



**HAL**  
open science

# L'intégration et le recours au masseur-kinésithérapeute au sein des unités de soins palliatifs

Candice Métaireau

► **To cite this version:**

Candice Métaireau. L'intégration et le recours au masseur-kinésithérapeute au sein des unités de soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03342612

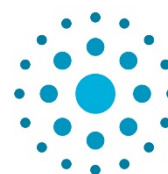
**HAL Id: dumas-03342612**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03342612>**

Submitted on 13 Sep 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Niçois

Mémoire écrit et soutenu par **Candice MÉTAIREAU**

Avril 2021

**L'intégration et le recours au Masseur-Kinésithérapeute au sein des  
Unités de Soins Palliatifs.**

Axe 2 : Les soins primaires – évaluation des pratiques professionnelles en MK

Jury :

CHOPLIN Arnaud, PhD – HDR en Sciences de l'Éducation - Directeur de l'IFMKN

DUBRULLE Véronique, Formateur de l'IFMKN - Directeur de mémoire

BERTHIAUX Laetitia, Masseur-Kinésithérapeute - Tuteur de mémoire

## Résumé

Le terme "palliatifs" provient du latin, *pallium*, signifiant le manteau, celui qui protège, qui réconforte. De nos jours, nous observons un « vieillissement de la population qui s'accompagne d'une augmentation à la fois de l'incidence et de la mortalité des affections vasculaires cérébrales, des dégénérescences neurologiques et des cancers » [1]. Ce phénomène conduit directement à une augmentation des besoins en soins palliatifs. En France, les plans nationaux visent à encourager la mise en place de la démarche palliative dans toutes les structures de soins où elle est nécessaire. [2]

Les soins palliatifs concernent toutes les personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Ils sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire permettant une approche globale du patient. Les masseur-kinésithérapeutes (MK) sont intégrés au processus de soins palliatifs depuis 1996 et les données concernant leurs compétences dans ce domaine sont bien décrites. Il existe cependant une inégalité d'intégration des MK dans les unités de soins palliatifs en France. De plus, dans la littérature, ils ne sont pas toujours pris en considération dans ce domaine. Ainsi se pose la question de l'intérêt de l'intégration des MK au sein des unités de soins palliatifs. Une enquête qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs est menée auprès de cinq professionnels de santé de différents corps médicaux exerçant au sein de ce type de structure afin d'analyser leurs représentations du rôle du MK au sein de leur équipe soignante.

Le MK possède d'une part des compétences techniques mais également des compétences non techniques lui permettant d'intervenir au niveau psychologique et éthique. Les résultats révèlent que l'intégration du masseur-kinésithérapeute permet de motiver les patients, qui se fixent alors plus facilement des objectifs. Il semble également que son intégration lui permette non seulement d'avoir un véritable suivi et une meilleure continuité des soins, mais également de créer des liens plus forts avec ses patients et leur entourage. Enfin, le MK intégré a un rôle central dans la pluridisciplinarité de l'équipe : il représente au sein de ces structures un intermédiaire de choix, que ce soit avec les différents professionnels, avec les patients mais aussi avec l'entourage.

Mots clés : Kinésithérapie, Soins palliatifs, Unité de Soins Palliatifs.

## Abstract

The term "palliative" comes from the Latin, *pallium*, meaning the mantle, the one that protects and comforts. Today, we are witnessing an "ageing population with an increase in both the incidence and mortality of cerebrovascular disease, neurological degenerations and cancer" [1]. This phenomenon leads directly to an increase in palliative care needs. In France, the national plans aim to improve end-of-life support and encourage the implementation of the palliative approach in all care structures where it is needed. [2]

Palliative care concerns all people with a serious, progressive, life-threatening, advanced or terminal illness. It is provided by a multidisciplinary team that enables a global approach to the patient. The physiotherapists have been integrated into the palliative care process since 1996 and the data concerning their skills, in this field, are well described.

However, inequality remains in the integration of physiotherapists in palliative care units in France. Moreover, in the literature, they are not always taken into consideration in this field. This raises the question of the interest of integrating physiotherapists into palliative care units. A qualitative survey by means of semi-directive interviews, is carried out with five health professionals from different medical bodies, working within this type of structure, in order to analyze their representations of the role of the physiotherapist within their care team.

The physiotherapist has on the one hand technical skills enabling him to take care of patients within the palliative care unit, but also non-technical skills necessary to intervene at the psychological and the ethical level. The results show that the integration of the physiotherapist helps to motivate patients, who then set objectives more easily. It also seems that the integration of the physiotherapist not only allows him to have a real follow-up and a better continuity of care, but also to create stronger links with his patients and their entourage. Finally, the integrated physiotherapist has a central role in the multidisciplinary nature of the team: within these structures, he represents an intermediary of choice, whether with the various professionals, with the patients or with their family and friends.

Keywords : Physiotherapy, palliative care, palliative care unit

Liste des abréviations utilisées :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

HAS : Haute Autorité de santé

MK : Masseur Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

# Table des matières

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Contexte .....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Situation actuelle .....	1
1.1.2 Définitions .....	1
1.1.3 Législation .....	3
1.1.4 Les différentes structures et la population concernée .....	4
<b>1.2 Prise en charge en soins palliatifs .....</b>	<b>5</b>
1.2.1 Les différents symptômes rencontrés .....	5
1.2.2 Recommandations et prise en charge pluridisciplinaire .....	6
1.2.3 La représentation sociale des soins palliatifs .....	7
<b>1.3 La place du MK en soins palliatifs .....</b>	<b>8</b>
1.3.1 Au niveau réglementaire .....	8
1.3.2 Au niveau de la technicité .....	9
1.3.3 Au niveau des compétences non techniques .....	11
<b>2. Problématique .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Genèse de la problématique .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Résultats de notre questionnaire pré-enquête .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Intérêts visés du travail .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Méthodologie .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 La méthode de recherche bibliographique .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 La méthodologie de recherche de notre étude .....</b>	<b>19</b>
3.2.1 Population choisie .....	19
3.2.2 Matériel et protocole .....	20
3.2.3 Réalisation des entretiens .....	20
<b>4. Résultats .....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Analyse de contenu .....</b>	<b>22</b>
4.1.1 La pré-analyse .....	22
4.1.2 Les procédures d'analyse utilisées .....	22
<b>4.2 Résultats bruts des entretiens .....</b>	<b>23</b>
4.2.1 Entretien n°1 .....	23
4.2.2 Entretien n° 2 .....	24
4.2.3 Entretien n°3 .....	25
4.2.4 Entretien n°4 .....	26
4.2.5 Entretien n°5 .....	28
4.2.6 Synthèse .....	29
<b>4.3 Analyse des résultats .....</b>	<b>31</b>
4.3.1 Entretien n°1 .....	31
4.3.2 Entretien n°2 .....	34
4.3.3 Entretien n°3 .....	37
4.2.4 Entretien n°4 .....	40
4.2.5 Entretien n°5 .....	43
<b>5. Discussion .....</b>	<b>47</b>
<b>5.1 Interprétation des résultats .....</b>	<b>48</b>
5.1.1 La catégorie technicité du MK .....	48
5.1.2 La catégorie MK dans la pluridisciplinarité .....	50

5.1.3 La catégorie prise en charge non technique.....	52
5.1.4 L'intégration du MK au sein des USP.....	54
<b>5.2 Limites de l'étude.....</b>	<b>57</b>
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>58</b>
6.1 Réponses à la problématique et intérêt de travail.....	58
6.2 Perspectives futures.....	59
<b>7. Bibliographie.....</b>	<b>.....</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>.....</b>
Annexe 1 : Synthèse des représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs » .....	I
Annexe 2 : Tableau obtenu après utilisation du thésaurus Mesh .....	II
Annexe 3 : Équations de recherche.....	III
Annexe 4 : Questionnaire pré-enquête à destination des médecins responsables des USP..	III
Annexe 5 : Mail à destination des participants.....	V
<b>Annexe 6 : Entretien 1 .....</b>	<b>V</b>
Retranscription entretien 1.....	V
Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 1 .....	XI
<b>Annexe 7 : Entretien 2 .....</b>	<b>XV</b>
Retranscription entretien 2 .....	XV
Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 2.....	XIX
<b>Annexe 8 : Entretien 3 .....</b>	<b>XXII</b>
Retranscription entretien 3 .....	XXII
Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 3.....	XXVI
<b>Annexe 9 : Entretien 4 .....</b>	<b>XXIX</b>
Retranscription entretien 4 .....	XXIX
Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 4.....	XXXIII
<b>Annexe 10 : Entretien 5 .....</b>	<b>XXXVI</b>
Retranscription entretien 5 .....	XXXVI
Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 5.....	XLIV

# 1. Introduction

## 1.1 Contexte

### 1.1.1 Situation actuelle

L'urbanisation croissante et le développement de l'accès aux soins médicaux ont radicalement transformé l'accompagnement de la fin de vie dans les pays industrialisés : aujourd'hui, la majorité des décès ont lieu à l'hôpital ou en institution. Si l'on s'en réfère au code de la santé publique, la définition de la fin de vie est la période qui précède le décès d'un individu « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'elle qu'en soit la cause.* » Les personnes hospitalisées dans ces secteurs de soins palliatifs nécessitent donc des soins et accompagnements spécifiques. [3]

Durant ces 30 dernières années, de nombreuses évolutions ont donc eu lieu et plusieurs textes législatifs ont accompagné le développement des soins palliatifs en France [4] [5] [6]. Les personnes en fin de vie nécessitent des soins médicaux spécifiques pour traiter leur douleur notamment. Mais elles nécessitent également un accompagnement actif prenant en charge les sphères psychologiques, sociales et spirituelles de la personne. [7]

Selon l'OMS, à l'échelle mondiale, environ 40 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs chaque année. Seulement 14% de ces personnes bénéficient de ces soins palliatifs. En France, le plan national 2015-2018 visait notamment à améliorer l'accompagnement de la fin de vie et à encourager la mise en place de la démarche palliative dans toutes les structures de soins où elle est nécessaire. [2]

### 1.1.2 Définitions

De nombreuses institutions ont donné des définitions aux soins palliatifs, ces définitions ont suivi des évolutions au cours du temps. [7]

Tout d'abord, la loi de 1999 relative aux droits des personnes malades a permis de faire émerger plusieurs articles. Les soins palliatifs sont alors définis comme « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.* » La personne malade peut également s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.



Lors de la mise en place du programme national de développement des soins palliatifs en 2002, une nouvelle définition a été donnée : *« les soins palliatifs et l'accompagnement concernent les personnes de tous âges atteints d'une maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de vie et à soulager les symptômes : ce sont tous les traitements et soins d'accompagnement physiques, psychologiques, spirituels et sociaux envers des personnes et leur entourage. »*

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a elle aussi réfléchi quant à la définition des soins palliatifs. Une première définition a été établie par l'organisme en 1990, puis elle a été remise à jour en 2002 : *« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. »*

En 2002 également, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) a clarifié : *« Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. »* Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille ou à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes.

### 1.1.3 Législation

En France, le premier texte législatif de référence sur les soins palliatifs est apparu en 1986. Il s'agit de la circulaire du 26 août 1986, dite "circulaire Laroque", relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. [8]

Ce texte précise ce que sont les soins palliatifs et définit les modalités essentielles de leur organisation selon la diversité des situations (maladie, vieillesse, accident, à domicile ou en institution). Ce texte repose sur le rapport d'un groupe pluridisciplinaire d'experts présidé par Geneviève Laroque qui a eu un rôle déterminant dans la reconnaissance des soins palliatifs.

Durant ces 30 dernières années, plusieurs textes législatifs ont accompagné le développement des soins palliatifs en France :

*La loi du 9 juin 1999* a permis de garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. [4] Elle aborde aussi le refus d'investigation ou thérapeutique, les soins à domicile et le rôle des bénévoles. Par la suite, la *loi du 4 mars 2002* appelée « Loi Kouchner » a amélioré l'information du malade en respectant sa volonté (consentement, personne de confiance) et la réparation des accidents thérapeutiques. [9]

*La loi du 22 avril 2005*, appelée « Loi Léonetti » a ensuite clarifié et renforcé les dispositions existantes sur l'obstination déraisonnable, la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement, la collégialité, le respect de la volonté du malade en fin de vie et la personne de confiance. Elle a également instauré les directives anticipées relatives à la fin de vie. [10]

*La circulaire du 25 mars 2008* a permis de préciser les orientations de la politique des soins palliatifs, fondée sur le développement de la démarche palliative. Elle fournit des référentiels d'organisation des soins pour chacun des dispositifs hospitaliers de la prise en charge palliative et précise le rôle du bénévolat d'accompagnement.

Le 2 janvier 2016, la loi Claeys-Léonetti a confirmé le droit de pouvoir mourir sans acharnement thérapeutique. [11] Elle a également renforcé le droit du patient de faire respecter ses volontés et son droit de mourir soulagé, quelles que soient les circonstances même les plus complexes.

Enfin, le décret du 3 août 2016 a permis la modification du code de déontologie médicale. Ce décret a créé de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

#### 1.1.4 Les différentes structures et la population concernée

En France, tous les professionnels de santé doivent être en mesure de pratiquer des soins palliatifs, que ce soit au domicile, à l'hôpital ou en institution (maisons de retraite, établissements médico-sociaux, foyers de vie, maisons d'accueil spécialisées...). Dans certaines situations médicales ou sociales complexes, les professionnels de santé qui suivent la personne malade peuvent toutefois avoir besoin de faire appel à des structures ou à des dispositifs spécialisés en soins palliatifs. [12]

- Les unités de soins palliatifs (USP) : il s'agit de services spécialisés en soins palliatifs situés à l'hôpital. Elles prennent en charge les situations les plus compliquées et sont également des lieux de recherche et de formation des soignants.
- Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : il s'agit d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues notamment) qui se déplacent au lit du malade et/ou auprès des soignants. Elles exercent un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services qui font appel à elles.
- Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) : ce sont des lits installés dans des services hospitaliers qui sont confrontés à des fins de vie fréquentes. La continuité des soins y est assurée car ce sont les mêmes soignants qui suivent le patient depuis le début de sa maladie et qui mettent en place les soins palliatifs.
- Les réseaux de soins palliatifs : ils favorisent le maintien à domicile. Ils apportent conseil, soutien, appui et formation aux équipes soignantes du domicile. Ils travaillent avec les structures médico-sociales et organisent le retour à domicile dans de bonnes conditions.
- Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) : il s'agit d'un dispositif mis en place sur prescription médicale lorsque la personne souhaite rester à son domicile et qu'elle nécessite de nombreux soins spécifiques. L'équipe du service d'hospitalisation à domicile travaille en lien avec le médecin traitant et les autres soignants qui interviennent au domicile.

Les soins palliatifs concernent des patients de tous âges : « Que le malade soit un nouveau-né, un enfant ou un adulte, il est en droit de bénéficier de soins palliatifs. » [13] Comme la définition l'indique, toutes les personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, peuvent bénéficier des soins

palliatifs. Les soins palliatifs ne sont donc pas réservés aux malades en fin de vie et sont mis en place au cours de différentes périodes de la maladie.

Ils peuvent être pratiqués au début de la maladie pour aider le patient à mieux vivre avec et pour anticiper les difficultés. Les patients peuvent alors venir ponctuellement en consultation ou en hôpital de jour pour soulager certains symptômes. A ce stade, ils sont associés à des traitements curatifs.

Lorsque les traitements n'apportent plus de guérison, les soins palliatifs visent alors à améliorer la qualité de vie du patient. Enfin, lorsque l'évolution de la maladie est inéluctable, les soins palliatifs visent à préserver au maximum le confort du patient et à l'accompagner. L'accompagnement de la famille et de l'entourage du malade fait aussi partie des soins palliatifs. En effet, la survenue d'une maladie grave et évolutive provoque fréquemment des questionnements, des angoisses et des souffrances chez les proches de la personne atteinte.

## 1.2 Prise en charge en soins palliatifs

### 1.2.1 Les différents symptômes rencontrés

En soins palliatifs, les patients présentent généralement une expression forte des symptômes des pathologies dont ils souffrent. Cet aspect est important à prendre en compte dans la prise en charge. Il faut également prendre en compte le rapport bénéfice/risque des thérapeutiques.

La douleur est le symptôme le plus rencontré, elle est souvent liée et majorée par l'angoisse du patient. C'est pourquoi il est primordial d'analyser les plaintes du patient pour évaluer sa véritable demande et orienter au mieux la prise en charge. En plus de l'évaluation habituelle des causes et des caractéristiques de la douleur, il faut évaluer son retentissement sur le comportement quotidien et sur l'état psychologique du patient et de son entourage.

La fatigue est également souvent présente chez les patients en soins palliatifs, il est donc important de ménager les forces du patient tout en préservant ses capacités d'autonomie et de participation. On rencontre également une diminution de mobilité chez ces patients. Cette réduction de mobilité peut avoir un retentissement psychologique et social chez le patient et ses proches car elle représente un tournant évolutif. L'anxiété est aussi à prendre en compte, elle peut représenter une prise de conscience de l'état du patient, elle est souvent mal supportée par le patient lui-même mais également par sa famille.

En soins palliatifs, il est également primordial d'évaluer l'état psychique des patients. En effet, les maladies graves évolutives conduisent à des changements psychologiques. Ces changements peuvent être liés à la perte d'autonomie, aux modifications de l'image corporelle, à une perte de l'estime de soi... Parfois ils peuvent conduire à une dépression, des troubles du sommeil ou un syndrome confusionnel entre autres. Pour Elisabeth Kübler-Ross, chaque personne passe par différentes étapes de deuil, sans forcément les éprouver dans le même ordre. La durée de chaque étape varie également selon chacun. [14]

Certaines altérations cutanées peuvent également être retrouvées en soins palliatifs, elles sont souvent dues à la diminution de mobilité des patients. On peut retrouver des escarres, des œdèmes, du prurit, des douleurs neurologiques... Enfin, les troubles respiratoires sont particulièrement présents en fin de vie. On retrouve la toux mais aussi la dyspnée qui est très angoissante pour le patient et son entourage.

### 1.2.2 Recommandations et prise en charge pluridisciplinaire

Dans les recommandations de la HAS datant de 2002 et concernant les modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, il existe de nombreux principes à respecter dans ce domaine. [15]

Le respect du confort, du libre arbitre et de la dignité du patient fait partie de ces principes. Les décisions concernant la prise en charge des patients doivent être fondées sur l'intensité des symptômes mais également sur l'appréciation des besoins et préférences du patient et sur l'analyse du rapport bénéfice/risque.

