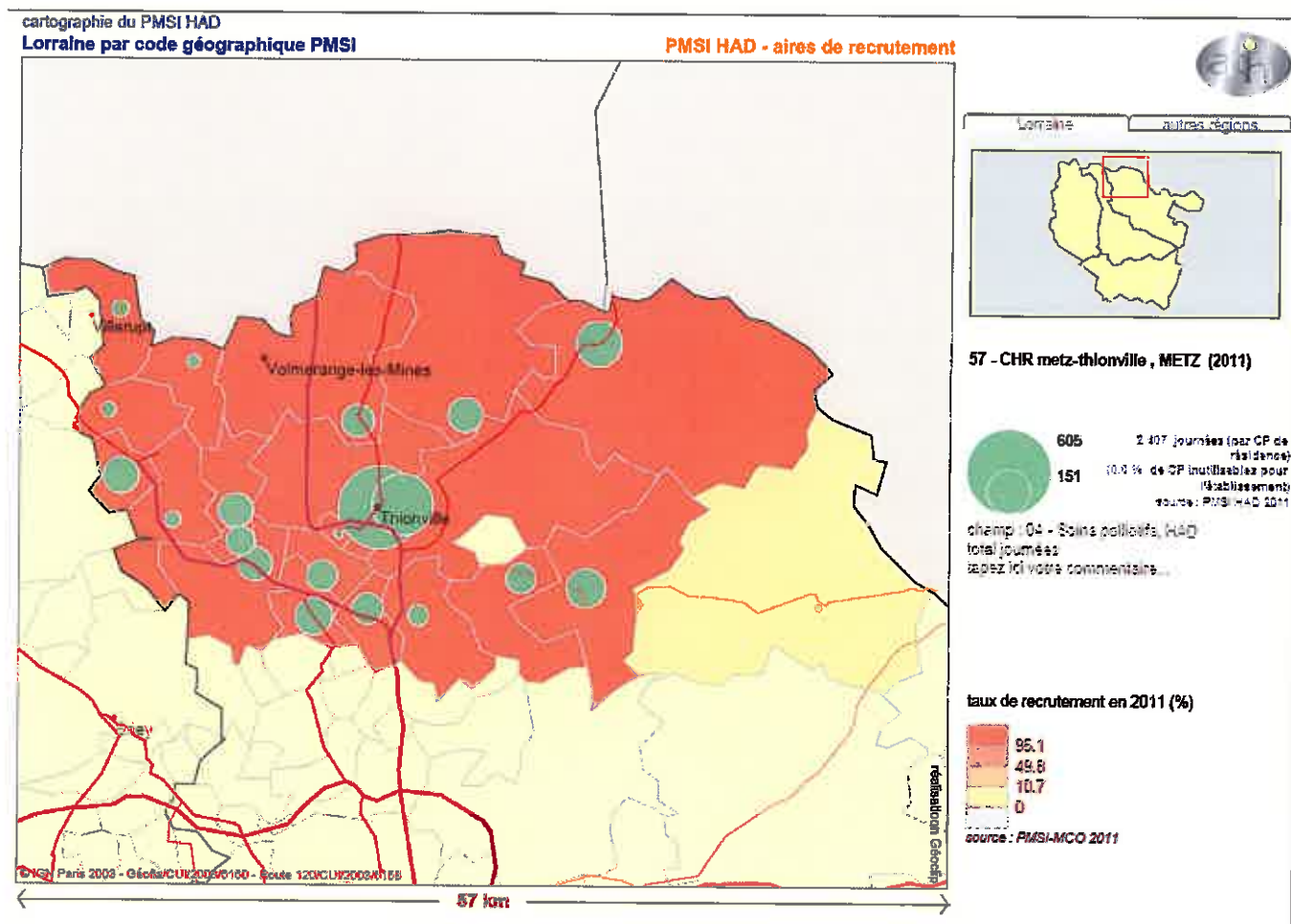
19/11/2011	REEDOC	soins palliatifs kinésithérapie*	non spécifiée	3	3	article de revue, depuis 2000	article de revue					
19/11/2011	KS	soins palliatifs kinésithérapie*	non spécifiée	2	2	article de revue, depuis 2000	article de revue					
19/11/2011	Kiné doc	soins palliatifs kinésithérapie*	non spécifiée	31	3	article de revue, depuis 2000	article de revue					
19/11/2011	serveur ILM.K.	fin de vie , soins palliatifs	non spécifiée	3	1	enquêtes et non rapport de cas clinique	mémoire de fin d'étude					
11/07/2012	Doc'CISMEF	soins palliatifs	2007-2011	62	2	date de parution, rapports officiels	rapports d'étude institutionnelle					
10/07/2012	BDSP	soins palliatifs, accompagnement des mourants, fin de vie, domicile	non spécifiée	288	4	rapports officiels, 5 dernières années	rapports d'étude institutionnelle					
11/07/2012	Doc'CISMEF	soins palliatifs	2007-2011	62	2	date de parution, rapports officiels	rapports d'étude institutionnelle					
11/07/2012	Doc'CISMEF	H.A.D.	2007-2011	22	0	non pertinents						
11/07/2012	em-premium	soins palliatifs, H.A.D., kinésithérapie	2007-2012	62	3	mention dans tous les mots clés	articles de revues spécialisées					
11/07/2012	PubMed	palliative care, home care services, physiotherapy	jusqu'en 2012	25	0	non pertinents						
11/07/2012	science direct	soins palliatifs hospitalisation à domicile kinésithérapie	jusqu'en 2012	83	2	mention de l'H.A.D.	articles de revues spécialisées					