Il est également nécessaire de prendre en compte la souffrance globale du patient. Le patient peut bien évidemment souffrir à cause d'une douleur physique, mais on peut retrouver d'autres types de souffrances. En effet, certains patients souffrent de l'altération de leur image corporelle ou d'autres conséquences psychologiques et morales de leur maladie. Les patients souffrent également de leur dépendance envers les autres, de leur vulnérabilité... Ils remettent parfois en question le sens de leur vie. Il est donc nécessaire d'identifier les causes de leur souffrance globale pour pouvoir accompagner les patients par le biais de la communication et de l'écoute notamment. L'évaluation et le suivi de l'état psychique du patient sont à surveiller. Lorsque les patients sont confrontés à l'approche de la mort, ils vivent souvent une phase d'angoisse existentielle. Ils perdent des repères ce qui peut les

rendre tendus et révoltés, il est donc important de prendre en compte les besoins spirituels du patient tout en respectant ses croyances. Dans cet aspect de la PEC, les soignants doivent alors encore une fois accompagner le patient avec une écoute active, un soutien continu, et faire preuve de réflexion éthique.

En soins palliatifs, de nombreux soignants interviennent auprès d'un même patient, il faut donc mettre en place une coordination et une continuité des soins efficace. Pour cela, la qualité de la communication est importante, que ce soit entre soignants mais également auprès du patient et de la famille. Pour permettre la continuité et la cohérence des soins, il est aussi majeur de définir un projet de soin personnalisé pour chaque patient. Concernant la phase terminale, l'accent est mis sur l'anticipation et la préparation des proches. L'intimité du patient doit être respectée, et l'instauration de bonnes explications sur les traitements mis en œuvre peuvent rassurer l'entourage. Il faut également informer régulièrement les proches sur l'évolution de la maladie pour leur permettre de se préparer au deuil.

Lorsque la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès est envisagée, les décisions doivent impérativement se faire de façon collégiale. [16] Les différents professionnels de santé doivent intervenir pour permettre d'analyser et de comprendre les demandes des patients en fin de vie. De plus, la sédation d'un patient peut faire souffrir les professionnels de santé, il est donc essentiel de faire participer toute l'équipe de soins au processus conduisant à la prise de décision. Tous les intervenants doivent comprendre les raisons de la sédation et ils doivent pouvoir s'exprimer et échanger entre eux. [17]

### 1.2.3 La représentation sociale des soins palliatifs

En 2009, la fondation de France et la SFAP ont demandé à l'institut Ipsos de réaliser un sondage sur la perception des français sur les soins palliatifs. Ce sondage a mis en avant certains progrès car 89% des français considèrent les soins palliatifs comme une réponse nécessaire à la souffrance en fin de vie. Mais il a aussi mis en évidence un certain manque d'information car 2 français sur 3 s'estiment mal informés dans ce domaine. De plus, la moitié de la population pense que tout le monde n'y a pas accès. [18]

Une autre enquête a été réalisée auprès du grand public français afin de comprendre la représentation des soins palliatifs. Cette enquête a été réalisée à partir d'entretiens semi-

directifs entre 2016 et 2017. La grille d'entretien comporte plusieurs thèmes : les mots que leur évoque le terme « soins palliatifs », comment se déroulent ces soins selon eux, qu'attendent ces personnes, la connaissance des lois et enfin leur envie ou non d'en apprendre plus sur ce sujet. [19] Le schéma représentant la synthèse des représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs » est disponible en annexes (Annexe 1).

Les personnes interrogées imaginent des patients en mauvais état général et dépendants. Leur image du patient en soins palliatifs est souvent très négative et dégradante. Les soins palliatifs représentent pour eux une maladie grave, un corps souffrant et abimé. Cette vision est opposée à celle de la « belle mort », dans son sommeil, sans souffrance.

De plus, la temporalité est très courte pour la grande majorité des interviewés. Les soins palliatifs sont donc davantage en lien avec le moment du décès qu'avec l'accompagnement et la maladie chronique. Néanmoins les personnes interrogées ont nuancé leur propos en disant que cette période pouvait être plus ou moins longue.

Enfin, ils imaginent facilement les soins palliatifs au sein d'un service d'hôpital mais n'ont pas cité les types de structures ou même les soins à domicile. Dans les entretiens, la notion d'euthanasie n'a été évoquée que dans le cadre des lois. Pour eux, il s'agit d'une solution contre la souffrance mais elle est interdite en France.

Nous constatons donc une certaine hétérogénéité quant à la vision des soins palliatifs. Le grand public accorde une grande importance à ce domaine mais il reste néanmoins assez méconnu.

### 1.3 La place du MK en soins palliatifs

#### 1.3.1 Au niveau réglementaire

La place du MK en soins palliatifs est reconnue dans l'article 9 du Décret n° 96-876 du 8 octobre 1996 : *“Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité à contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs”*.

La nomenclature des actes kinésithérapiques prend en compte cette participation par une cotation spécifique. Article 11 : *“Soins palliatifs : prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que*

*soit le nombre d'interventions : 12*". C'est un des actes les plus cotés dans la nomenclature des MK.

La circulaire de 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs mentionne également les kinésithérapeutes. [20]

Dans les recommandations spécifiques à l'activité de soins en secteur palliatif, les grands domaines dans lesquels le MK intervient sont : l'analgésie, l'autonomie et la fonction respiratoire [15] [21]. Il est aussi dit dans la littérature que le métier de kinésithérapeute doit être adapté au contexte des soins palliatifs, l'objectif n'est pas « guérir-récupérer » car cela pourrait aboutir à une forme « d'acharnement ou d'obstination kinésithérapique ». L'objectif ici est plutôt d'aider le patient à freiner les pertes d'autonomie et l'accroissement des douleurs. [22]

Les soins palliatifs sont intégrés aux soins médicaux dans seulement 15 % des pays du monde. De plus, les patients ont un accès irrégulier aux séances de kinésithérapie. Spill et al ont donc mené une enquête auprès de 395 oncologues et médecins de réadaptation et ont constaté que seuls 8 % des oncologues orientaient leurs patients atteints de cancer avancé vers des services de réadaptation, tandis que seulement 35 % des médecins de réadaptation ont déclaré qu'ils accepteraient ces patients dans un programme de rééducation. Certains professionnels de santé semblent donc ne pas être conscients de l'intérêt de la kinésithérapie dans ce domaine. [23]

Les résultats de notre enquête préliminaire (Annexe 4) sont confirmatoires de la littérature. On peut constater que certaines structures ne disposent pas de MK totalement intégré à leur service. Ceux-ci interviennent généralement dans le cadre d'une prescription ciblée sur une dysfonction particulière et de façon ponctuelle mais ne font pas partie intégrante de l'équipe de soins. [24] Cette modalité d'intervention est expliquée selon les médecins responsables des USP par la vision du rôle du MK qui est souvent mal connu et limité au traitement d'un symptôme spécifique.

### 1.3.2 Au niveau de la technicité

La kinésithérapie, dans le cadre des soins palliatifs, est un moyen de préserver et d'améliorer la qualité de vie et l'indépendance. [25] Les MK peuvent participer aux soins palliatifs dans



des unités spécialisées, dans des services hospitaliers ou encore à domicile. La prise en charge par le kinésithérapeute est très variable en soins palliatifs mais s'intègre toujours dans une démarche globale, tant au niveau respiratoire, moteur, psychologique et social. Dans ce cadre, le kinésithérapeute doit ajouter à sa technicité, une prise en charge humaine et créative. [21] Toutes les techniques décrites dans les compétences du MK peuvent être utilisées dans les soins palliatifs que ce soit dans le cadre du soulagement de la douleur, du maintien de l'autonomie, du maintien ostéo-articulaire mais aussi dans la prise en charge respiratoire, l'amélioration du transit, la relaxation... (9) Cependant, il existe une particularité, le but de l'utilisation de ces techniques est particulière par rapport à d'autres types de soins : ici, le MK freine les pertes, il accompagne.

Les difficultés respiratoires demandent une attention particulière car elles sont une cause anxiogène importante, les patients ayant peur de la mort dans la souffrance, dans l'étouffement... [21] Le traitement kinésithérapique des symptômes respiratoires comporte l'éducation au contrôle respiratoire, mais également l'aérosolthérapie, la relaxation, les massages, l'éducation aux bons positionnements... Le kinésithérapeute se doit d'être calme et rassurant. Il doit également accompagner l'entourage du patient : il faudra expliquer par exemple à la famille que la respiration superficielle est calme et reposante pour le patient, donner les causes de l'encombrement...

Concernant le domaine de l'oncologie, le MK peut également intervenir dans plusieurs symptômes spécifiques. En effet, les syndromes douloureux sont les principaux facteurs de dégradation de la qualité de vie des patients. Les douleurs chroniques induites par les métastases osseuses sont difficiles à traiter. Il est cependant admis que le massage thérapeutique agisse comme adjuvant efficace. [26] Le lymphœdème est également un symptôme courant dans les cancers. Une étude rétrospective avec les données de 208 patients admis en unité de soins palliatifs en 2007 a été réalisée. [27] Les résultats ont montré une amélioration clinique de l'intensité des symptômes chez les patients atteints de lymphœdème à un stade très avancé de leur maladie après le drainage lymphatique manuel. En ce qui concerne la fatigue, Buss et al ont démontré une réduction statistiquement significative de la fatigue liée au cancer chez les personnes en soins palliatifs qui ont participé à un programme d'exercices de 20 à 30 minutes sous surveillance d'un kinésithérapeute, par rapport aux participants du groupe témoin qui ont connu une augmentation de la fatigue pendant la même période. [28]

Le MK utilise également ses techniques pour améliorer la qualité de vie des patients en soins palliatifs. En effet, dans un essai contrôlé randomisé de 40 participants, Laakso et al ont démontré que l'augmentation du temps consacré à la kinésithérapie améliore le niveau fonctionnel, la qualité de vie et la satisfaction du patient et augmente le nombre de sorties à domicile par rapport à un autre établissement. [29] Une revue de littérature a également été réalisée en 2015 aux États unis. [30] Treize articles qualitatifs ont été sélectionnés, répondant à tous les critères d'inclusion et traitant du rôle de l'intervention des MK dans le cadre des soins palliatifs. Ces articles soutiennent l'utilisation de la kinésithérapie dans les milieux de soins palliatifs et soulignent son impact sur l'amélioration du bien-être physique, social et émotionnel des patients. [31] [32] [33]

En ce qui concerne l'organisation des soins de kinésithérapie à l'étranger, en Allemagne, une enquête transversale a été réalisée en 2013. Toutes les unités de soins palliatifs, les équipes spécialisées de soins palliatifs ambulatoires et les hôpitaux en Allemagne sont incluses (n=680). [34] Elle a révélé que la kinésithérapie est principalement appliquée dans les unités de soins palliatifs (79%), mais rarement dans les hôpitaux. Les effets de la kinésithérapie relevés sont principalement l'amélioration des symptômes, tels que l'œdème, la douleur, la constipation et la dyspnée. Cependant, la kinésithérapie n'est pas complètement intégrée dans la pratique des soins palliatifs en Allemagne.

### 1.3.3 Au niveau des compétences non techniques

Au-delà de son rôle traditionnel, en soins palliatifs le MK a un rôle primordial dans la prise en charge humaine. Il doit faire preuve d'une disponibilité particulière pour permettre l'accompagnement du patient et de ses proches. Cet accompagnement peut passer par une communication verbale mais également non verbale. Par exemple, lorsqu'un patient ne peut s'exprimer verbalement, le kinésithérapeute devra apporter une attention particulière aux réactions du patient lors de ses séances (expression du visage, regards, posture du corps...). Il s'agit de suivre le malade à son rythme et de l'accompagner « pas à pas ». [15]

Le MK possède également un moyen de communication qui va au-delà du verbal : l' . Cette écoute passe principalement par le toucher. Il peut s'agir d'un massage manuel qui agit sur le bien-être général des patients, ce qui leur permet une meilleure disposition à bouger et à

communiquer. Les techniques de massage diminuent également l'angoisse, stimulent le système immunitaire et provoquent un sentiment de bien-être. Enfin, les informations sur la qualité des tissus recueillies pendant ce temps permettent d'orienter le MK dans ses choix thérapeutiques. [35]

Depuis de nombreuses années, on confie aux MK la mission de réparer les corps. En effet, il possède des moyens tactiles de réparer : par des frictions libérant les tissus sous-jacents, par des drainages luttant contre les œdèmes... Il tente de rétablir la forme d'un corps devenu pour les patients « monstrueusement blessant ». [36] Le toucher manuel est donc une technique de choix pour communiquer. Il permet d'apaiser les craintes et les angoisses, en recréant une unité corporelle et en procurant détente et bien-être. « Il s'agit, à travers ce contact corporel, de rétablir un équilibre entre les stimulations déplaisantes, intrusives, et les stimulations positives procurant du plaisir ».

Cependant, cette action ne se limite pas à la réparation du corps, le MK répond à un besoin fondamental. Il s'agit de la sauvegarde de « l'unité de l'organisme, somatique et psychique ».

Le massage, la mobilisation passive, permettent de reconforter le patient dans son identité physique : le patient réinvestit son corps, il comprend qu'il peut encore ressentir des sensations agréables, retrouve les limites de son corps dans l'espace. [37] La main touche, elle parle et contribue à rompre l'isolement et à contenir les angoisses. [38] Le toucher sert donc à entrer en contact, à témoigner d'une présence à l'autre, à améliorer la qualité de vie. Comme disait Dolto, le toucher sert à « opérer une conversion du malade afin de lui faire quitter le chemin qui le liait au traumatisme » et permet de l'inviter à « s'affranchir d'un dysfonctionnement afin de parvenir à caresser le rêve d'une récupération ». [39]

Les mains du MK écoutent les réactions du corps et permettent d'apaiser, de relâcher. Le patient qui est massé se livre alors en toute confiance.

Le toucher répond donc à un besoin fondamental. [40] Il faut distinguer le schéma corporel qui est en partie inconscient, le même pour tous les humains et la notion d'image du corps qui est individuelle, liée aux expériences émotionnelles. Le kinésithérapeute par ses mains expertes, peut agir sur l'image du corps de son patient notamment en lui permettant de mieux prendre conscience de son corps, par le mouvement par exemple. [41] La kinésithérapie vient donc aider le patient à prendre conscience que la vie est encore là. Le patient redécouvre des possibilités perdues, il est encore acteur. [42]

De plus, la kinésithérapie participe à la conservation de la dignité humaine. L'accompagnement effectué par le MK fait appel à des réflexions éthiques entre bienfaisance, inviolabilité du corps, respect de l'altérité... [22] Il doit régulièrement adapter son traitement en fonction de l'état de santé du patient. Dans ce domaine des soins palliatifs, le MK se démarque de son image habituelle dans la recherche du progrès et l'effort. Ici, il accompagne le patient tout en respectant ses volontés : celui-ci peut préférer faire du renforcement musculaire un jour, et le lendemain s'installer simplement au fauteuil pour pouvoir recevoir sa famille. Les objectifs sont réévalués en permanence et adaptés pour permettre le confort du patient. [24]

De nombreuses études ont été réalisées autour de la perception du MK concernant leur propre rôle en soins palliatifs. Ces études ont montré que les MK experts accordent particulièrement d'importance aux aspects non techniques de leur prise en charge. Celle-ci permet d'améliorer la qualité de vie de leurs patients et l'interdisciplinarité est primordiale.

Une étude qualitative avec questionnaire démographique et entretiens semi-directifs a été réalisée en 2017. [43] L'objectif de cette étude était de décrire les perceptions des MK concernant leur rôle au sein des unités de soins palliatifs aux États-Unis. Il a été mis en avant le fait que les objectifs de soins de kinésithérapie varient en fonction de la maladie du patient dans le continuum de soins. Les MK doivent mettre davantage l'accent sur les soins non traditionnels, de soutien et émotionnels. Enfin, cette étude a démontré que les MK sont des membres à part entière de l'équipe pluridisciplinaire.

Une étude qualitative réalisée en Angleterre a aussi permis de décrire les ressentis des MK sur leur expérience en soins palliatifs à domicile, les obstacles qu'ils rencontrent et les éléments positifs qui les motivent à poursuivre. [44] Pour les MK participants, la rééducation est importante, car selon eux, elle rehausse l'indépendance des malades et améliore leur qualité de vie. Les soins sont certes axés sur l'aspect physique mais ils visent surtout à procurer un confort et un support moral.

Enfin, dans une autre étude qualitative réalisée au Canada, les MK en soins palliatifs interviewés ont décrit leur rôle comme étant diversifié, motivé par les objectifs des patients. [45] Ils accordent une grande valeur à la pluridisciplinarité et ont également recommandé de sensibiliser davantage les MK à la possibilité de contribuer aux soins palliatifs. Selon eux, le MK contribue aux soins palliatifs en prenant en compte les aspects physiques du patient et en améliorant sa qualité de vie. Il fait de l'éducation aux patients, aux familles et aux

soignants pour mieux gérer les symptômes, maximiser les fonctions physiques et prévenir les chutes. Enfin, il répond aux besoins psychosociaux et émotionnels des patients et des familles.

## 1. Problématique

### 2.1 Genèse de la problématique

D'après la littérature, la PEC en soins palliatifs doit être globale et individualisée. Les auteurs préconisent tous le travail en pluridisciplinarité. Ce terme représente « *un groupe de personnes de formations diverses, ayant la volonté de travailler ensemble et de façon complémentaire, autour de valeurs communes, pour une meilleure qualité de soins et de vie des malades et de leurs proches.* » C'est pourquoi, dans ce domaine des soins palliatifs, différents intervenants associent leurs compétences pour accompagner au mieux les patients. De nombreux professionnels de santé sont régulièrement cités mais les rééducateurs sont parfois mis à l'écart.

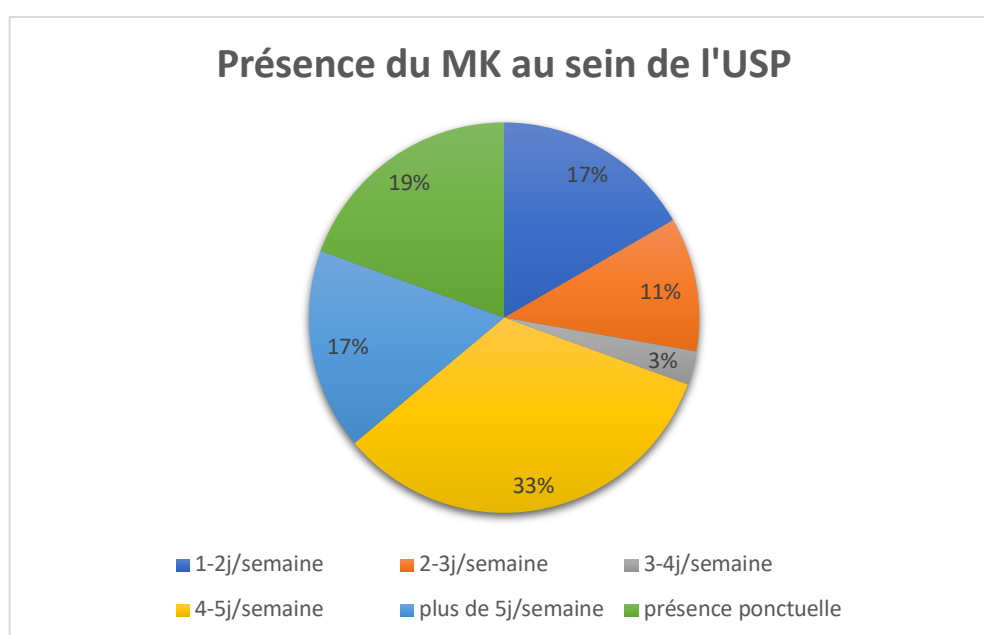
Dans une synthèse documentaire réalisée par la HAS (Haute Autorité de Santé) en juin 2016, nous avons notamment relevé la phrase suivante : « *Les structures dédiées aux soins palliatifs sont décrites dans le bilan du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. Elles réunissent pour la plupart des médecins, infirmiers, aides-soignantes, pharmacien, psychologue, selon les cas, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, diététicien, assistante sociale.* » [46] Nous constatons donc que les rééducateurs sont cités mais ne sont pas systématiquement intégrés dans l'organisation générale des soins palliatifs.

Dans le bilan du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, l'offre et l'organisation des soins palliatifs est décrite comme hétérogène selon les régions et la démographie. [47] Les effectifs recensés comprennent des vacations ou des temps partiels de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens... mais aucun nombre n'est imposé. Dans les perspectives citées, nous notons également qu'il était déjà proposé de procéder à une réingénierie des professions paramédicales pour leur permettre d'intégrer davantage les soins palliatifs.

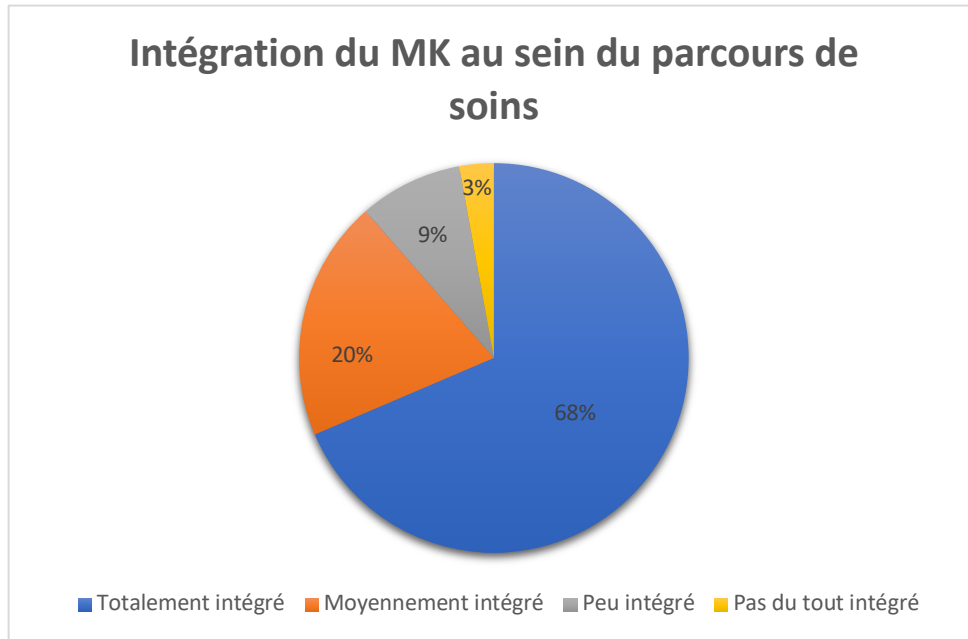
## 2.2 Résultats de notre questionnaire pré-enquête

Nous avons donc décidé de réaliser un questionnaire pré-enquête afin d'avoir une vision globale quant à l'intégration actuelle des MK au sein des USP en France. Ce questionnaire était à destination des médecins responsables des USP en France, il est disponible en annexes (Annexe 4). Afin de faciliter la transmission ainsi que le traitement des résultats, le logiciel Google Form a été utilisé. Nous avons utilisé l'annuaire national de la SFAP contenant 150 adresses d'USP enregistrées et nous avons ainsi pu obtenir 121 adresses mails valides. Nous avons obtenu à ce jour 38 réponses, ce qui correspond à 31% de notre population initiale. À l'issue de cette enquête préliminaire, nous pouvons constater que :

- 35 médecins ont répondu qu'un ou plusieurs MK intervenaient au sein de leur structure (soit 91 % des répondants).
- Au sein de ces USP, les MK interviennent en grande majorité en tant que salarié (pour 29 répondants soit 80%). Les autres MK interviennent en tant qu'intervenant externe à la structure.
- Pour 97,4 % des répondants (soit 37 médecins), la présence d'un MK peut être un atout au sein de leur structure. 1 seul répondant a répondu non.
- Concernant les temps de présence des MK au sein des USP, nous avons obtenu la répartition ci-dessous :



- Concernant l'intégration des MK au sein du parcours de soins, les questionnaires ont mis en évidence la répartition ci-dessous :



Dans les questions ouvertes, de nombreux points sont également ressortis :

- Les répondants évoquent un manque de MK, 3 grands thèmes ont été retrouvés (des raisons économiques, des problèmes au niveau de leur direction ainsi que des problèmes de recrutement).
- La majorité des répondants pensent que la présence d'un MK peut être un atout pour plusieurs raisons : ils évoquent à de nombreuses reprises la technicité du MK. L'aspect pluridisciplinaire, l'entretien de l'autonomie et l'aide au retour à domicile sont des termes qui ont également été retrouvés plusieurs fois. Le confort ainsi que l'approche corporelle semblent être spécifiques dans cette profession selon eux.
- Le répondant qui a répondu que le MK n'est pas un atout a indiqué que ses patients sont trop épuisés pour bénéficier de kinésithérapie selon lui.
- Concernant les choses à améliorer : une mauvaise connaissance des instances dans ce domaine est ressortie à de nombreuses reprises, due selon eux à une mauvaise communication du rôle du MK en soins palliatifs (« ils ne voient le rôle du MK qu'en tant que rééducateur et ne comprennent pas l'intérêt d'embaucher plus dans ces structures »). Les médecins qui disposent d'un MK de manière ponctuelle voudraient avoir minimum des MK en équivalent mi-temps, voir temps plein si possible car leurs temps est insuffisant pour pouvoir participer aux réflexions interdisciplinaires. La présence quotidienne du MK favoriserait donc son intégration, et permettrait de respecter

le rythme des patients, qui ont souvent besoin de plus de temps et d'écoute dans ces structures. Enfin, plusieurs répondants ont répondu qu'il serait bénéfique d'intégrer plus de réflexion éthique dans la formation initiale des MK.

### 2.3 Intérêts visés du travail

Nous avons donc constaté que le niveau d'intégration des MK au sein des structures d'USP en France était assez inégal et que la communication concernant le rôle du MK pouvait être améliorée. De plus, de nos jours, la population vieillit, les domaines de la cancérologie et de la neurologie ne cessent d'évoluer et la demande dans les situations de soins palliatifs ne cesse de croître. Il est donc important pour les professionnels de santé, dont la profession des masseurs kinésithérapeutes de faire comprendre leur rôle et de valoriser leur contribution dans ce domaine.

Nous nous sommes donc demandé, quelles sont les compétences spécifiques et la valeur ajoutée des MK intégrés aux équipes d'USP selon les différents professionnels de santé de ces services ?

## 2. Méthodologie

### 3.1 La méthode de recherche bibliographique

Afin de nous permettre de classer plus facilement nos ressources bibliographiques, nous avons choisi d'utiliser le logiciel Excel en rentrant plusieurs catégories : titre/ moteur de recherche/ mots clés utilisés/ auteurs/ éditeur/ année/ type d'étude/ population étudiée/ intérêt pour le mémoire et citations. Pour nous aider au référencement et au respect des normes Vancouver, nous avons utilisé le logiciel de gestion Zotero.

Nous avons décidé d'utiliser les bases de données médicales suivantes via leurs moteurs de recherche :

- ScienceDirect, moteur de recherche de la base de données médicales et biomédicales
- Pubmed, moteur de recherche sur les sciences de la vie et biomédicales
- EM Premium, moteur de recherche de la banque de données médicales et paramédicales
- Le moteur de recherche google scholar
- La base de données de la HAS et de la SFAP
- Vigipallia, base de données du Centre National des Soins Palliatifs et de la fin de vie.

Le MeSH est un thésaurus de référence dans le domaine biomédical. Il fonctionne selon des termes correspondants à des mots clés. Chaque mot clé entré dans le moteur de recherche



MeSH correspond à un descripteur auxquels correspondent des termes, à la fois en français et en anglais. Nous avons défini nos mot clés en prenant en compte notre problématique. (Annexe 1)

Le thésaurus MeSH utilise également des opérateurs booléens qui sont les connecteurs AND et OR. Le connecteur « OR » signifie qu'au moins un des mots clés doit figurer dans la recherche. Le connecteur « AND » signifie que tous les mots clés doivent être présents dans la recherche. « AND » permet donc d'être plus précis, notre recherche s'intéressant à la kinésithérapie dans le cadre des soins palliatifs, le connecteur « AND » semble donc être plus approprié.

La sélection des articles que nous avons effectuée a utilisé plusieurs critères : le titre, le résumé et la méthode utilisée. Les articles dont le sujet spécifique s'éloignait trop de notre problématique n'ont pas été retenus. Nous nous sommes limités aux langues française et anglaise.

Nous avons effectué notre revue de littérature en plusieurs étapes :

1) en consultant les bases de données : sur le moteur de recherche généraliste Google et scientifique Google Scholar. Nous avons recherché les définitions et les différentes mises en place des soins palliatifs. Nous nous sommes ensuite intéressés aux aspects législatifs des soins palliatifs, nous avons alors trouvé les différentes lois qui déterminent le cadre légal de ces soins. Enfin, nous avons recherché les recommandations relatives aux soins palliatifs, ainsi que les revues de littérature et méta-analyse qui ont été effectués dans ce domaine. Il en est ressorti : les recommandations sur les modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs [15], la conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et leur proches [48], une revue de littérature intitulée sur les 25 ans de développement de l'offre de soins palliatifs en France de 1987 à 2013 [49] ainsi qu'une méta-analyse en médecine palliative. [50]

2) Nous avons ensuite consulté les plateformes spécialisées telles que pubmed, sciencedirect, et emconsult. Sur la base de données Sciencedirect, nous avons relevé 25 documents, et 17 sur Emconsult. Sur pubmed, nous avons relevé 14 documents en anglais. Dans ces documents nous pouvons différencier des chapitres de livre ainsi que des articles scientifiques. Les critères de sélection de ces documents nous ont permis de sélectionner : les documents concernant les différentes structures de soins palliatifs en France, les documents relatifs à la prise en charge des patients en soins palliatifs par les différents intervenants, les documents axés sur les aspects éthiques et psychologiques des patients mais

aussi des soignants ainsi que les documents axés sur la prise en charge de la douleur et la prise en charge kinésithérapique.

3) Pour finir, nous sommes allés consulter les archives ouvertes : Nous avons utilisé les sites TEL et HAL pour avoir accès à de la littérature grise. Nous avons pu alors consulter plusieurs mémoires relatifs aux soins palliatifs.

Nous avons procédé en plusieurs étapes pour sélectionner nos articles. Nous avons utilisé nos mots clés dans chaque moteur de recherche. Puis, nous avons fait une première exclusion en regard des titres. Nous avons ensuite supprimé les doublons. Nous avons exclu certains articles par lecture du résumé et par le choix de la méthode utilisée. Nous avons ensuite sélectionné les articles traitant du rôle de l'intervention du MK dans le cadre des soins palliatifs ainsi que les articles concernant l'organisation des unités de soins palliatifs et la pluridisciplinarité dans ce domaine. Nous avons rejeté les articles autour de la prise en charge purement médicale en soins palliatifs ainsi que la prise en charge par d'autres professionnels de santé. Nous avons obtenu des équations de recherche disponibles en annexes. (Annexe 2)

## 3.2 La méthodologie de recherche de notre étude

Le choix de la méthodologie de recherche dépend de la problématique à laquelle le cadre conceptuel a abouti. Dans notre recherche, la problématique interroge les bénéfices potentiels liés à l'intégration et au recours aux compétences du MK au sein des USP. En conséquence, elle invite à une méthodologie de recherche qualitative puisqu'il s'agit d'interroger les opinions et les représentations professionnelles.

Pour ce travail écrit, nous avons retenu la recherche par entretien compréhensif sur un mode semi-directif. L'entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir des données (informations, ressentis, récits, témoignages) dans le but de les analyser.

### 3.2.1 Population choisie

En regard de la problématique, les personnes interrogées que nous avons choisies ont des caractéristiques différentes : âges différents, professions de santé différentes.

Ce contraste entre les individus permet la constitution d'un corpus plus diversifié. [51]

Sont donc inclus dans notre population cible : Les professionnels de santé travaillant au sein d'une USP dans laquelle un MK est totalement intégré à l'équipe.

Nous avons inclus dans notre étude des professionnels de santé travaillant dans l'USP dans laquelle nous avons effectué notre stage mémoire au cours de notre formation.

### 3.2.2 Matériel et protocole

Afin de proposer aux soignants de participer à l'étude, nous avons effectué une première prise de contact par mail, celui-ci est disponible en annexe (Annexe 5). Lors de cette prise de contact, nous avons évoqué l'objectif de nos entretiens ainsi que le sujet de notre mémoire. Puis, nous avons expliqué pourquoi nous avons souhaité les sélectionner pour nos entretiens ainsi que le type d'entretien que nous avons choisi. Nous avons également précisé le temps de l'entretien (entre 10 et 20 minutes) et les modalités d'enregistrement de celui-ci (utilisation d'un téléphone avec la fonction dictaphone pour nous permettre d'exploiter nos résultats). Le respect de l'anonymat et les règles de traitement des données sont également détaillés sur une feuille de consentement que nous leur avons fait signer au début des entretiens.

### 3.2.3 Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés en face à face, au sein de l'USP. Cela a donc permis d'inscrire les interviewés dans leur rôle professionnel, ce qui suscite un discours soutenu et maîtrisé sur les thèmes de l'entretien. Les entretiens ont duré entre treize et vingt minutes environ.

La question initiale au début des entretiens était : « Selon vous, comment le kiné participe-t-il au sein de votre USP ? » Il s'agit d'une question très large pour permettre à tous les interlocuteurs de se lancer sur le sujet. Afin de récolter un discours structuré, nous avons également établi au préalable quelques relances. Cela permet aux interviewés de réagir sur leur propre discours et d'aller plus loin dans leurs idées. [52]

- « Comment pensez-vous que le MK utilise ses compétences techniques dans la prise en charge des patients de l'USP ? »
- « Pouvez-vous m'expliquer comment contribue le MK à l'interdisciplinarité au sein de votre service ? »
- « Selon-vous, quels sont les compétences non techniques que le MK met à profit pour prendre en charge les patients de l'USP ainsi que leur entourage ? »

Nous avons utilisé le guide d'entretien suivant que nous avons réalisé a priori :

Cadre Théorique	Variables	Indicateurs
Technicité du MK	Analgésie	Massages, TENS, drainage lymphatique, thermothérapie [15] [26] [27]
	Confort	Mobilisations, amélioration du transit, positionnement [24] [15]
	Autonomie, qualité de vie	Équilibre, marche, maintien ostéo-articulaire... [22]
	Fonction respiratoire	Techniques de désencombrement, contrôle respiratoire, aérosolthérapie, relaxation... [21]
Inter-disciplinarité	Cohérence des soins, complémentarité	Formulation des objectifs, projet de soins individualisé, réévaluation régulière... [53]
	Concertations collégiales, réflexions éthiques	Réunions régulières, réflexions du MK, balance bénéfices-risques... [54] [55] [56]
	Esprit d'équipe, partage des souffrances	Entraide, partage de compétences, partage des ressentis de chacun, soutien... [57] [58]
Aspects éthiques et psychologiques	Communication, relationnel	Lien non verbal avec le patient via le toucher, permet « l'écoute du corps », relation de confiance, [37] [38]
	Non acharnement	Réorientation des objectifs en accord avec le patient, freiner les pertes, maintenir les capacités...[42]
	Soutien émotionnel, psychosocial	Ne pas mettre le patient en échec, le soutenir moralement, accompagner et soutenir la famille... [59]

Nous avons aussi utilisé des techniques pour entretenir le discours et donner l'impression d'une « écoute compréhensive » à notre interlocuteur :

- Brefs acquiescements : « je vois, oui, je comprends, j'entends bien, ... »

- Reformulation brève du discours du sujet, lui permettant d'aller plus loin : « Si j'ai bien compris vous avez dit que... »
  - Répétition d'une partie de discours jugée importante : « selon vous, c'est ... »
  - Formules d'approfondissement : « pouvez-vous m'en dire davantage ? c'est-à-dire ? »
- Les retranscriptions complètes des entretiens selon le codage de Traverso V. [60] sont disponibles dans les annexes. (Annexe 6 à 10).

### 3. Résultats

#### 4.1 Analyse de contenu

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi d'effectuer une analyse thématique des entretiens, nous avons donc découpé tout le corpus en fonction des thèmes évoqués par nos interlocuteurs. Pour aller plus loin, nous avons ensuite effectué une analyse de l'énonciation. Pour cela, nous avons suivi les propos énoncés par Badin L. dans son ouvrage « l'analyse de contenu » [61].

##### 4.1.1 La pré-analyse

Tout d'abord, nous avons lu plusieurs fois le corpus dans son intégralité. Il s'agit de l'ensemble des transcriptions de nos entretiens (disponibles en annexes). Ces lectures appelées lectures flottantes permettent de s'imprégner au mieux de nos entretiens sans a priori, ce qui nous permet de formuler des hypothèses. Après nos premières lectures et en puisant dans nos connaissances sur le sujet, nous pouvons formuler l'hypothèse que le MK intégré au sein de cette équipe possède des compétences techniques mais également non techniques lui permettant de prendre en charge les patients de l'USP. De plus, il a un rôle à jouer dans le cadre de l'interdisciplinarité de la structure. Enfin, il semble que l'intégration du MK au sein de leur équipe permet une meilleure continuité des soins, le développement d'une véritable relation avec le patient et une meilleure motivation de celui-ci. Nous allons donc tenter de vérifier la validité de cette analyse a priori.