Annexe I

23/08/2012	PubMed	home care, physiotherapy, palliative care	jusqu'en 2012	131	9	techniques physiothérapiques mentionnées dans le titre	articles de revues spécialisées
24/08/2012	Pub Med	pain, palliative care, physiotherapy	jusqu'en 2012	325	1	revue, date de publication accessibilité	articles de revues spécialisées
24/08/2012	em premium	Kinésithérapie, H.A.D.	jusqu'en 2012	60	1	mots du titre, mots clés, résumé : kinésithérapie	articles de revues spécialisées
24/08/2012	BDSP	Kinésithérapie, Hospitalisation à domicile	jusqu'en 2012	7	0	non pertinents	
06/11/2012	Science Direct	palliative care, home care services, physiotherapy **	jusqu'en 2012	40	3	date de parution, pertinence de l'abstract avec le sujet étudié	articles de revues spécialisées
06/11/2012	Pub Med	palliative care, home care services, physiotherapy **	jusqu'en 2012	7	1	approche kinésithérapique sur des patients en soins palliatifs	articles de revues spécialisées
06/11/2012	Pub Med	palliative care, home care services, physiotherapy *	jusqu'en 2012	25	3	point de vue international du sujet	articles de revues spécialisées
13/06/2013	REEDOC	soins palliatifs, kinésithérapie	2011- 2013	1	1	lien avec la kinésithérapie respiratoire	ouvrage spécialisé
13/06/2013	REEDOC	soins palliatifs	jusqu'en 2013	46	2 +1	titre en adéquation avec le thème	articles de revues spécialisées et ouvrage de référence

* : la troncature utilisée est "and" ou "et" ; ** : la troncature utilisée est and et les mots clés sont entre guillemets.

Annexe II : Données relatives à l'identification de la population ciblée : zone géographique et tableau de données quantitatives.



Carte 1 : zone géographique PMSI couverte par le service soins palliatifs de l'H.A.D. du CHR Metz-Thionville.

Tableau I : Données quantitatives par zones géographiques PMSI du nombre de journées en H.A.D. soins palliatifs et du nombre de M.K. libéraux conventionnés

	zone géographique	population (1999)	journées H.A.D. soins palliatifs 2011	Nombre de M.K. conventionnés
1	Thionville	43628	605	24
2	Yutz	23431	337	17
3	Terville	6469	8	7
4	Florange	10778	84	7
5	Hayange	18509	102	14
6	Uckange	9784	91	3
7	Fameck	16670	123	8
8	Nilvange	8918	73	4
9	Metzervisse	3389	80	5
10	Cattenom	7478	107	4
11	Guénange	13081	39	11
12	Kédange sur canner	4249	134	1
13	Boulangé	1726	115	1
14	Fontoy	3792	23	1
15	Algrange	7383	105	4
16	Aumetz	4211	22	4
17	Ottange	2797	16	3
18	Audun-le-tiche	7645	26	5
19	Hettangé grande	12071	95	11
20	Sierck les bains	9642	186	1
	total	215651	2371	135

Annexe III : Pré-test réalisé auprès d'un échantillon de 12 M.K.