##### 4.1.2 Les procédures d'analyse utilisées

Pour analyser le corpus, nous avons utilisé plusieurs techniques. Les entretiens enregistrés à l'aide de notre téléphone ont été retranscrits en intégralité selon le codage de Traverso V, ils sont disponibles en annexes. Puis nous avons découpé le corpus en unités comparables de

catégories avec un code couleur de surlignage. Nous avons ensuite repéré puis regroupé les thèmes par similitude, en identifiant leur signification et en tenant compte du cadre théorique préalable. Nous sommes ensuite partis du principe qu'un thème a plus d'importance pour l'interviewé lorsqu'il est répété souvent. La fréquence d'apparition de chaque thème est donc un indicateur de son importance pour l'interlocuteur. Le fréquençage des occurrences a été réalisé entretien par entretien et représenté sous forme d'histogramme. Les tableaux des verbatims sélectionnés sont disponibles en annexe.

En plus de la fréquence des thèmes, pour avoir une analyse plus riche, nous avons tenté d'aller plus loin en procédant à des analyses de l'énonciation. Nous avons mis en évidence certaines séquences dans les entretiens, leur dynamique, le style et les éventuels éléments atypiques (réurrences, lapsus, figures de rhétorique...). Nous avons aussi pris en compte l'expression des interviewés, en utilisant d'autres indicateurs (longueur des phrases, usage de lexique professionnel, usage du « euh » qui suppose une certaine anxiété, les rires...)

## 4.2 Résultats bruts des entretiens

### 4.2.1 Entretien n°1

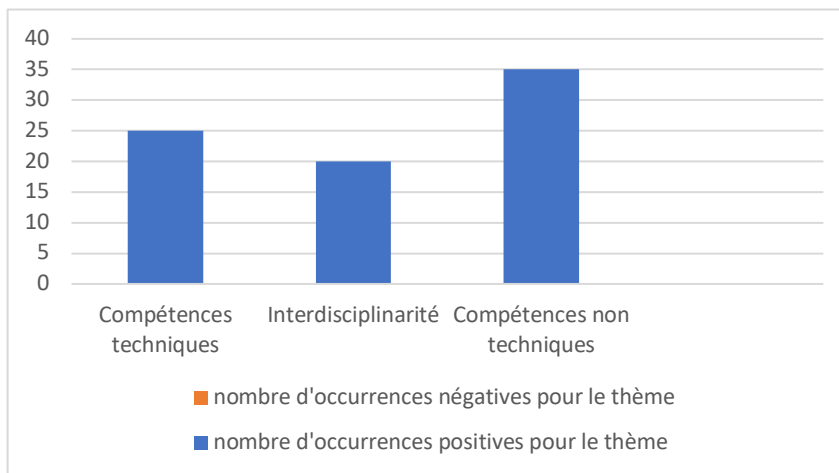
Le premier sujet interviewé est un homme exerçant depuis 2 ans et demi au sein de l'USP en tant qu'infirmier diplômé d'état. Il a effectué des formations proposées dans l'établissement. L'entretien a duré 19'44 et après retranscription par écrit, le corpus de texte compte 181 lignes [Disponible en Annexe 6]. 7 relances ont été effectuées. Sur l'ensemble du discours, 80 unités de sens ont été sélectionnées puis classées dans l'ordre chronologique d'apparition du discours et par catégories dans le tableau d'analyse catégorielle [Disponible en Annexe 6]. Nous remarquons que la catégorie compétences non techniques est la plus importante. La 2<sup>ème</sup> catégorie la plus représentée est celle relative à la technicité, cet interviewé étant un infirmier ayant de nombreuses connaissances sur les compétences des MK.

Tableau 1 : Présentation des résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien n°1

Thèmes	Indices/ Opérateurs	+	-
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP	Douleur	5	0
	Confort	3	0
	Autonomie	8	0
	Fonction respiratoire	9	0

Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP	Cohérence et complémentarité des soins	6	0
	Concertations collégiales	14	0
	Esprit d'équipe et partage	0	0
Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques	Communication et relationnel	13	0
	Non-acharnement	6	0
	Soutien émotionnel et psychosocial	16	0

Figure 1 : Représentation sous forme d'histogramme de l'analyse fréquentielle catégorielle thématique n°1



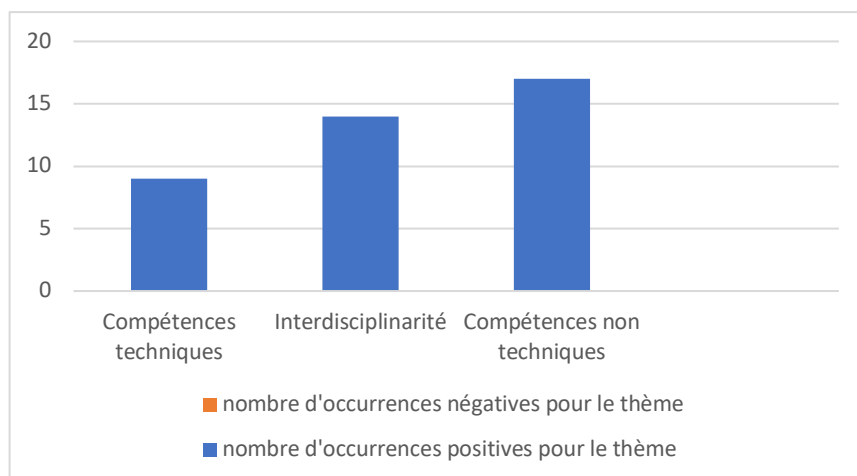
#### 4.2.2 Entretien n° 2

Le second sujet interviewé est une femme exerçant depuis 3 ans et demi au sein de l'USP en tant qu'aide-soignante. Elle a effectué des formations spécifiques en soins palliatifs : un DPC de soins palliatifs ainsi qu'une formation d'accompagnateur en fin de vie. L'entretien a duré 13'27 et après retranscription par écrit, le corpus de texte compte 140 lignes [Disponible en Annexe 7]. 8 relances ont été effectuées. Sur l'ensemble du discours, 40 unités de sens ont été sélectionnées pour l'analyse, et classées dans l'ordre chronologique d'apparition du discours et par catégories dans le tableau d'analyse catégorielle [Disponible en Annexe 7]. La catégorie concernant les compétences non techniques est majoritaire. La 2<sup>ème</sup> catégorie est celle concernant l'interdisciplinarité. Dans cet entretien, l'aide-soignante a beaucoup insisté sur les capacités du MK à intervenir dans les aspects éthiques et psychologiques du patient et de son entourage.

Tableau 2 : Présentation des résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien n°2

Thèmes	Indices/ Opérateurs	+	-
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP	Douleur	1	0
	Confort	4	0
	Autonomie	3	0
	Fonction respiratoire	1	0
Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP	Cohérence et complémentarité des soins	6	0
	Concertations collégiales	3	0
	Esprit d'équipe et partage	5	0
Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques	Communication et relationnel	8	0
	Non-acharnement	1	0
	Soutien émotionnel et psychosocial	8	0

Figure 2 : Représentation sous forme d'histogramme de l'analyse fréquentielle catégorielle thématique n°2



#### 4.2.3 Entretien n°3

Le troisième sujet interviewé est une femme exerçant depuis 7 ans au sein de l'USP en tant qu'aide-soignante. Elle a effectué une formation spécifique en soins palliatifs : le DU de soins palliatifs. L'entretien a duré 13'41 et après retranscription par écrit, le corpus de texte compte 129 lignes [Disponible en Annexe 8]. 7 relances ont été effectuées. Sur l'ensemble

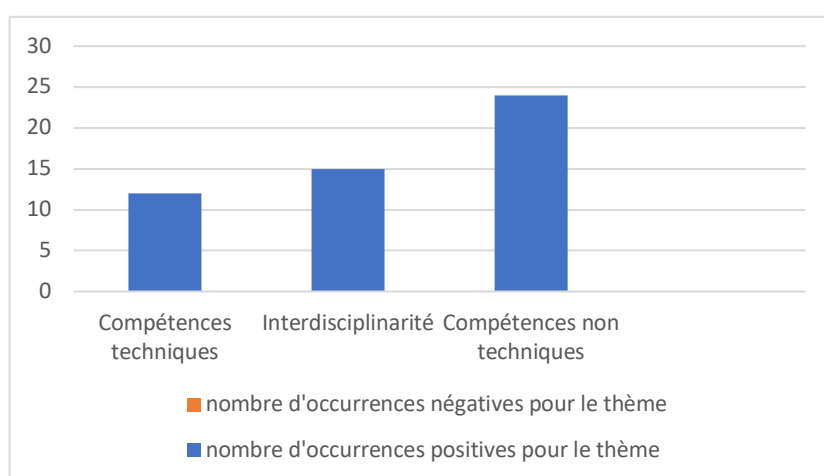


du discours, 51 unités de sens ont été sélectionnées pour l'analyse, et classées dans l'ordre chronologique d'apparition du discours et par catégories dans le tableau d'analyse catégorielle [Disponible en Annexe 8]. Les compétences non techniques du MK sont les plus représentées. L'interdisciplinarité et les compétences techniques ont été largement moins abordées.

**Tableau 3 :** Présentation des résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien n°3

Thèmes	Indices/ Opérateurs	+	-
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP	Douleur	3	0
	Confort	4	0
	Autonomie	1	0
	Fonction respiratoire	4	0
Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP	Cohérence et complémentarité des soins	8	0
	Concertations collégiales	4	0
	Esprit d'équipe et partage	3	0
Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques	Communication et relationnel	7	0
	Non-acharnement	6	0
	Soutien émotionnel et psychosocial	11	0

**Figure 3 :** Représentation sous forme d'histogramme de l'analyse fréquentielle catégorielle thématique n°3



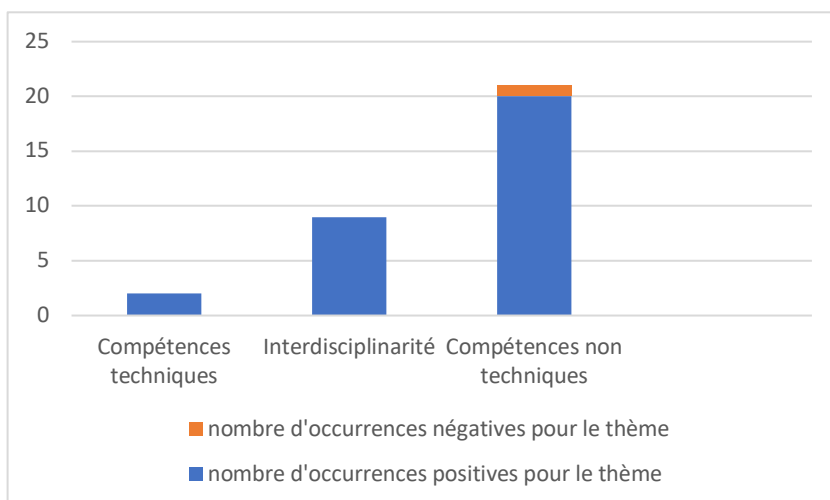
#### 4.2.4 Entretien n°4

Le quatrième sujet interviewé est un homme exerçant depuis 7 ans au sein de l'USP en tant que psychologue. Il a effectué une formation spécifique en soins palliatifs : le DU de soins palliatifs. L'entretien a duré 16'19 et après retranscription par écrit, le corpus de texte compte 154 lignes [Disponible en Annexe 9]. 10 relances ont été effectuées. Sur l'ensemble du discours, 32 unités de sens ont été sélectionnées pour l'analyse, et classées dans l'ordre chronologique d'apparition du discours et par catégories dans le tableau d'analyse catégorielle [Disponible en Annexe 9]. Les compétences techniques n'ont pratiquement pas été citées. Mais ce résultat reste à nuancer car l'interviewé est un psychologue, nous pouvons supposer qu'il n'a pas eu de communication sur les domaines d'interventions des MK. Il a cependant grandement abordé les compétences non techniques que le MK met à profit dans la PEC des patients et de l'entourage au sein de l'USP.

**Tableau 4 :** Présentation des résultats bruts de l'analyse catégorielle de l'entretien n°4

<b>Thèmes</b>	<b>Indices/ Opérateurs</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP	Douleur	0	0
	Confort	1	0
	Autonomie	1	0
	Fonction respiratoire	0	0
Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP	Cohérence et complémentarité des soins	2	0
	Concertations collégiales	5	0
	Esprit d'équipe et partage	2	0
Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques	Communication et relationnel	5	0
	Non-acharnement	5	1
	Soutien émotionnel et psychosocial	10	0

**Figure 4 :** Représentation sous forme d’histogramme de l’analyse fréquentielle catégorielle thématique n°4



#### 4.2.5 Entretien n°5

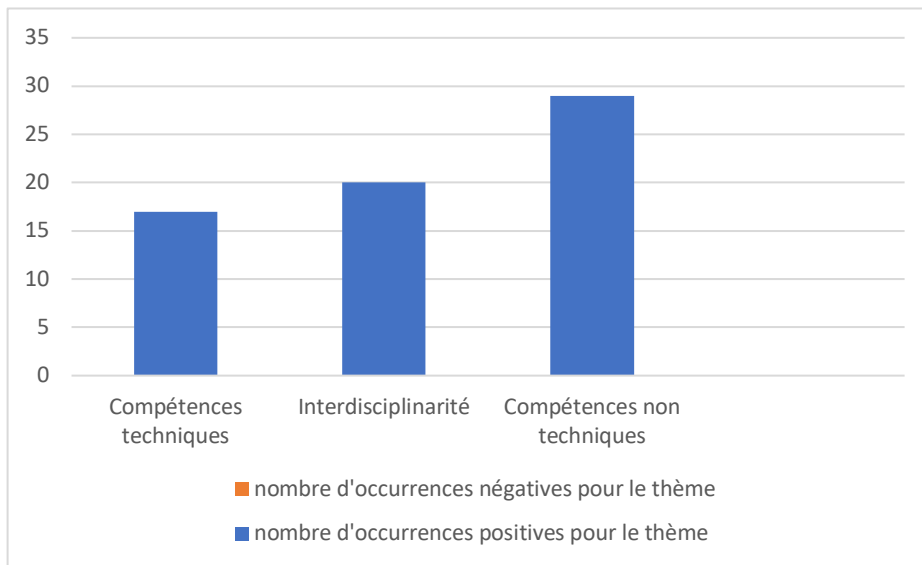
Le dernier sujet interviewé est un homme exerçant depuis 2 ans au sein de l’USP en tant que médecin affecté au Pôle Douleur Accompagnement Soins Palliatifs. Il a effectué une formation spécifique en soins palliatifs : le DESC de soins palliatifs. L’entretien a duré 20’43 et après retranscription par écrit, le corpus de texte compte 254 lignes [Disponible en Annexe 10]. 14 relances ont été effectuées. Sur l’ensemble du discours, 66 unités de sens ont été sélectionnées pour l’analyse, et classées dans l’ordre chronologique d’apparition du discours et par catégories dans le tableau d’analyse catégorielle [Disponible en Annexe 10]. Ici encore, la catégorie la plus représentée concerne les compétences non techniques que le MK utilise dans ses prises en charge. L’interdisciplinarité est la seconde catégorie la plus représentée.

**Tableau 5 :** Présentation des résultats bruts de l’analyse catégorielle de l’entretien n°5

Thèmes	Indices/ Opérateurs	+	-
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l’USP	Douleur	2	0
	Confort	5	0
	Autonomie	7	0
	Fonction respiratoire	3	0
Le MK contribue à l’interdisciplinarité au sein de l’USP	Cohérence et complémentarité des soins	4	0
	Concertations collégiales	6	0
	Esprit d’équipe et partage	10	0

Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques	Communication et relationnel	11	0
	Non-acharnement	7	0
	Soutien émotionnel et psychosocial	11	0

Figure 5 : Représentation sous forme d'histogramme de l'analyse fréquentielle catégorielle thématique n°5



#### 4.2.6 Synthèse

Tableau n°6 : Synthèse des résultats obtenus exprimés en nombre d'occurrences

Thèmes	+	-	Total
Compétences techniques	65	0	65
Pluridisciplinarité	78	0	78
Compétences non techniques	125	1	126
<b>Total</b>	268	1	269

Tableau n°7 : Synthèse des résultats obtenus en pourcentage

Thèmes	+	-	Total
Compétences techniques	24,16	0	24,16
Pluridisciplinarité	29	0	29
Compétences non techniques	46,836	0,004	46,840
<b>Total</b>	99,996	0,004	100%

Figure n°6 : Représentation sous forme d’histogramme de l’analyse fréquentielle catégorielle thématique de tout le corpus

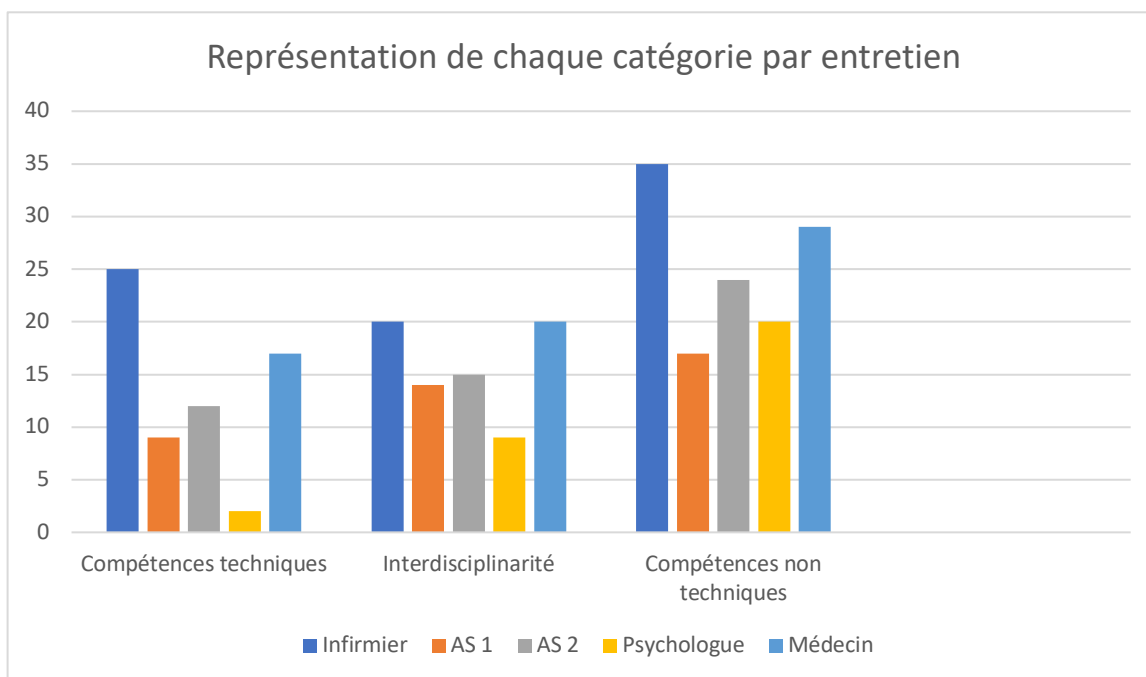
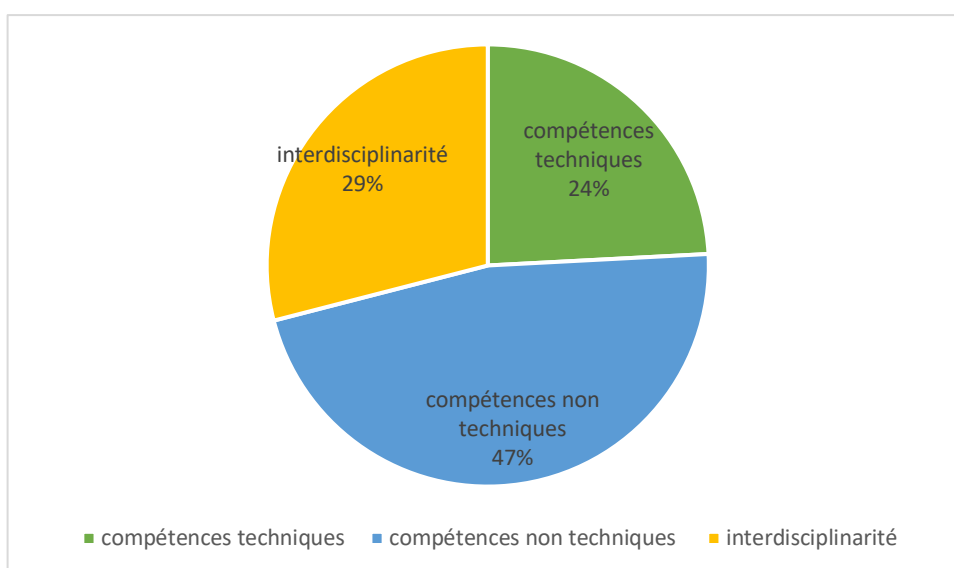


Figure n° 6 : Représentation des catégories en pourcentage



Nous observons sur l’ensemble des entretiens que la catégorie concernant les compétences non techniques liés au MK est largement plus représentée (47%). La prise en charge psychologique et émotionnelle semble particulièrement importante dans ce domaine aux yeux des interviewés. De plus, il semble que le MK possède des moyens de communications et des aptitudes relationnelles qui lui sont propres, comme nous le verrons ultérieurement.

La catégorie autour de l'interdisciplinarité arrive en seconde position (29%). Selon les différents professionnels de santé exerçant au sein de cette USP, cet aspect est très important dans leur travail quotidien.

Enfin, notons que la catégorie concernant les compétences techniques du MK est la moins représentée (24%). Ceci peut s'expliquer car les personnes sélectionnées pour nos interviews ne sont pas des MK. De plus, nous pouvons supposer qu'il existe une mauvaise communication concernant le rôle du MK ce qui pourrait expliquer une faible connaissance de l'éventail technique du MK par les différents professionnels de santé.

### 4.3 Analyse des résultats

#### 4.3.1 Entretien n°1

L'analyse de l'entretien de l'infirmier montre la présence d'occurrences positives pour chacune de nos catégories. La catégorie où il a le plus verbalisé est la thématique concernant les compétences non techniques du MK.

D'après notre interlocuteur, le MK intervient dans presque tous les symptômes rencontrés en soins palliatifs. Il a cité de nombreux aspects techniques utilisés par le MK. Il a d'ailleurs insisté sur les aspects relatifs à la fonction respiratoire ainsi qu'à la perte d'autonomie.

Concernant la pluridisciplinarité, l'interviewé accorde une grande place à la collégialité. Selon lui, les décisions doivent être prises en accord avec tous les membres de l'équipe, et toutes les informations sont bonnes à prendre. De plus, il semble que le MK soit un vecteur important de remontée d'informations. Pour lui, l'organisation se fait en cohésion avec tous les membres de l'équipe soignante, il n'y a pas de cloisonnement comme il peut observer dans d'autres services, mais une organisation qui se fait au cours des transmissions et qui permet la prise en charge globale des patients. Cependant, le partage et l'entraide entre soignants n'a pas été abordé par l'infirmier.

Enfin, concernant les sphères psychologiques et éthiques, l'interviewé a abordé chacun des aspects de notre guide d'entretien. Il semble apporter une grande importance à la communication et au relationnel mis en place par le MK. Il a particulièrement insisté sur la confiance et la sécurité que celui-ci instaure avec le patient. Il a évoqué la communication verbale qui passe par l'écoute, l'approche avenante, la sympathie... Néanmoins, l'interviewé a plus mis en avant la communication non verbale qui passe par le toucher et une mise en

confiance par certaines façons d'aborder le patient : la contenance, la douceur... L'aspect de non-acharnement a également été évoqué lorsqu'il a expliqué que MK s'adapte en fonction des rythmes de chacun, il explique en début de séance ce qu'il propose au patient, demande son accord et s'adapte en permanence à l'état de santé de celui-ci. Le soutien et l'accompagnement ont également été abordés. Selon lui, le MK intervient auprès du patient pour le rassurer, lui permettre de rester digne, de garder des objectifs. Mais il est aussi important dans le soutien de l'entourage des patients, il rassure les familles de par sa position particulière de rééducateur mais également en les rassurant sur certains symptômes notamment respiratoires et sur certaines inquiétudes qu'ils peuvent avoir.

Analyse de l'énonciation :

➤ Séquences du discours :

- séquence 1 (ligne 14 à 34) : séquence de mise en route, on observe dans un premier temps que l'interviewé reformule la question posée puis hésite un peu avec la présence d'un « euh ». Puis, il nous décrit de manière synthétique et dans un discours fluide et rapide tout ce qui lui vient à l'esprit quant à la prise en charge par le kinésithérapeute. Dans cette séquence il insiste notamment sur les aspects techniques qu'il connaît en citant plusieurs aspects à la suite. On remarque également qu'il démarre son discours par une phrase relative à l'intégration du MK au sein de son équipe puisqu'il évoque en premier le fait que le MK soit présent sur les temps de transmission, il connaît donc les patients. A la fin de cette séquence, on remarque que notre interlocuteur arrive au bout de ses idées, il répète à 3 reprises « ensuite ensuite ensuite » puis effectue une pause et montre une hésitation « euh ».

- séquence 2 (ligne 39 à 57) : après notre relance « selon vous le kiné a aussi un rôle sur l'anxiété du patient ? » l'interviewé semble à nouveau avoir des idées. Dans cette partie, il évoque principalement les aspects non techniques utilisés par le MK notamment dans ses interventions sur la dignité des patients et sur l'anxiété. Il évoque la représentation des soins palliatifs pour l'entourage. Le MK a ici un rôle dans la PEC de l'anxiété : il est rassurant. On peut relever plusieurs répétitions des termes sécurité et confiance : « ils se sentent en sécurité », « en se sentant en sécurité », « ils sont en sécurité », « il y a une espèce de confiance un peu comme ça », « ils se sentent en confiance », « il y a ce truc-là de mise en confiance », « les gens se sentent en confiance ». De plus, la PEC de l'autonomie permet

aussi selon lui de maintenir la dignité des patients. Puis, à la fin de la séquence, il arrive au bout de ses idées il répète « et » plusieurs fois sans trouver de suite.

- séquence 3 (ligne 64 à 76) : Dans cette séquence, l'infirmier évoque le lien que le MK crée avec les patients. Il fournit plusieurs exemples qui montrent également l'adaptation constante de celui-ci pour ne pas s'acharner mais respecter l'évolution des patients et maintenir leur motivation. L'interviewé est concentré dans sa description et nous donne ici une séquence exhaustive.

- séquence 4 (ligne 81 à 97) : Ici, notre interlocuteur évoque l'importance de l'interdisciplinarité dans la cohérence des soins. En effet, les soins sont personnalisés en soins palliatifs et le MK et les autres professionnels de santé doivent coopérer. Il évoque alors l'organisation de son service, qui permet selon lui cette coopération. Cette séquence est un peu moins fluide que les autres, il réfléchit et marque plus de pauses pour expliquer le fonctionnement général du service de façon claire : « hum comment dire » puis il reprend.

- séquence 5 (lignes 102 à 112) : Lors de ce passage, il nous explique que selon lui le MK est un vecteur d'informations important dans le service car les patients se confient beaucoup à lui grâce à la relation de confiance qu'il a instaurée. Il nous montre aussi son point de vue concernant le sexe des soignants : les patients se confient plus facilement lorsque le soignant est de sexe masculin. Il utilise alors la première personne du singulier et son expérience « c'est un truc que j'ai l'impression d'avoir observé » puis il rajoute en rigolant « après ce n'est pas dit que ce soit vrai » ce qui nous montre qu'il prend du recul sur son observation.

- séquence 6 (lignes 118 à 141) : Après notre relance sur la PEC concernant l'entourage des patients, l'infirmier nous décrit de nombreux traits de caractère du MK de son service notamment sa sympathie. Il commence en disant « sur ce que j'observe ici » et parle donc de sa propre expérience personnelle. De plus, selon lui, le MK a une position particulière car les patients parlent de lui et de ce qu'ils ont fait en séance de rééducation, il rassure les familles et a un rôle d'éducation. Il nous donne de nombreux exemples dans l'accompagnement aux proches. Il est dans une séquence descriptive.

- séquence 7 (lignes 146 à 168) : Dans la fin de cet entretien, notre interlocuteur nous a fait une synthèse des dispositions favorisant la collégialité. Le MK est intégré à l'équipe et doit



participer aux prises de décisions. Il nous donne de nombreux exemples expliquant les aspects règlementaires et éthiques mis en jeu dans les soins palliatifs.

- séquences 8 (lignes 173 à 179) : séquence de conclusion après notre dernière relance « est ce que vous voulez rajouter quelque chose ? ». L'infirmier nous explique ici que le MK a également des compétences dans le partage de son savoir, il évoque notamment l'encadrement des étudiants et son esprit de transmission.

➤ Dynamique et style de l'entretien :

D'un point de vue général, cet entretien a une dynamique assez linéaire et fluide. L'interviewé a eu quelques hésitations face aux relances puis une fois lancé, il a argumenté en donnant de nombreux exemples, ce qui donne un style assez descriptif. Il a effectué des répétitions pour insister sur certains points. La majorité de son discours est à la 3<sup>ème</sup> personne du singulier puisqu'il parle du MK de son équipe. À plusieurs reprises il a également utilisé le « je » pour nous parler de son avis personnel.

#### 4.3.2 Entretien n°2

Au cours de l'entretien de la première aide-soignante, tous les indicateurs ont été évoqués et les résultats bruts nous livrent des occurrences positives en adéquation avec la littérature pour toutes les catégories établies a priori.

Les résultats de l'analyse tendent à montrer que le MK, par sa technicité, intervient dans de nombreux symptômes rencontrés en soins palliatifs. L'AS a mis en évidence que les séances de kinésithérapie sont très appréciées par les patients et qu'elles sont essentielles selon elle. Le MK permet notamment de redonner confiance en retrouvant de l'autonomie, mais aussi de détendre les patients avec différentes techniques de massage... Elle a également insisté sur l'importance de la prise en charge des problèmes respiratoires dans les soins palliatifs.

En ce qui concerne l'interdisciplinarité au sein de l'USP, l'interviewée insiste notamment sur la continuité des soins. Selon elle, l'état du patient peut fluctuer très rapidement c'est pourquoi les soins ne doivent pas s'interrompre. De plus, le MK permet d'apporter des informations pour aider aux prises de décisions effectuées en collégialité durant les transmissions. Enfin, notons que la présence du MK au sein de son équipe semble être très

aidante aux yeux de notre locutrice. Notons que l'on retrouve des répétitions « il va venir nous aider », « c'est aidant », « il est très aidant pour nous ».

L'interviewée a également évoqué les aspects non techniques dans lesquels le MK intervient pour prendre en charge le patient dans les sphères psychologiques et sociales. Dans la partie relationnelle, elle a particulièrement abordé la communication non verbale passant par le toucher notamment. De plus, la présence quotidienne du MK au sein du service lui permet de créer des liens plus forts avec les patients. Il fait également preuve d'adaptation pour ne pas s'acharner sur le patient, car l'état de celui-ci peut fluctuer très rapidement. Enfin, l'analyse permet aussi de montrer que l'interviewée accorde au MK une importance considérable dans la reprise de confiance et de motivation des patients. En effet, selon elle le MK rassure les patients et sa présence quotidienne permet de leur redonner des objectifs, il représente un repère pour eux.

L'analyse de ce deuxième entretien a donc permis d'avoir une vision par un professionnel de corps médical différent : ici, nous sommes face à une aide-soignante qui connaît bien ses patients, qui les voit longuement tous les jours. Nous pouvons constater plusieurs similitudes dans son discours avec celui précédent. Ces 2 professionnels s'accordent sur leur vision du rôle du MK intégré au sein de leur équipe soignante.

Analyse de l'énonciation :

➤ Séquences du discours :

- séquence 1 (ligne 14 à 24) : séquence de mise en route, on observe dans un premier temps que l'interviewée est assez surprise de notre question car elle est très large. Elle la répète à voix haute puis commence par la répétition du mot « essentiel ». On remarque que le premier aspect qui lui vient à l'esprit est la participation du MK dans l'entraide, elle nous dit en première phrase « il est essentiel pour nous », elle nous donne un exemple car il aide notamment les AS pour les premiers levers. Puis, elle nous décrit de manière synthétique et dans un discours fluide et rapide tout ce qui lui vient à l'esprit quant à la prise en charge technique du kinésithérapeute. Puis, elle marque une longue pause et ne semble plus pouvoir rebondir.

- séquence 2 (ligne 29 à 66) : après notre relance concernant la prise en charge psychologique du patient, notre interlocuteur semble à nouveau pouvoir rebondir sur le sujet. On remarque une phrase qui nous semble importante : elle dit en riant « le patient ne va pas forcément se livrer à celui qu'on croit ». Ce rire peut nous laisser supposer un ressenti sous-jacent de la part de l'aide-soignante, qui est très présente auprès des patients et qui ne récolte pas toujours en première les informations. Ensuite, elle évoque l'autonomie des patients, on note 3 répétitions du mot « verticalisation » qui montre son importance aux yeux de l'aide-soignante, elle ajoute que cela permet de redonner confiance. Elle insiste ensuite sur la prise en charge de l'anxiété du patient par la communication non verbale et notamment le toucher détente. Dans cette partie, elle décrit également le côté relationnel entre le MK et les patients. Elle évoque ce qui est lié au caractère personnel du MK puis le fait que sa présence quotidienne rassure les patients. Sa présence continue permet d'assurer un suivi, mais surtout de permettre un processus d'objectifs dans la tête du patient. Pour finir cette séquence, l'aide-soignante parle de l'adaptation permanente du MK face à l'état des patients car il peut varier très rapidement.

- séquence 3 (ligne 71 à 76) : Dans cette séquence, l'aide-soignante évoque le rôle du MK dans l'interdisciplinarité de l'équipe. Elle fournit plusieurs exemples qui montrent que le MK est en capacité de récolter des informations qui seront très importantes et qu'il participe par conséquent aux prises de décision.

- séquence 4 (ligne 82 à 100) : Ici, notre interlocutrice revient sur chacune de nos catégories. Elle évoque tout d'abord les aspects liés au caractère du MK « ici tu vois on a un kiné qui est très sympa », il prend le temps et instaure une véritable relation avec les patients mais aussi les familles. Elle revient sur le fait qu'il est aidant pour les aides-soignantes. Puis, elle revient sur le toucher qui a une dimension très importante en soins palliatifs, elle nous fournit plusieurs exemples : il permet de re-délimiter le corps, de détendre, dénouer les tensions...

- séquence 5 (lignes 104 à 116) : Lors de ce passage, notre interlocuteur revient sur l'importance de la continuité des soins chez les patients en soins palliatifs. Pour elle, les patients ne peuvent pas attendre que le kiné revienne la semaine suivante, ils ont vraiment besoin que le MK soit présent régulièrement car leur état peut se dégrader très rapidement. Sa présence aux réunions lui permet aussi de connaître vraiment le suivi des patients par les autres professionnels de santé et cela lui permet aussi de s'adapter au fur et à mesure.

- séquence 6 (lignes 121 à 137) : Après notre relance sur ce qu'elle aurait oublié d'aborder, l'aide-soignante finit par conclure en disant que de son point de vue, la kinésithérapie fait partie des soins essentiels en soins palliatifs. Elle revient sur la grande part psychologique qui intervient durant les séances et sur la relation de confiance qui est instaurée. Le MK représente également un repère par rapport aux aides-soignantes qui sont là en roulements puisqu'elles travaillent en 12 heures.

➤ Dynamique et style de l'entretien :

D'un point de vue général, cet entretien a une dynamique assez linéaire et fluide. L'interviewée intervenait très rapidement après nos relances mais avait du mal à développer, nous avons donc dû rebondir de façon plus importante que lors de notre premier entretien. Elle a effectué certaines répétitions pour insister sur certains points qui semblent importants à ses yeux. Le style était plutôt descriptif, elle nous a donné sa vision du rôle du MK au sein des soins palliatifs, mais également certaines caractéristiques qui semblent être propres au MK de son service.

#### 4.3.3 Entretien n°3

D'après les résultats que cette deuxième AS nous a livré, le MK intervient dans toutes les catégories que nous avons établies.

En accord avec les recommandations, notre interlocutrice a abordé de nombreux symptômes dans lesquels le MK intervient d'un point de vue technique. Les massages sont importants dans la prise en charge de la douleur. Elle a également évoqué l'aspect mécanique concernant la motricité ainsi que la prise en charge respiratoire notamment au niveau des encombrements.

Nous avons également relevé des occurrences dans les indicateurs relatifs à la participation du MK dans la pluridisciplinarité de l'USP. Selon l'AS, le MK a sa place et son rôle est aussi important que les autres et tous les soins s'imbriquent pour permettre une prise en charge globale des patients. Les réflexions collégiales sont aussi très importantes pour elle et le MK participe à l'esprit d'équipe et au partage de connaissances entre soignants, il s'agit d'un véritable atout dans les soins palliatifs. Nous retrouvons plusieurs répétitions autour du terme de la richesse : « richesses », « enrichit », « enrichissement x2 ». Les nombreuses

réurrences de ce terme tout au long de l'entretien tendent à confirmer l'importance de la pluridisciplinarité, cela « tire les choses vers le haut » selon elle.