- Questionnaire

- Tableau de bord des réponses au questionnaire préliminaire envoyé à 12 M.K. de Metz et ses environs.

- Evaluation de la qualité du questionnaire par les répondants et analyse des réponses

KINESITHERAPIE ET SOINS PALLIATIFS

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un mémoire de diplôme d'état de masseur kinésithérapeute sur la pratique kinésithérapique et les soins palliatifs en collaboration avec le service Hospitalisation A Domicile (HAD) du CHR Metz-Thionville. Il vous est demandé de le renseigner et un de nos enquêteurs vous contactera directement par téléphone dans la semaine pour collecter vos réponses lors d'un entretien de 5 min environ.

Merci par avance de votre précieuse collaboration.

Vous	1
Vous êtes : Un homme 1 <input type="checkbox"/> Une femme 2. <input type="checkbox"/>	1.1
Votre âge : _ _	1.2
Votre formation initiale	2
Où avez-vous suivi votre formation initiale ?	2.1
1. <input type="checkbox"/> En Lorraine 2. <input type="checkbox"/> En Belgique 3. <input type="checkbox"/> Autre région de France, précisez : _____ 4. <input type="checkbox"/> Autre pays, précisez : _____	
En quelle année avez-vous été diplômé ? : _ _ _ _	2.2
Au cours de votre formation initiale les soins palliatifs ont-ils été abordés ? <i>Plusieurs réponses sont possibles</i>	2.3
1. A l'institut de formation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 2. Durant les stages Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 3. Dans le cadre de votre mémoire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre pratique	3
Vous exercez en libéral depuis :	3.1
Moins de 5 ans 1. <input type="checkbox"/> + de 5 ans 2. <input type="checkbox"/> + de 10 ans 3. <input type="checkbox"/> +15ans 4. <input type="checkbox"/>	
Vous exercez plutôt en milieu :	3.2
Urbain 1. <input type="checkbox"/> rural 2. <input type="checkbox"/>	
Votre activité de domicile représente :	3.3
1. <input type="checkbox"/> 0 % de votre activité 2. <input type="checkbox"/> 1 à 25 % de votre activité 3. <input type="checkbox"/> 26 à 50 % de votre activité 4. <input type="checkbox"/> 51 à 75 % de votre activité 5. <input type="checkbox"/> 76 à 100 % de votre activité	
Avez-vous déjà pris en charge des patients en soins palliatifs ? Oui 1. <input type="checkbox"/> combien ? _____ Non 2. <input type="checkbox"/> pourquoi ? _____	3.4
En cas de prises en charge de soins palliatifs elles ont eu lieu :	3.5
En établissement de santé 1. <input type="checkbox"/> En cabinet 2. <input type="checkbox"/> A domicile 3. <input type="checkbox"/>	
Dans le cas d'une prise en charge en soins palliatifs, la prescription est établie par :	3.6
1. <input type="checkbox"/> le médecin traitant 2. <input type="checkbox"/> le médecin d'un établissement de santé 3. <input type="checkbox"/> le médecin de l'hospitalisation à domicile	
Avez-vous suivi des formations professionnelles continues ces 5 dernières années ? 0. <input type="checkbox"/> 0 1. <input type="checkbox"/> 1 2. <input type="checkbox"/> 2 3. <input type="checkbox"/> 3 4. <input type="checkbox"/> 4 5. <input type="checkbox"/> 5 6. <input type="checkbox"/> + de 5	3.7
Seriez-vous intéressé pour avoir une information sur les formations en soins palliatifs ? Oui 1. <input type="checkbox"/> sous quelle(s) forme(s) ? _____ Non 2. <input type="checkbox"/> pourquoi ? _____	3.8