Enfin, nous remarquons un nombre élevé d'occurrences autour de la prise en charge du MK dans les sphères psychologiques et sociale. L'interviewée évoque le relationnel avec plusieurs répétitions « relationnel x3 », elle insiste également sur la communication, qui s'effectue de manière verbale mais aussi non verbale. Selon elle, le non verbal est aussi important que le verbal et cet aspect requière une sensibilité particulière pour pouvoir décrypter certains signaux. Concernant le non-acharnement, l'AS insiste particulièrement sur l'ajustement des soins en fonction de l'état du patient, de sa motivation, pour pouvoir redonner de la confiance et accompagner les patients. Pour finir, nous avons récolté de nombreuses occurrences autour du soutien émotionnel et psychosocial apporté par le MK. L'interlocutrice a notamment insisté sur l'aspect motivation du patient : selon elle, la présence du MK permet de garder de la motivation. On retrouve : « ça leur donne l'envie », « ça les motive », « il y a une motivation derrière », « pour qu'il ait plus d'objectifs ». Elle évoque également à de nombreuses reprises le fait que le MK rassure le patient, mais également les familles. Selon elle, le MK est apte à calmer les angoisses, il est « rassurant ».

Analyse de l'énonciation :

➤ Séquences du discours :

- séquence 1 (ligne 14 à 26) : l'interlocutrice semble être surprise elle aussi par notre question inaugurale qui est assez large. Elle hésite avant de mettre en route son discours. Puis, elle commence par affirmer que le MK avec lequel elle travaille est intégré au sein de son équipe. Selon elle, cette intégration est un atout pour recueillir les informations concernant le patient mais aussi pour rassurer les patients. Elle évoque alors la motivation du patient et l'intervention technique du MK au niveau de l'autonomie. Elle insiste en utilisant la formule « c'est ultra positif » puis rajoute un aspect relatif aux caractéristiques personnelles du MK qui semble avoir un bon relationnel. Elle répète alors le mot « positif » en appuyant dessus avec son intonation. Elle enchaîne ensuite de manière fluide sur les compétences techniques du MK au niveau de la motricité ainsi qu'en terme de prise en charge respiratoire qui est un aspect important en soins palliatifs. Elle termine cette séquence en affirmant que la

kinésithérapie est importante et rassurante pour les patients mais aussi pour l'équipe car il s'agit d'un membre important dans la prise en charge globale.

- séquence 2 (ligne 32 à 38) : après notre relance concernant la technicité du MK, l'aide-soignante enchaîne sur la prise en charge de la douleur en donnant comme exemple les massages drainants et relaxants et tout le mécanisme qui se met en place avec ce toucher (endorphines...) qui semble être positif dans l'accompagnement des patients. Puis, elle arrive en fin de course et ne semble plus avoir d'exemples à donner.

- séquence 3 (ligne 42 à 75) : Dans cette séquence, l'aide-soignante évoque le rôle du MK dans la prise en charge non technique des patients. Elle insiste dans un premier temps sur le fait qu'en soins palliatifs, il ne faut pas se fixer sur des objectifs à atteindre mais plutôt s'ajuster pour redonner confiance au patient et s'adapter en fonction de plusieurs facteurs. Elle cite notamment l'état du patient mais aussi sa motivation ou encore comment il a passé la nuit. Elle aborde ensuite le relationnel après une nouvelle relance. Elle parle de la communication verbale mais également non verbale qui est aussi importante que la communication verbale en soins palliatifs selon elle. Le MK doit être en capacité comme les autres soignants de pouvoir décrypter certains signaux, elle cite les non-dits qui peuvent se voir dans une attitude, un regard, un refus de soins. Elle évoque alors dans cette partie une « sensibilité » qui doit faire la différence dans ce domaine, c'est une capacité à ressentir et à faire confiance à ce qu'on reçoit des autres. Enfin, pour les familles, la présence du MK au sein du service est rassurante, elles attendent parfois beaucoup des séances de kinésithérapie parce que certaines choses sont importantes à leurs yeux. Elle donne l'exemple du levé : si le patient ne s'est pas levé pendant une journée, c'est mauvais signe pour eux, le MK doit donc être disponible pour les levés mais également pour expliquer à la famille si ça n'a pas été fait et par la suite calmer leurs angoisses.

- séquence 4 (ligne 80 à 91) : Ici, notre interlocutrice approfondit sur le rôle du MK dans l'interdisciplinarité après notre relance. Selon elle, le rôle du kiné est aussi important que les autres. Les échanges entre les différents corps de métiers permettent d'avoir une certaine ouverture d'esprit et enrichit les savoirs de chacun. Cela permet également de proposer des soins plus personnalisés et appropriés et d'ouvrir à la réflexion.

- séquence 5 (lignes 97 à 127) : Dans ce dernier passage, l'aide-soignante fait une sorte de synthèse. La présence d'un MK au sein de son service représente un atout pour elle car il ne

vient pas juste de façon sporadique ou pour des urgences spécifiques. Au contraire, il est présent dans toutes les phases d'accompagnement du patient et intervient donc sur plusieurs domaines : par exemple, il peut intervenir sur de la motricité dans un premier temps puis sur de l'encombrement... Il représente donc une aide pour les patients mais également pour l'équipe. Il suit l'évolution et cible les techniques qui seront adaptées en fonction de l'état des patients. Elle finit par conclure en disant que le MK peut apprendre des choses aux autres soignants et inversement, c'est ce qui fait que les choses sont tirées vers le haut selon elle car personne n'est cloisonné. Tous les soins s'imbriquent entre eux et cela renforce l'équipe.

➤ Dynamique et style de l'entretien :

D'un point de vue général, cet entretien a une dynamique un peu moins fluide que les autres. Il nous a fallu plus de relances pour pouvoir arriver à avoir des éléments dans toutes nos catégories mais finalement l'interlocutrice a bien approfondi et structuré son discours dans la fin de l'entretien. Le style était plutôt descriptif, avec certains exemples pour aider à expliquer ses pensées.

#### 4.2.4 Entretien n°4

L'analyse de l'entretien du psychologue montre la présence d'occurrences positives pour chacune de nos catégories grâce à nos relances. On remarque tout de même que les aspects techniques liés à la profession de MK n'ont pas été beaucoup abordé car notre interlocuteur nous a confié ne pas être apte à en parler. Il convient de rappeler que notre interlocuteur était un psychologue exerçant au sein de cette USP depuis 7 ans. De par sa profession, il semble donc qu'il ait eu moins de connaissances sur le rôle du MK en termes de technicité. Cependant, il nous a permis d'aborder la prise en charge du MK au niveau psychologique de façon plus précise.

Concernant la prise en charge technique, le psychologue a tout de même abordé dans son entretien la motricité du patient ainsi que l'éducation pour lui permettre de profiter de ses capacités au maximum.

Dans la catégorie concernant les aspects relatifs à la pluridisciplinarité, l'interviewé a apporté de nombreuses occurrences autour de la collégialité. Le regard du MK apporte un éclairage de plus selon lui ce qui va permettre de prendre des décisions.

Enfin, concernant les sphères psychologiques et éthiques, l'interviewé a abordé chacun des aspects de notre guide d'entretien. Il semble apporter une grande importance à la communication et au relationnel mis en place par le MK. Il a particulièrement insisté sur la motricité du patient : selon lui, le patient se fait des représentations sur son corps et le MK en intervenant sur la motricité va agir sur ces représentations mais également sur les émotions du patient. Durant les séances, un climat affectif se met en place via le toucher. Le MK respecte les volontés du patient et adapte ses séances en fonction de l'évolution de l'état de celui-ci.

Enfin, le soutien et l'accompagnement ont également été abordés. Selon le psychologue, le MK intervient également auprès des familles car le fonctionnement psychologique passe aussi dans la relation que nous avons avec les autres. Le MK entretient un bon climat relationnel avec le patient mais aussi la famille et son intégration dans l'USP participe à rassurer l'entourage. Un élément n'avait pas encore été abordé par nos autres interlocuteurs, il s'agit du deuil des capacités, le MK semble intervenir également dans cet accompagnement.

Analyse de l'énonciation :

➤ Séquences du discours :

- séquence 1 (ligne 15 à 42) : séquence de mise en route mais on constate que le psychologue n'a pas hésité, il a commencé son discours directement après notre question d'ouverture. Il a donc abordé ce qui lui venait directement à l'esprit sans trop réfléchir en exposant le rôle du MK sur le plan institutionnel. Il résume ce rôle à la participation auprès des patients, des familles et pluridisciplinaire. Puis, il aborde le plan psychologique, qui est son domaine de profession. Selon lui, le MK s'occupe du corps, de la motricité, il fait bouger le patient selon son état et cela participe à la prise en charge psychique du patient. Et inversement, lorsque l'on agit sur le fonctionnement psychique, on agit sur la motricité. Il y a plusieurs modèles en psychologie dont celui qui résume le fonctionnement psychologique au fonctionnement du cerveau, aux processus cognitifs. Mais il y a d'autres modèles dont celui qui est le sien et qui appréhende la psychologie dans les processus cognitifs mais également dans les relations humaines (la relation que nous avons avec les autres, la relation que nous avons avec notre corps, et ainsi la relation que nous avons avec notre motricité). Donc selon ce modèle, le MK



participe à faire exister le psychisme du patient. Après nous avoir défini ces modèles, notre interviewé semble arriver au bout de ses idées.

- séquence 2 (ligne 48 à 67) : après notre relance concernant la perte de confiance en soi, le psychologue démarre un discours autour du relationnel. Selon lui, le MK agit dans une « ambiance émotionnelle ». Le climat relationnel et affectif est aussi important pour lui que la motricité qui est mise en action lors des séances. On remarque de nombreuses répétitions dans cette séquence, ce qui montre qu'il accorde une véritable importance à ce relationnel. « émotionnelle x 2 » « relationnel x 3 » « affectif » « relation x 4 » « affectivité ». Il explique ensuite que ce cadre d'action du MK lui permet d'agir également avec familles. Il participe à l'éducation des familles, entretient un bon climat avec eux et son intégration dans la structure les rassure.

- séquence 3 (ligne 73 à 75) : après une relance concernant les compétences techniques du MK, notre interlocuteur nous dit qu'il n'est pas apte à les aborder. En tant que psychologue, il n'a pas les mêmes connaissances en termes d'indications et de symptômes dans lesquels la kinésithérapie peut être utile.

- séquence 4 (ligne 80 à 110) : Ici, notre interlocuteur évoque l'interdisciplinarité. Le MK de son équipe rend compte de ce qu'il vit avec les patients et leur famille et son éclairage compte. Il donne son avis et intervient dans toutes les phases d'accompagnement du patient. Chacun apporte donc son regard professionnel, ce qui permet de faire vivre l'interdisciplinarité du service. En ce qui concerne les objectifs, il faut réévaluer et respecter les volontés du patient afin de lui permettre de mettre à profit ses capacités restantes. Le MK a donc son rôle dans la pluridisciplinarité que ce soit pour bénéficier aux patients, à l'équipe, mais aussi à lui-même.

- séquence 5 (lignes 115 à 148) : Lors de ce passage, le psychologue aborde de manière plus précise le lien instauré entre le MK et les patients. Il évoque la communication non verbale via le toucher qui permet « d'écouter le corps, voir le corps, sentir le corps ». Mais également la communication verbale avec l'accompagnement des familles, l'éducation des patients pour qu'il puisse utiliser ses capacités. Un autre point nous a semblé important car il n'avait pas encore été abordé par nos autres interlocuteurs, il s'agit de la participation du MK pour aider le patient à faire le deuil de certaines capacités. Pour se faire, parfois, le MK peut mettre volontairement en échec le patient pour qu'il se rende compte de la situation s'il était dans

le déni par exemple. Pour finir, le psychologue s'interroge sur la connaissance des MK sur leur rôle en soins palliatifs. Selon lui, la formation de base met en avant la rééducation pure et il pense que les MK n'ont pas tous conscience de ce qu'ils peuvent apporter dans ce domaine.

➤ Dynamique et style de l'entretien :

D'un point de vue général, cet entretien a une dynamique assez scandée. Nous avons relevé plusieurs antithèses et contradictions : « ça va être compliqué, enfin c'est compliqué mais c'est pas trop compliqué », « les objectifs sont différents et sont à la fois les mêmes » ou encore « oui et non ». Ce qui montre bien la complexité du sujet, ainsi que la perte de la maîtrise du discours parfois. Nous avons également relevé des litanies où le psychologue a répété de façon très rapprochée certains mots. Enfin, il convient de noter que de nombreux passages montrent une perte de la progression du discours avec la présence de silences, de « euh » et de redondance.

La diversité lexicale est assez importante dans cet entretien, nous pouvons penser que le cadre de l'interview (dans son bureau) a permis au psychologue de véritablement développer sa vision du rôle du MK de par sa propre expertise, il a montré sa maîtrise du sujet.

#### 4.2.5 Entretien n°5

L'analyse de l'entretien du médecin montre la présence d'occurrences positives pour chacune de nos catégories. Il semble être en accord avec les recommandations retrouvées dans la littérature et nous apporte même des informations qui vont au-delà de ce que nous avions trouvé.

Notre interlocuteur est cette fois-ci un médecin affecté au Pôle Douleur Accompagnement Soins Palliatifs d'un centre hospitalier et rattaché à l'USP concernée par notre recherche.

D'après lui, le MK est apte à intervenir dans de nombreux symptômes rencontrés en soins palliatifs mais la plus grande partie de son travail est autour du confort. Il accorde également une grande importance à l'entretien de l'autonomie du patient et à la prise en charge respiratoire. Il a cité de nombreux aspects techniques utilisés par le MK et qui concordent avec les recommandations retrouvées dans la littérature. On remarque de grandes similitudes

entre son discours et celui de l'infirmier que nous avons interviewé sur leur vision des compétences techniques propres au MK.

Concernant la pluridisciplinarité, l'interviewé a abordé plusieurs aspects : les points de vue de chaque professionnel, les prises de décisions et le soutien entre les différents acteurs.

Enfin, concernant les sphères psychologiques et éthiques, l'interviewé a abordé chacun des aspects de notre guide d'entretien. Il semble apporter une grande importance au lien instauré entre les patients et le MK de son unité. Les séances de kinésithérapie représentent quelque chose de positif pour les patients et de vraiment concret pour les familles. Il insiste aussi sur le rôle du toucher et sur la spécificité du MK dans la prise en charge au niveau corporel et ses répercussions au niveau psychologique. Globalement, le médecin dit que la présence du MK permet aux patients de se fixer des objectifs et qu'il apporte de la vie dans le service. En regard du nombre élevé d'occurrences positives concernant cette catégorie, l'interviewé semble en accord avec la littérature sur l'importance de la relation thérapeutique que le MK entretient avec son patient dans le domaine des soins palliatifs.

Analyse de l'énonciation :

➤ Séquences du discours :

- séquence 1 (ligne 15 à 38) : séquence de mise en route, on observe dans un premier temps que l'interviewé est surpris de notre question inaugurale. Il rigole et prend une pause de 10 secondes avant de commencer. Il initie alors son entretien par la phrase suivante : « la place du kiné au final elle est assez centrale ». Il prend un temps de réflexion puis commence à énumérer les différents axes dans lesquels le MK de l'USP intervient. Une nouvelle hypothèse émerge avec cet entretien : l'intégration du MK au sein des USP permet d'améliorer la continuité des soins. Il commence par évoquer les aspects relatifs à la pluridisciplinarité : le MK a une vision à lui concernant les patients ce qui apporte au niveau des patients mais aussi pour les soignants. Puis, il évoque le lien particulier entre MK et patient qui s'investissent dans les séances car elles représentent « la vie ». Le caractère propre au MK est aussi à prendre en compte.

- séquence 2 (ligne 43 à 56) : après notre relance concernant la technicité du MK, le médecin nous a fait une synthèse descriptive des domaines dans lesquels il intervient pour les patients

de cette USP. On retrouve la participation dans le confort mais également la prise en charge pour éviter les douleurs... L'entretien de l'autonomie est une grande partie de la prise en charge kinésithérapique. Le médecin évoque ensuite la prise en charge des symptômes respiratoires. Pour finir, il nous parle de son rôle au niveau des autres soignants avec notamment l'éducation à la manutention.

- séquence 3 (ligne 61 à 96) : Dans cette séquence, notre interlocuteur revient sur les aspects non techniques mis en place par le MK. Il évoque l'adaptation des soins en fonctions de l'état des patients. Une nouvelle hypothèse émerge ici : l'intégration du MK à l'USP permet un meilleur respect du rythme des patients. En effet, certains moments sont plus propices pour effectuer les séances en fonction des patients, la souplesse de l'emploi du temps du MK est donc un atout dans les USP. La spécificité du MK lui permet de communiquer de façon non verbale avec le patient : le toucher a un rôle prépondérant, il permet de réinvestir le corps. De plus, le MK peut permettre de centrer le patient sur des petites victoires, sur les choses qu'il entretient. Il ne doit pas insister pour récupérer ce qui a été perdu, il faut qu'il soit conscient que dans ce domaine il faut lâcher prise à un moment donné.

- séquence 4 (ligne 101 à 139) : Ici, notre interlocuteur évoque principalement le rôle du MK dans l'anxiété des patients et de l'entourage. Selon lui, la présence du MK au sein du service rassure car il représente un espoir, une preuve que les patients n'abandonnent pas. Une phrase nous semble importante à relever, le médecin nous dit « souvent ils demandent ce qu'il a fait avec le kiné plus que ce que le médecin a dit finalement » puis, il a ri. On peut supposer que ce rire cache quelque chose de sous-jacent comme une sensation de moindre reconnaissance de la part de l'entourage des patients, qui accordent parfois plus d'importance à la rééducation. Il suppose que cela est dû au fait que la kinésithérapie est quelque chose de concret, plus facile à s'approprier pour les familles. De plus, le MK semble avoir son rôle à jouer dans l'éducation des patients mais également des familles (changements de trachéotomie, encombrement...). On remarque une phrase importante mise en accent avec les rires du médecin : « très régulièrement c'est « ah et puis vous passerez le bonjour au kiné hein ! » ou « comment il va le kiné ? C'est toujours lui qui est là ! » enfin voilà c'est vraiment aussi un personnage qui a sa place dans le service ». Cette phrase montre encore une fois que les familles se réfèrent beaucoup au MK. Selon le médecin, « le kiné a une image associée à l'autonomie et au confort et ça dégage quelque chose de très positif ».

- séquence 5 (lignes 144 à 170) : Après nos relances, le médecin a passé en revue les différents aspects relatifs à la pluridisciplinarité. Il aborde dans un premier temps les réunions de transmissions durant lesquelles les décisions sont prises collégialement. L'avis du MK est toujours sollicité, son point de vue est important selon lui car l'attitude des patients face à la rééducation peut signifier beaucoup sur leur état d'esprit. Les soignants échangent donc sur leurs observations cliniques mais également sur leurs discussions qu'ils ont eu avec les patients. Or durant les séances de kinésithérapie, les patients se livrent d'une manière différente, ces informations sont donc intéressantes pour comprendre le vécu des patients et respecter le plus possible ses choix.

- séquence 6 (lignes 175 à 193) : Le médecin évoque ici les difficultés qui peuvent être rencontrés par les soignants en soins palliatifs. En plus de permettre les décisions médicales, les réunions pluridisciplinaires sont également un moment d'échanges importants pour les soignants eux-même. En effet, le travail dans le domaine des soins palliatifs peut être difficile à vivre, il est important que l'équipe puisse se livrer, exprimer ses sentiments. Notre interlocuteur évoque les termes fatigue, moral, confrontation à la mort et à l'émotion des familles, le stress et enfin l'épuisement. La pluridisciplinarité permet donc de se soutenir les uns les autres. Il rajoute également que la place du MK lui semble particulièrement difficile car son rôle est d'apporter du confort, de maintenir de l'autonomie, ce qui va à l'encontre de l'évolution des maladies. Il faut qu'il soit capable de garder de la volonté tout en acceptant la dégradation des patients.

- séquence 7 (lignes 199 à 220) : Dans la fin de cet entretien, notre interlocuteur revient sur le lien spécifique qui lie le MK avec les patients. Selon lui le fait d'être confronté au même interlocuteur de par la présence quotidienne du MK, permet aux patients de créer des liens. Ils se confient souvent au MK sur des sujets dont ils ne parlent pas avec les autres soignants. Il faut donc que le MK soit fort émotionnellement. Nous relevons de nombreuses répétitions relatives à la communication verbale avec le MK dans cette séquence : « lien x 5 » « communication » « échanges » « confier » « source d'informations ». Le médecin semble donc apporter une grande importance à cet aspect dans le rôle du MK.

- séquences 8 (lignes 225 à 252) : Séquence de conclusion suite à notre relance sur l'expérience personnelle de notre interlocuteur. Il a abordé son ancienne expérience au sein d'une USP dans laquelle le poste à mi-temps de MK n'était pas pourvu. La présence des MK dans son service était seulement ponctuelle, pour des urgences respiratoires notamment,

l'entretien des mobilisations et de la relation était donc absente. Puis, il est arrivé au sein d'une USP dans laquelle un MK est en poste à plein temps et il a observé de grandes différences chez les patients. Le MK est à disposition des patients, il construit une relation avec eux, ils investissent donc plus « la ré-autonomisation » mais également « réinvestissent beaucoup plus la vie tout court ». Cette phrase est très forte, selon lui les patients sont motivés rien qu'en sachant que le MK va passer les voir.

➤ Dynamique et style de l'entretien :

D'un point de vue général, cet entretien avait une dynamique assez linéaire et fluide. L'interviewé a montré une grande surprise face à notre question de départ qui était très large. Puis, il a argumenté ses pensées tout en donnant de nombreux exemples, ce qui donne un style assez descriptif. Il a effectué de nombreuses répétitions pour insister sur certains points qui semblaient importants pour lui. La majorité de son discours a été faite à la 3<sup>ème</sup> personne du singulier puisqu'il parlait du MK de son équipe. Le langage utilisé était assez professionnel, avec des nombreux termes spécifiques aux soins palliatifs.

## 4. Discussion

Les résultats obtenus après analyse catégorielle de nos 5 entretiens tendent à nous apporter une vision assez exhaustive du rôle du MK intégré en USP par les différents professionnels de santé. Celui-ci possède différents types de compétences pour participer à la PEC des patients au sein des USP.

Outre les résultats de l'analyse catégorielle du corpus, l'analyse de l'énonciation apporte elle aussi de précieuses informations. En effet, elle a permis de relever plusieurs répétitions dans chaque interview. Dans l'entretien 1 par exemple, l'infirmier a utilisé de nombreuses répétitions autour des termes relatifs à la sécurité et à la confiance. Il paraît donc important pour ce soignant que le MK instaure cette relation avec ses patients. Il nous semble également important de souligner que chez plusieurs interviewés nous avons relevé une certaine surprise suite à l'énonciation de notre question inaugurale. Cette question étant très large, elle a créé la surprise chez certains, ils ont donc pris un temps de réflexion pour commencer leur discours.

D'une manière générale, les entretiens comportent tous un lexique professionnel et spécifique aux soins palliatifs. Nous avons obtenu 2 styles de dynamiques : certains entretiens sont plutôt fluides et linéaires, les interviewés utilisent un style descriptif leur permettant d'argumenter tout en donnant des exemples. D'autres entretiens sont au contraire plus difficiles à mettre en route, avec de nombreuses hésitations, des pertes de progression dans le discours, il faut donc plus de relances pour aider le sujet à reprendre le fil.

## 5.1 Interprétation des résultats

### 5.1.1 La catégorie technicité du MK

Nous avons recueilli de nombreuses informations pertinentes relevant de cette catégorie, tous nos indicateurs ont été abordés. Dans l'ensemble, les aspects techniques que nos interviewés ont cités sont conformes aux recommandations de bonnes pratiques concernant les modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Cependant, nous avons remarqué que lors de la plupart des entretiens, cette technicité n'est pas évoquée spontanément, ou alors de façon très succincte. Suite à nos relances, nous avons tout de même réussi à avoir une vision plus détaillée de l'éventail de techniques que le MK utilise au sein de cette USP. Il semble que celui-ci intervienne dans une grande variété de symptômes : « il travaille sur à peu près tous les symptômes qui peuvent être gênants pour des patients en fin de vie ».

Le rôle le plus important du MK est attribué à sa participation dans la PEC au niveau du confort des patients : « le gros de l'activité en USP c'est tout ce qui est confort ». Dans ce cadre, nous avons relevé entre autres les techniques suivantes : « le toucher », « les mobilisations », « les massages drainants », « les massages relaxants ». Selon plusieurs interviewés, les patients associent certains corps médicaux à des actes intrusifs, désagréables ou parfois douloureux. Tandis que le MK, lui, est associé au bien-être « lui il est forcément dans le bien-être ». Il n'intervient pas seulement pour des soins durant les séances, il les accompagne également dans leur quotidien, pour certains déplacements entre autres : « pour des accompagnements des fois tout simple ». Il paraît aussi important de souligner que selon nos interviewés, le toucher a une dimension particulière dans le confort, il permet aux patients de « re-délimiter leurs corps », de « se détendre », de « dénouer les tensions ». Ce toucher thérapeutique effectué par le MK permet de rassurer les patients, « c'est énormément apprécié par les patients », « c'est sécurisant pour eux ».

Le MK intervient également dans la PEC de la douleur, qui peut avoir des causes très diverses. La majorité des interviewés ont cité « les massages pour prendre en charge la douleur ». Cette donnée est en adéquation avec la littérature où il est admis que le massage thérapeutique est un adjuvant efficace dans la PEC des douleurs. [26] Plusieurs soignants ont évoqué « les exercices physiques » et « mobilisations » qui permettent de « lutter contre les douleurs dorsales » et « évite l'apparition de raideurs articulaires » notamment. Le MK participe également à l'éducation du patient, il intervient dans « la gestion de la douleur » en expliquant l'utilisation du TENS par exemple.

Un autre aspect important est ressorti de nos entretiens. Il s'agit du maintien de l'autonomie : le MK intervient dans « le travail de l'autonomie, ce qu'ils sont capables encore de faire par eux-même », « l'entretien musculaire », « de la marche », « des transferts », « le renforcement ». Il adapte si nécessaire les aides techniques et aide à leur apprentissage notamment dans l'utilisation du fauteuil roulant ou du déambulateur. Cette autonomie est particulièrement importante aux yeux des patients. Ils ne veulent pas perdre en capacité mais veulent rester dignes et ne pas devenir dépendants : « ils restent dignes en gardant une maîtrise », « garder de l'autonomie c'est une capacité à décider pour soi », « toute la dimension de travailler et de préserver l'autonomie c'est vraiment quelque chose de très important pour les patients », « récupérer de l'autonomie c'est hyper important pour ces gens-là ». Le MK permet dans ce cadre de leur redonner confiance en eux : « pour redonner confiance aux gens dans la marche », « il va retrouver de l'autonomie donc il va retrouver de la confiance ».

Enfin, dans le domaine des soins palliatifs, de nombreux patients souffrent de difficultés à respirer. Le MK a un grand rôle à jouer à ce niveau, il permet la « récupération de souffle », « d'amplitude », « aide à drainer », « il leur permet d'avoir moins cette sensation de privation d'air », « ils ont plus de facilité à respirer ». Ses compétences techniques lui permettent d'intervenir pour des patients souffrants « d'encombrement », « de dyspnée », « d'insuffisance respiratoire », « de fausses routes » ... Plusieurs interviewés ont insisté sur l'importance de cette intervention, qui concerne de nombreux patients : « chez nous c'est essentiel », « au niveau respiratoire c'est super important en USP », « il y a beaucoup de patients : soit sur des épisodes aigus... soit des patients qui commencent à s'encombrer ». Cette vision est donc conforme aux informations que nous avons retenues dans le manuel de



kinésithérapie respiratoire de Gregory Reychler dans le chapitre concernant les soins palliatifs.

### 5.1.2 La catégorie MK dans la pluridisciplinarité

La deuxième catégorie la plus citée par les professionnels interrogés est la pluridisciplinarité. Elle est citée spontanément par les interviewés et souvent dès les premières phrases de l'entretien. Les interviewés sont en accord sur le fait que le MK est un acteur à part entière et qu'il a son rôle à jouer au sein de leur équipe : « le kiné c'est obligatoire, ça fait partie de l'équipe », « c'est nécessaire », « c'est un membre important dans la prise en charge globale », « ses compétences, son savoir-être et son savoir-faire sont super importants dans une équipe de soins palliatifs ».

Tous les entretiens ont mis en avant l'importance de la collégialité et la participation du MK dans les prises de décisions. En effet, ces décisions se font au cours de discussions pluridisciplinaires et toutes les informations sont bonnes à prendre : « le kiné remonte beaucoup de choses donc ça contribue aux prises de décisions ». Il participe donc en partageant son avis personnel vis-à-vis des patients, « son éclairage compte », « il donne son avis », « c'est vraiment hyper important d'avoir son point de vue ». Les discussions doivent permettre aux soignants de se concerter afin d'obtenir l'approbation de tous, « il faut vraiment que tout le monde soit raccord ... et le kiné en fait partie », « il est bien intégré au sein de l'équipe donc c'est important pour recueillir toutes les informations concernant le patient ». Le projet de rééducation fait également partie du projet de soins qui est discuté au cours des réunions pluridisciplinaires. Ces aspects semblent en adéquation avec les guides de la HAS qui préconisent la collégialité pour les prises de décisions. [16]

De plus, il semble que le MK soit « un vecteur de remontée d'informations » assez important. Cela s'explique selon les interviewés par la relation spécifique qu'il entretient avec les patients : « il va passer un moment privilégié avec eux donc forcément il va nous ramener des informations qui vont être importantes pour nous », « les gens se confient beaucoup à lui ». Cette relation lui permet donc d'apporter de nombreuses données, « il intervient pour rapporter des éléments observés cliniquement », « des choses qui ont pu être partagés avec lui par un patient ». Ces données apportées par le MK ont une valeur ajoutée car elles permettent de se rapprocher au plus du souhait des patients, « l'attitude des patients face à la rééducation est significative sur leur état d'esprit ». Dans la littérature, le rôle du

MK dans cette remontée d'informations et la relation avec le patient en soins palliatifs n'est pourtant pas beaucoup décrite.

Certains interviewés ont également cité l'intervention du MK dans le soutien moral et physique entre professionnels. En effet, le MK participe aux moments d'échanges qui sont particulièrement importants dans ce domaine où les soignants sont confrontés tous les jours à la fin de vie. La sédation d'un patient peut faire souffrir les professionnels de santé : « soignants travaillant en USP ça peut être fatiguant moralement », « la confrontation à la mort, à la souffrance, aux familles ». Il est primordial que l'équipe se soutienne, les soignants se confient durant ces réunions de transmissions qui sont des moments « d'échanges ». Tous les intervenants doivent comprendre les décisions et doivent pouvoir s'exprimer et échanger entre eux. [17] Ces réunions leur permettent de se livrer : « décharger un peu ce qu'on a sur les épaules », « exprimer un peu ce qu'on ressent ». De plus, un élément nous a semblé important à relever. La place du MK semble être assez inconfortable aux yeux du médecin : « la place du kiné elle n'est pas confortable du tout ». En effet, il s'agit d'un professionnel de rééducation qui a pour rôle habituel de faire progresser les patients pour leur faire gagner en autonomie. Or, au sein des USP, le MK voit souvent les maladies évoluer, les patients se dégradent mais il doit « garder cet optimisme et cette volonté de bien faire tout en acceptant l'inévitable ».

Sur le plan physique, le MK apporte également son aide au sein de l'équipe. Selon une des aides-soignantes : « il est essentiel pour nous », « on a besoin de lui déjà pour les premiers levés ». La deuxième aide-soignante interviewée affirme elle aussi le soutien du MK : « il va venir nous aider », « il est très aidant pour nous ». Il intervient également pour trouver les solutions les plus appropriées pour les patients et apporte son expertise notamment dans le cadre de la manutention : « quand ils ont besoin d'aide pour mobiliser un patient et qu'ils ne savent pas par quoi commencer », « comment s'y prendre pour ne pas lui faire mal ». Il participe donc à l'éducation entre professionnels, « il y a aussi un rôle d'éducation », « en trouvant des astuces », « sans que les soignants se fassent mal ».

Enfin, un aspect spécifique au domaine des soins palliatifs est ressorti des entretiens. Les interviewés ont insisté sur le fait qu'il n'y a pas de cloisonnement entre les différents professionnels et les différentes prises en charges : « on va avoir une organisation générale », « on va tous s'organiser pour avoir une prise en charge globale ». Ce regroupement permet aux soignants d'apprendre les uns des autres et de se coordonner pour travailler en

interdisciplinarité : « du kiné on peut apprendre beaucoup », « tout s'imbrique ». Cette diversité des corps de métier permet selon les interviewés d'avoir « une ouverture d'esprit », en confrontant les visions de chacun « on va aller voir plus loin ». Cette diversité leur permet d'apporter des soins « plus appropriés » et « plus personnalisés ». L'organisation est effectuée au jour le jour pour permettre une continuité et une PEC globale des patients et la présence de différents professionnels de santé permet de « tirer les choses vers le haut ».

### 5.1.3 La catégorie prise en charge non technique

D'après l'analyse du corpus, l'approche non technique, comportant le relationnel, la communication et les aspects éthiques et psychosociaux est la catégorie la plus abordée. Les différents professionnels interviewés sont tous en accord avec la nécessité d'instaurer une relation de confiance avec le patient. Grâce à leurs différentes représentations, nous avons pu recueillir une série de compétences qui sont propices à l'instauration d'une alliance thérapeutique entre le MK et les patients en soins palliatifs.

Tout d'abord, il est important de souligner que les soins palliatifs ont une représentation angoissante chez les patients, « inconsciemment ou dans les représentations collectives ça annonce que c'est la fin ». En effet, les soins palliatifs représentent pour eux une maladie grave, un corps souffrant et abimé. [19] Pour gagner la confiance des patients, le MK doit intervenir sur cette angoisse, « réduire l'anxiété ». Il apporte donc un soutien émotionnel et psychosocial qui permet « de calmer une espèce d'anxiété par rapport à l'angoisse de mort ». Plusieurs interviewés ont insisté sur l'attitude adoptée par le MK en séance, il passe par l'écoute, une approche avenante, la sympathie, la communication : « le kiné est hyper rassurant », « il est très bienveillant ». Pour les actes techniques, il se montre contenant et doux, « dans sa façon de toucher les gens, de les approcher », « il est très contenant ». Cette attitude lui permet en partie de gagner la confiance de ses patients. De nombreuses répétitions ont été retrouvées dans plusieurs interviews autour des termes confiance et sécurité : « les gens se sentent en sécurité », « ils se sentent en confiance ».

Concernant la communication verbale, il semble que les séances de kinésithérapie permettent aux patients de se livrer, « les gens se confient beaucoup à lui ». Il ne s'agit pas seulement de séances de rééducation mais plutôt « un moment privilégié » durant lesquelles « il y a une grosse part psychologique qui entre en jeu ». La relation de confiance qu'il instaure avec les patients leur permettent de se sentir « plus à l'aise pour parler », « la séance

de kiné c'est un moment où ils se livrent un peu différemment et où ils parlent de leur vie et de comment ils se sentent ». Nous avons relevé une certaine incompréhension chez plusieurs interviewés car « le patient ne va pas forcément se confier à celui qu'on croit ». Le MK, qui passe moins de temps au chevet des patients récolte parfois plus d'informations que d'autres soignants, ce qui peut être assez déroutant pour certains professionnels « beaucoup de patients vont confier des choses au kiné dont ils ne parlent pas forcément avec d'autres soignants ».

La communication non verbale a aussi été mise en avant. Le toucher a été particulièrement abordé, il permet d'entrer en contact avec les patients. Le psychologue a utilisé les termes suivants : « le toucher permet d'écouter le corps, voir le corps, sentir le corps ». Il permet également aux patients de reprendre conscience, de redécouvrir des possibilités, de contenir certaines angoisses. Certains patients arrivent au sein de l'unité après de nombreux séjours en hôpital, durant lesquels ils n'ont pas eu de véritable contact tactile. Ils arrivent alors dans une structure où ils sont touchés et massés, ce qui fait parfois resurgir des émotions à la surface : « il va se livrer, va parler, ou va pleurer », « parce qu'on ne l'a pas touché depuis longtemps ». Selon le psychologue du service, au-delà du toucher, la motricité est étroitement liée à la psychologie : « quand on s'intéresse à la motricité de quelqu'un on s'intéresse aussi à son fonctionnement psychique ». Selon lui, le MK, par son intervention sur la motricité « participe à faire exister le psychisme du patient ». Sa spécificité lui permet donc d'apporter beaucoup sur la réappropriation du corps, qui est souvent altéré par la maladie. Dans certains cas au contraire, il peut aider à « faire le deuil » de certaines capacités.

Le MK doit faire preuve d'adaptation pour ne pas s'acharner et respecter les souhaits des patients, « il explique ce qu'il a comme idée de travailler », « il voit avec la personne si ça lui convient ou pas ». Il permet aux patients de rester digne et de garder des objectifs en fixant des étapes au fur et à mesure des séances. Il s'adapte à l'état de santé actuel des patients tout en étant « très précautionneux sur le fait de ne pas forcer les choses ». Il réévalue donc à chaque séance pour proposer des « soins personnalisés » et « le plus adaptés à la personne ». Il entretient ce qui fonctionne mais ne doit pas insister sur ce qui ne fonctionne plus pour ne pas « que la personne se sente en échec ». De plus, l'intégration du MK au sein du service lui permet d'intervenir aux moments où les patients sont disponibles. Il ne force pas les choses mais « il réadapte son organisation en fonction des rythmes de chacun » et « ce n'est pas lui qui impose sa présence ».