Tournez svp

Les soins palliatifs		4																																				
Pour vous, un patient en soins palliatifs évoque principalement : <i>Une seule réponse possible</i> <input type="checkbox"/> la fin de vie <input type="checkbox"/> une maladie grave <input type="checkbox"/> un accompagnement difficile <input type="checkbox"/> l'absence d'autonomie <input type="checkbox"/> la douleur <input type="checkbox"/> des difficultés psychologiques <input type="checkbox"/> autre : _____		4.1																																				
Selon vous, les soins palliatifs sont-ils du domaine de compétences des masseurs kinésithérapeutes libéraux ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>		4.2																																				
Savez-vous si les soins palliatifs font l'objet d'une cotation d'actes spécifique ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui quel AMK ? : _____		4.3																																				
Selon vous, quels sont les principaux facteurs qui limitent la prise en charge en soins palliatifs dans la pratique libérale : <i>Plusieurs réponses sont possibles</i> <input type="checkbox"/> Durée de la séance <input type="checkbox"/> Manque de formation <input type="checkbox"/> Acte mal coté <input type="checkbox"/> Pas de prescription <input type="checkbox"/> Prise en charge à domicile <input type="checkbox"/> Charge psychologique <input type="checkbox"/> Absence de partenaires médicaux et paramédicaux <input type="checkbox"/> Manque de compétences <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		4.4																																				
Dans la liste suivante des actes kinésithérapiques lesquels sont, selon vous, les plus fréquemment réalisés en soins palliatifs :		4.5																																				
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Massage.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Physiothérapie.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Mobilisation passive.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Travail actif.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Techniques de désencombrement.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Facilitation du transit.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Techniques de relaxation.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Respiration abdomino-diaphragmatique.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Nursing.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10. Aide à l'autonomisation.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. Autre ? précisez _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	1. Massage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Physiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Mobilisation passive.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Travail actif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Techniques de désencombrement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Facilitation du transit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Techniques de relaxation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Respiration abdomino-diaphragmatique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Nursing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Aide à l'autonomisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Autre ? précisez _____			
	Oui	Non																																				
1. Massage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
2. Physiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
3. Mobilisation passive.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
4. Travail actif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
5. Techniques de désencombrement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
6. Facilitation du transit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
7. Techniques de relaxation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
8. Respiration abdomino-diaphragmatique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
9. Nursing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
10. Aide à l'autonomisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
11. Autre ? précisez _____																																						
L'hospitalisation à domicile d'un patient en soins palliatifs implique des particularités dans la prise en charge kinésithérapique. Parmi celles qui sont mentionnées ci-dessous, indiquez si c'est un avantage, un désavantage ou si elles ne changent rien (indifférent). 1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent		4.6																																				
<table border="0"> <tbody> <tr> <td>1. Signature d'une convention avec l'HAD.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Partenariat avec l'équipe médicale.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Prise en charge psychologique du patient et de la famille assurée par le service HAD.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Coordination des différents actes.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Obligation de rendre compte.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Paiement des actes par l'HAD.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Délais de paiement.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Autres : _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Signature d'une convention avec l'HAD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Partenariat avec l'équipe médicale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Prise en charge psychologique du patient et de la famille assurée par le service HAD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Coordination des différents actes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Obligation de rendre compte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Paiement des actes par l'HAD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Délais de paiement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
1. Signature d'une convention avec l'HAD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
2. Partenariat avec l'équipe médicale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
3. Prise en charge psychologique du patient et de la famille assurée par le service HAD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
4. Coordination des différents actes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
5. Obligation de rendre compte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
6. Paiement des actes par l'HAD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
7. Délais de paiement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
8. Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			

Nous vous remercions de l'attention portée à ce questionnaire. Si vous le souhaitez vous pourrez vous exprimer en libre réponse sur ce sujet lors de l'entretien téléphonique.

Tableau de bord des réponses au pré-test

8 observations

KINESTHERAPIE ET SOINS PALLIATIFS

1

Vous

sexe		
Un homme	4	50.0%
Une femme	4	50.0%
Total	8	100.0%

âge		
Moyenne = 33.25		
Médiane = 26.00		
Min = 23.00 Max = 66.00		
Moins de 28	5	62.5%
De 28 à 34	1	12.5%
De 35 à 41	0	0.0%
De 42 à 48	1	12.5%
De 49 à 55	0	0.0%
56 et plus	1	12.5%
Total	8	100.0%

Votre formation initiale

lieu		
En Lorraine	5	62.5%
En Belgique	2	25.0%
Autre Région de France	1	12.5%
Autre pays	0	0.0%
Total	8	100.0%

année		
Moyenne = 2 002.25		
Médiane = 2 008.00		
Min = 1 973.00 Max = 2 012.00		
1973	1	12.5%
1990	1	12.5%
2008	2	25.0%
2009	3	37.5%
2012	1	12.5%
Total	8	100.0%

formation soins palliatifs		
A l'institut de formation	6	54.5%
Durant les stages	5	45.5%
Dans le cadre de votre mémoire	0	0.0%
Total	11	100.0%

Votre pratique

exercice libéral		
Moins de 5 ans	6	75.0%
+ de 5 ans	0	0.0%
+ de 10 ans	0	0.0%
+15 de ans	2	25.0%
Total	8	100.0%

milieu d'exercice		
urbain	5	62.5%
rural	3	37.5%
Total	8	100.0%

% Domicile		
0 % de votre activité	0	0.0%
1 à 25 % de votre activité	4	50.0%
26 à 50 % de votre activité	2	25.0%
51 à 75 % de votre activité	2	25.0%
76 à 100 % de votre activité	0	0.0%
Total	8	100.0%

PECMK soins palliatifs		
Oui	8	100.0%
Non	0	0.0%
Total	8	100.0%

PECMK OUI		
Moyenne = 11.13		
Médiane = 3.00		
Min = 2.00 Max = 46.00		
Moins de 7	4	50.0%
De 7 à 13	2	25.0%
De 14 à 20	1	12.5%
De 21 à 27	0	0.0%
De 28 à 34	0	0.0%
35 et plus	1	12.5%
Total	8	100.0%

prescription		
le médecin traitant	1	11.1%
le médecin d'un établissement de santé	2	22.2%
le médecin de l'hospitalisation à domicile	6	66.7%
Total	9	100.0%

PEC soins palliatifs lieu		
En établissement de santé	2	22.2%
En cabinet	0	0.0%
A domicile	7	77.8%
Total	9	100.0%

8 observations

KINESTHERAPIE ET SOINS PALLIATIFS

formation continue		
0	1	12.5%
1	0	0.0%
2	3	37.5%
3	2	25.0%
4	0	0.0%
5	2	25.0%
+de 5	0	0.0%
Total	8	100.0%

formation soins palliatifs 1		
Oui	6	75.0%
Non	2	25.0%
Total	8	100.0%

sous quelle(s) forme(s)		
MAIL	3	50.0%
COURRIER	1	16.7%
NEWSLETTER	1	16.7%
PRATIQUE	1	16.7%
Total	6	100.0%

Les soins palliatifs

qualifications soins palliatifs		
la fin de vie	6	75.0%
une maladie grave	1	12.5%
un accompagnement difficile	0	0.0%
l'absence d'autonomie	0	0.0%
la douleur	1	12.5%
des difficultés psychologiques	0	0.0%
autre	0	0.0%
Total	8	100.0%

Compétences MK		
Oui	7	87.5%
Non	0	0.0%
Ne sait pas	1	12.5%
Total	8	100.0%

cotation		
Oui	3	37.5%
Non	5	62.5%
Total	8	100.0%

limite PECMK		
Durée de la séance	3	13.6%
Manque de formation	5	22.7%
Acte mal coté	2	9.1%
Pas de prescription	3	13.6%
Prise en charge à domicile	1	4.5%
Charge psychologique	1	4.5%
Absence de partenaires médicaux et paramédicaux	4	18.2%
Manque de compétences	3	13.6%
Autres	0	0.0%
Total	22	100.0%

actes kinés		
Massage	7	14.0%
Physiothérapie	1	2.0%
Mobilisation passive	8	16.0%
Travail actif	4	8.0%
Techniques de désencombrement	8	16.0%
Facilitation du transit	6	12.0%
Techniques de relaxation	2	4.0%
Respiration Abdomino-diaphragmatique	6	12.0%
Nursing	3	6.0%
Aide à l'Autonomisation	5	10.0%
Autre	0	0.0%
Total	50	100.0%

- Analyse succincte des réponses au pré-test

Tous les M.K. interrogés ont pris en charge des patients en soins palliatifs. Ils ont tous reçu une formation relative à ce type de prise en charge soit à l'institut de formation soit en stage. Les limites de la prise en charge sont le manque de formation et l'absence de partenaires paramédicaux. Pour la grande majorité, un patient en soins palliatifs évoque en premier la fin de vie. La plupart souhaite une information sur les formations dans ce domaine.

Evaluation de la qualité du questionnaire par les répondants

- Questions complémentaires posées aux répondants à la fin de l'entretien téléphonique

Prétest soins palliatifs

janvier 2013 - HAD CHR Metz Thionville

A l'issue de la collecte des informations sur le questionnaire kinésithérapie et soins palliatifs, une série de questions a été posée pour évaluer la perception par les personnes interrogées de la forme de l'enquête.

<p>1. L'envoi du courrier vous semble :</p> <p><input type="radio"/> 1. utile <input type="radio"/> 2. inutile</p> <hr/> <p>2. Le questionnaire vous semble :</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Clair <input type="checkbox"/> 2. Long <input type="checkbox"/> 3. Varié</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Pertinent <input type="checkbox"/> 5. Non pertinent <input type="checkbox"/> 6. complet</p> <p><input type="checkbox"/> 7. incomplet</p> <p><i>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</i></p> <hr/> <p>3. Le délai entre l'envoi et l'appel vous semble :</p> <p><input type="radio"/> 1. Trop court <input type="radio"/> 2. Correct <input type="radio"/> 3. Trop long</p>	<p>4. La durée de appel téléphonique vous semble :</p> <p><input type="radio"/> 1. longue <input type="radio"/> 2. correcte</p> <hr/> <p>5. L'appel téléphonique facilite-il la transmission de réponses?</p> <p><input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non</p> <hr/> <p>6. Avez-vous d'autres remarques ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
--	--

- Tableau de bord des réponses à l'évaluation de la qualité du questionnaire par les répondants du pré-test.

8 observations

Prétest soins palliatifs

envoi			questionnaire			délai			appel			transmission		
utile	8	100.0%	Clair	8	25.0%	Trop court	0	0.0%	longue	1	12.5%	Oui	8	100.0%
inutile	0	0.0%	Long	0	0.0%	Correct	7	87.5%	correcte	7	87.5%	Non	0	0.0%
Total	8	100.0%	Varié	8	25.0%	Trop long	1	12.5%	Total	8	100.0%	Total	8	100.0%
			Pertinent	8	25.0%	Total	8	100.0%						
			Non pertinent	0	0.0%									
			complet	7	21.9%									
			incomplet	1	3.1%									
			Total	32	100.0%									

- Conclusion : l'envoi du questionnaire et l'appel téléphonique sont nécessaires, le délai de 10 jours entre les deux est correct. Le déroulement de l'entretien téléphonique est validé.

Annexe IV : Version finale du questionnaire envoyé aux M.K. libéraux

KINESTHERAPIE ET SOINS PALLIATIFS

janvier et février 2013 - HAD CHR Metz Thionville

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un mémoire de diplôme d'état de masseur kinésithérapeute sur la pratique kinésithérapique et les soins palliatifs en collaboration avec le service Hospitalisation A Domicile (HAD) du CHR Metz-Thionville. Il vous est demandé de le renseigner et un enquêteur vous contactera directement par téléphone dans la semaine pour collecter vos réponses lors d'un entretien de 5 min environ. Merci par avance de votre précieuse collaboration.

Vous

1. Vous êtes

1. Un homme 2. Une femme

2. Votre âge

Votre formation initiale

3. Où avez-vous suivi votre formation initiale?

1. En Lorraine 2. En Belgique
 3. Autre Région de France 4. Autre pays

4. Si 'Autre région de France', précisez :

5. Si 'Autre pays', précisez :

6. En quelle année avez-vous été diplômé?

7. Au cours de votre formation initiale les soins palliatifs ont-ils été abordés?

1. A l'institut de formation 2. Durant les stages
 3. Dans le cadre de votre mémoire

8. Le niveau de formation reçue sur les soins palliatifs vous semble-t-il :

1. suffisant 2. insuffisant 3. très insuffisant

Votre pratique

9. Vous exercez en libéral depuis :

1. Moins de 5 ans 2. + de 5 ans 3. + de 10 ans
 4. +15 de ans

10. Vous exercez plutôt en milieu :

1. urbain 2. rural 3. mixte

11. Votre activité de domicile représente :

1. 0 % de votre activité
 2. 1 à 25 % de votre activité
 3. 26 à 50 % de votre activité
 4. 51 à 75 % de votre activité
 5. 76 à 100 % de votre activité

12. Avez-vous déjà pris en charge des patients en soins palliatifs ?

1. Oui 2. Non

13. Si 'Oui', combien ?

1. Moins de 5 2. + de 5 3. + de 10 4. +15

14. Si 'Non', pourquoi ?

15. En cas de prises en charge de soins palliatifs, ont-elles été réalisées dans le cadre de votre activité libérale ?

1. Oui 2. Non

16. En cas de prises en charge de soins palliatifs elles ont eu lieu :

1. En établissement de santé 2. En cabinet
 3. A domicile

17. Dans le cas d'une prise en charge en soins palliatifs, la prescription est établie par :

1. le médecin traitant
 2. le médecin d'un établissement de santé
 3. le médecin de l'hospitalisation à domicile

18. Avez-vous suivi des formations professionnelles continues ces 5 dernières années ?

1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4
 6. 5 7. +de 5

19. Seriez-vous intéressé pour avoir une information sur les formations en soins palliatifs ?

1. Oui 2. Non

20. Si 'Oui', sous quelle(s) forme(s) ?

1. Courrier 2. Mail 3. téléphone

21. Si 'Non', pourquoi ?

Les soins palliatifs

22. Dans la liste suivante indiquez par ordre d'importance ce qu'évoque pour vous un patient en soins palliatifs.

1. la fin de vie
2. une maladie grave
3. un accompagnement difficile
4. l'absence d'autonomie
5. la douleur
6. des difficultés psychologiques

23. Selon vous, les soins palliatifs sont-ils du domaine de compétences des masseurs kinésithérapeutes libéraux ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

24. Savez-vous si les soins palliatifs font l'objet d'une cotation d'actes spécifique ?

1. Oui 2. Non

25. si oui quel AMK ?

26. Selon vous, quels sont les principaux facteurs qui limitent la prise en charge en soins palliatifs dans la pratique libérale ?

- 1. Durée de la séance
- 2. Manque de formation
- 3. Acte mal coté
- 4. Pas de prescription
- 5. Prise en charge à domicile
- 6. Charge psychologique
- 7. Absence de partenaires médicaux et paramédicaux
- 8. Manque de compétences
- 9. Autres

27. Si 'Autres', précisez :

28. Dans la liste suivante des actes kinésithérapiques lesquels sont selon vous les plus fréquemment réalisés en soins palliatifs :

- 1. Massage
- 2. Physiothérapie
- 3. Mobilisation passive
- 4. Travail actif
- 5. Techniques de désencombrement
- 6. Facilitation du transit
- 7. Techniques de relaxation
- 8. Respiration Abdomino-diaphragmatique
- 9. Nursing
- 10. Aide à l'Autonomisation
- 11. Autre

29. Si 'Autre', précisez :

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile d'un patient en soins palliatifs implique des particularités dans la prise en charge kinésithérapique. Parmi celles qui sont mentionnées ci-dessous, indiquez si c'est un avantage, un désavantage ou indifférent

30. Signature d'une convention avec l'HAD

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent

31. Partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues, etc)

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent

32. Prise en charge psychologique du patient et de la famille assurée par le service HAD

1. Avantage 2. Désavantage 3. indifférent

33. Coordination des différents actes

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent

34. Obligation de rendre compte

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent

35. Paiement des actes par l'HAD

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent

36. Délais de paiement

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent

37. Autre particularité

38. Si 'Autre particularité'

1. Avantage 2. Désavantage 3. Indifférent