Le MK participe également auprès de l'entourage des patients. Leur plus grande peur est que le patient devienne un objet de soins et le plus important est qu'il ne souffre pas. Dans ce cadre, le MK a « une position un peu particulière » car les patients racontent souvent leurs séances de kinésithérapie à leur entourage. Ceux-ci accordent donc beaucoup d'importance à la rééducation, « des familles peuvent attendre aussi beaucoup du kiné ». De plus, dans les représentations, la motricité est liée au bien-être : « pour eux s'il s'est levé aujourd'hui c'est que ça va », « ça leur donne un espoir », « c'est une preuve très concrète que l'on n'abandonne pas ». Au-delà des aspects moteurs, le MK participe à l'accompagnement des familles et tente de diminuer certaines anxiétés. Il explique calmement tous les actes qu'il effectue « il prend beaucoup de temps pour expliquer à la famille ce qui se passe, dans quel processus ça s'inscrit ». Il explique aussi pourquoi les séances varient, si le patient n'a pas été levé par exemple « il est compétent à expliquer pourquoi et à calmer leurs angoisses ». Les interviewés ont particulièrement insisté sur l'encombrement. Il s'agit d'une source d'angoisse majeure chez l'entourage dans laquelle le MK intervient pour les rassurer.

Les familles accordent donc une grande importance aux séances de kinésithérapie, ce qui peut parfois sembler paradoxal. Lorsque le médecin nous a décrit les interrogations principales des familles lors des visites, il a dit en riant : « souvent ils demandent ce qu'il a fait avec le kiné plus que ce que le médecin a dit ». Cette phrase nous laisse penser que ce médecin éprouve un sentiment de désarroi face à ces familles qui apportent une grande importance aux séances de kinésithérapie et qui se préoccupent parfois moins de ce que les médecins peuvent leur annoncer. Cet aspect peut s'expliquer par le fait que le MK effectue des actes « concrets » auprès des patients, l'entourage arrive mieux à comprendre, à assimiler ce qu'il fait et dans quel but. La PEC par le MK ne concerne donc pas uniquement les patients, il intervient grandement dans « l'accompagnement aux proches ».

#### 5.1.4 L'intégration du MK au sein des USP

Concernant les aspects liés à l'intégration du MK au sein de cette USP, plusieurs points importants apparaissent après analyse de notre corpus. Celle-ci tend à confirmer les hypothèses selon lesquelles l'intégration du MK permet une meilleure continuité des soins, l'instauration d'une relation de confiance ainsi qu'une plus grande motivation des patients.

Tout d'abord, comme l'ont souligné les différents professionnels de santé, il est important de savoir que les équipes soignantes fonctionnent selon des roulements. Le MK, lui, est présent tous les jours du lundi au vendredi. Il permet donc la continuité des soins : « il est là tous les jours alors que nous on est moins là, on est en 12 heures donc il y a des roulements », « le fait qu'il soit présent tous les jours dans le service ça participe à la continuité ». Ce suivi lui permet d'intervenir dans tout le parcours du patient, « c'est un atout parce que ce n'est pas quelqu'un qui vient comme ça de façon sporadique juste pour un patient non il est là », « c'est super important parce que justement il est dans toutes les phases de l'accompagnement du patient ».

Il connaît donc parfaitement les patients de la structure, « là il connaît vraiment le suivi des patients ». Cet aspect est primordial selon les soignants car l'état de santé des patients peut fluctuer rapidement d'un jour à l'autre, « la continuité du soin, on ne s'interrompt pas, parce qu'ils peuvent mourir à tout bout de champ donc non on ne va pas attendre la semaine prochaine que le kiné revienne ! ».

Son intégration lui permet aussi d'avoir une plus grande adaptation dans son planning, ce qui semble être bénéfique pour la structure : « le fait d'avoir un temps dédié à l'unité bah quand il passe et que le patient n'est pas dispo il peut se permettre de repasser à un autre moment », « c'est vraiment une souplesse qui est peut-être pas dans le rôle habituel du kiné à l'hôpital mais qui est vraiment une richesse pour les patients de l'unité ». Il peut donc intervenir aux moments qui sont le plus opportuns pour les patients, pour qu'ils soient plus disposés à travailler.

Ce suivi et sa présence au sein de l'USP lui donne une place de repère : « c'est un repère aussi parce qu'il a suivi tous les jours avec le patient ! ». Cela permet de rassurer les patients ainsi que l'entourage : « le fait de l'avoir là quand même tous les jours déjà je trouve que ça rassure les patients », « le fait que le kiné soit intégré à la structure bah ça rassure le patient et aussi les personnes qui l'entourent ».

Le lien qu'il instaure est par conséquent particulièrement fort avec les patients : « le fait qu'il soit là tout le temps fait qu'il peut créer un lien plus fort », « il y a un lien très particulier qui se crée aussi qui est lié à la place de kiné », « ça crée des liens c'est très important ». Mais ce lien se fait également avec l'entourage des patients, qui se réfèrent beaucoup à lui. Cela

peut s'expliquer par son image qui est souvent associée au confort, « le kiné il a une image associée à l'autonomie et au confort ça dégage quelque chose de très positif ».

Finalement, il est une source de lien évidente car il est présent non seulement pendant les séances mais les patients peuvent aussi le croiser dans les salles communes, le solliciter pour certains déplacements, discuter... Sa présence au sein de l'unité lui permet donc d'échanger plus facilement avec les patients : « il y a énormément de communication entre le kiné et les patients que ce soit pendant les séances ou en dehors », « dans les lieux communs du service donc ils se croisent ». Il est un interlocuteur principal.

Plusieurs interviewés ont montré que l'intégration du MK lui permet d'agir sur la motivation des patients. Son suivi permet leur permet de mettre en route un processus d'amélioration et d'objectifs, pour pouvoir progresser, « garder ce truc-là, re partir de cette base sur la séance d'après et aller un peu plus loin comme ça au fur et à mesure des séances ». Le simple fait de savoir que le MK va repasser le lendemain fait qu'ils attendent la prochaine séance, « ils se fixent des objectifs d'une séance à l'autre », « ils ont juste besoin de savoir que le kiné va passer », « il y a un processus qui peut se mettre en route même pas de guérison mais en tout cas d'amélioration et d'objectifs ». Les patients apportent donc une grande importance à ce suivi de kinésithérapie : « imagine si on leur dit bon voilà le kiné revient dans 3 jours il revient la semaine prochaine ! Ah bah pour le patient c'est la catastrophe ! », « alors que là je lui dis non il revient demain ne vous inquiétez pas, il est là tous les jours pour vous faire marcher », « les patients adorent le kiné enfin je veux dire ils l'attendent ».

Ce suivi joue donc sur la motivation, « c'est très important la continuité des soins et voilà quoi on le voit bien que quand il n'est pas là les patients ne sont pas motivés », « ça les motive », « il y a une motivation derrière et pour ça je trouve que c'est ultra positif ». En comparaison avec des unités ne disposant pas d'un MK intégré à leur structure, il semble selon les interviewés que les patients « investissent beaucoup plus la ré-autonomisation » et même « la vie tout court ».

Parallèlement, de nombreux éléments de l'analyse de l'énonciation tendent à nous faire penser que le MK a une place pratiquement centrale au sein de cette USP. Le médecin de l'USP a d'ailleurs commencé par la phrase suivante : « au sein de l'unité ici la place du kiné au final elle est assez centrale », il accorde donc une place particulièrement importante à ce soignant. L'entourage des patients semblent également placer le MK au premier plan, le médecin a ri lorsqu'il nous a décrit les paroles de certaines familles lors de leurs visites au

sein de l'USP : « ah et puis vous passerez le bonjour au kiné hein ! », « comment il va le kiné ? C'est toujours lui qui est là ! ». A la fin de son entretien, le médecin a clamé que les interventions du MK s'étendent beaucoup plus qu'à de simples compétences de rééducation : « ça apporte beaucoup de vie dans le service ».

## 5.2 Limites de l'étude

Les résultats de notre étude sont à nuancer pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils ne sont pas généralisables car notre échantillon ne comporte que des professionnels de santé exerçant au sein d'une même USP du département des Alpes Maritimes. Ainsi, ils ne sont pas représentatifs de tous les professionnels de santé au sein des USP de France. En effet, notre souhait de vouloir interroger uniquement des professionnels d'USP dans laquelle un MK était totalement intégré à la structure et notre souhait de réaliser tous les entretiens en face à face et non pas par téléphone nous a contraint à nous limiter à ce lieu d'exercice. Toujours concernant les biais de sélection de la population, nous avons mené les entretiens auprès des 5 professionnels, ceux qui étaient les plus favorables à notre demande envoyée par mail. Leur volontariat à cette enquête suppose donc qu'ils soient déjà sensibilisés à la problématique proposée.

Nous pouvons également supposer que les données des interviews peuvent manquer de fiabilité pour plusieurs raisons :

- Le fait que l'entretien soit enregistré peut fausser les résultats,
- Les personnes interrogées ont pu déformer leur vérité car ils disent souvent ce qu'ils imaginent que nous attendons, ou ce qui est valorisant pour nous,
- Nos consignes manquaient parfois de clarté,
- Nous avons parfois utilisé des relances mal adaptées ou mal formulées, qui ont pu influencer le discours de l'interviewé.

Il faut également ajouter que, jeune chercheur, nous n'avions que peu d'expérience dans les entretiens semi-directifs. Il faudra à l'avenir plus tenir compte des différents biais susceptibles d'être introduits par nos interventions. Nous avons préparé et utilisé un guide d'entretien avant la réalisation des interviews, pour anticiper les consignes et les relances et ainsi éviter certains biais.



En conclusion, les limites que nous venons d'énoncer rendent nos résultats non généralisables. En ce sens, nous ne pouvons pas affirmer que les éléments recueillis au cours des entretiens menés reflètent significativement les pratiques de tous les MK intégrés au sein des USP.

## 5. Conclusion

### 6.1 Réponses à la problématique et intérêt de travail

L'objectif de notre étude était de déterminer les bénéfices potentiels liés à l'intégration et au recours aux compétences du MK au sein des unités de soins palliatifs. Nous avons choisi d'interroger les opinions et les représentations de différents professionnels exerçant au sein d'une USP avec un MK intégré à la structure. Les résultats de notre étude semblent aller dans le même sens que nos hypothèses. En effet, l'analyse des entretiens montre la présence d'occurrences positives pour chacune des hypothèses. En revanche, il convient de souligner que les divers indicateurs au sein de chaque catégorie n'ont pas tous été énoncés par les interviewés.

La littérature disponible actuellement témoigne de l'intérêt porté au rôle du MK dans la PEC en soins palliatifs. Les données dont disposent actuellement les MK concernant leurs compétences dans ce domaine sont bien décrits. Ainsi, en accord avec la littérature, les résultats de nos entretiens tendent à confirmer que le MK possède d'une part des compétences techniques lui permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP mais également des compétences non techniques lui permettant d'intervenir au niveau psychologique et éthique.

Dans la littérature, nous avons également constaté que les professionnels de la rééducation sont souvent cités mais ne sont pas systématiquement intégrés dans l'organisation générale des soins palliatifs. Pourtant, l'un des principes de base autour des soins palliatifs concerne l'interdisciplinarité : le patient se situe au centre d'un dispositif autour duquel de nombreuses personnes interagissent. Les interviewés ont mis en avant le fait que le MK est un acteur à part entière dans l'équipe pluridisciplinaire et qu'il a un grand rôle à jouer dans ce cadre.

Les professionnels interrogés semblent aussi accorder une importance à la présence du MK au sein de leur service tout au long de la journée, du lundi au vendredi. En confrontant les

entretiens, nous nous sommes aperçus de certaines relations entre la motivation des patients et la présence du MK au sein de leur USP. Il semble également que l'intégration du MK permette non seulement d'avoir un véritable suivi et une meilleure continuité des soins, mais également de créer une relation de confiance avec les patients. Finalement, il devient un repère pour les différents acteurs de cette structure. Il s'agit ici d'un interlocuteur de choix, que ce soit avec les différents professionnels, avec les patients mais aussi avec leur entourage. La confrontation des résultats obtenus entre eux, et avec les données de la littérature suscite donc de nombreuses interrogations et pose de nouvelles hypothèses.

## 6.2 Perspectives futures

Même si les entretiens réalisés indiquent que les professionnels de santé ont conscience des compétences ajoutées par le MK au sein de leur service, il semble que l'intégration des MK en France soit encore très inégale. Les résultats de notre questionnaire pré-enquête tendent à montrer par ailleurs que la communication concernant le rôle des MK dans ce domaine auprès des instances reste à améliorer. Selon les médecins responsables des USP, certains ne voient pas l'intérêt d'embaucher des professionnels de rééducation pour ce type de patients. L'objectif des soins palliatifs est d'apporter une prise en charge globale et active aux personnes en fin de vie. Ce type de soins offre au malade le plus grand confort possible. Dans ce domaine, les patients présentent fréquemment une incapacité fonctionnelle qui constitue un problème majeur. Le MK a de nombreuses compétences dans ces situations, il semble donc primordial que les instances ainsi que les différents professionnels de santé sachent dans quelle mesure il peut apporter son aide.

De plus, d'après notre questionnaire pré-enquête, selon les médecins responsables des USP, les MK eux-mêmes ne sont pas bien informés sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans ces structures. Nous avons également relevé dans notre corpus : « je me demande si les kinés se rendent compte de leur importance dans ce domaine », « ils ont l'impression peut-être de par leur formation de base ils sont sensés rééduquer et peut être qu'ils ont l'impression qu'en palliatifs ils apportent moins ». Actuellement, le programme de la formation initiale en IFMK inclue un enseignement relatif aux soins palliatifs mais n'en précise pas les modalités essentielles. La grande majorité des kinésithérapeutes rencontrent pourtant des problématiques de fin de vie durant leur exercice. Il serait donc bénéfique de proposer des séminaires de sensibilisation autour de ce sujet pour que les futurs professionnels puissent

confronter leurs points de vue et leurs opinions. Il serait également intéressant d'échanger avec des étudiants de cursus différents (médecins, infirmiers...)

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes concentrés sur les bénéfices liés à l'intégration des MK au sein des USP en interrogeant différents professionnels de santé. Or, il est évident que certaines caractéristiques que nous avons récoltées sont spécifiques au caractère personnel du MK présent au sein de leur service. Il apparaît alors intéressant d'élargir notre recherche aux autres USP dans laquelle un MK est intégré au parcours de soins.

Par ailleurs, notre travail nous a permis de recueillir différents aspects dans lesquels le MK intervient, que ce soit auprès des différents membres de l'équipe soignante, des patients ainsi que de leur l'entourage. Toutefois, il serait intéressant d'aller plus loin en interrogeant différents MK experts dans le domaine des soins palliatifs pour observer si leurs stratégies sont toutes utilisées et de quelle façon.

Aussi, nous nous sommes centrés sur les représentations professionnelles, mais nous pourrions également, nous intéresser aux représentations des patients eux-mêmes. Nous pourrions par exemple nous interroger plus particulièrement sur la relation entre leur motivation et le suivi en kinésithérapie.

En allant au-delà des soins palliatifs, nous savons que la France est particulièrement concernée par le vieillissement. En effet, elle compte parmi les pays ayant la part de personnes âgées de plus de 65 ans la plus élevée dans sa population. Généralement, les problèmes de santé accompagnent le vieillissement. Que ce soit pour une légère perte d'autonomie ou une situation de dépendance, les besoins en termes de santé augmentent avec l'âge. Le kinésithérapeute joue un rôle essentiel dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Il est impliqué à la fois dans la prévention des maladies et de la dépendance, le traitement des pathologies affectant la mobilité et l'adaptation aux handicaps. Ainsi, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, nous souhaitons, dans des travaux futurs, déterminer les bénéfices potentiels liés à une place centralisée du MK dans l'accompagnement des personnes âgées. De par son intervention dans le suivi des patients à domicile, en maison de retraite ou bien en cabinet libéral, sa place pourrait-elle devenir plus centrale pour assurer une meilleure coordination des soins ?

## 6. Bibliographie

- [1] Observatoire national de la fin de vie. (page consultée le 15 février 2021). Rapport 2011 sur la fin de vie : un premier état des lieux, [en ligne]. 2011. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/>
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé (page consultée le 11 mai 2020). Le plan national “Soins Palliatifs 2015-2018”, [en ligne]. 2017, Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- [3] Byk C. Chapitre 3. Soins palliatifs et politiques de santé en Europe. Journal International Bioethique 2002 ; Vol. 13:43–9.
- [4] France. Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1) (J.O 10 juin 1999). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [5] Ministère des Solidarités et de la santé. (page consultée le 05 mai 2020). Anticiper sa fin de vie : les directives anticipées, [en ligne]. 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- [6] Ministère des Solidarités et de la santé (page consultée le 05 mai 2020). Fiche sur la personne de confiance, [en ligne]. 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- [7] SFAP (page consultée le 24 avril 2020). Définition et organisation des soins palliatifs en France, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfap.org/>
- [8] COMPAS (page consultée le 24 avril 2020). Éclairage législatif, [en ligne]. Disponible sur : <http://compas-soinspalliatifs.org/>
- [9] France. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) (J.O 5 mars 2002). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [10] France. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) (J.O 23 avril 2005). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [11] France. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 r créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) (J.O 3 février 2016). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [12] SFAP (page consultée le 28 septembre 2019). Soins à domicile et réseaux de santé [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sfap.org/>
- [13] INPES (consulté le 28 septembre 2019). Brochure grand public sur les soins palliatifs et l'accompagnement, [en ligne]. Novembre 2009. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

- [14] Kubler-Ross E. Les derniers instants de la vie. Paris : Labor et Fides; 1975.
- [15] ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Paris; Décembre 2002. Commandité par la Direction générale de la santé.
- [16] HAS. (page consultée le 18 février 2021). Soins palliatifs : À amorcer tôt et à gérer en collégialité, [en ligne]. Juin 2019. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>
- [17] HAS. (page consultée le 18 février 2021). Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, [en ligne]. Février 2020. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>
- [18] IPSOS. (page consultée le 6 février 2021). 1er Sondage sur la perception des français, [en ligne]. Mai 2009. Commandité par la fondation de France en partenariat avec la SFAP. Disponible sur : <http://www.sfap.org/>
- [19] Lefaucœur A-S, Renoux C, Barbeau L. Représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs » auprès du grand public. *Médecine Palliat* 2019;18:62–9.
- [20] Ministère de la santé. Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- [21] Reyckler G, Delguste P, Roeseler J. Chapitre 23. Kinésithérapie en oncologie et soins palliatifs. *Kinésithérapie Respir. Deux. Édition*, Paris: Elsevier Masson; 2009, p. 235–43.
- [22] Mourey F. Soins palliatifs et kinésithérapie. *Kinésithér Scient* 2003;431:29-31.
- [23] Spill GR, Hlubocky FJ, Daugherty CK. Oncologists' and physiatrists' attitudes regarding rehabilitation for patients with advanced cancer. *PM R* 2012;4:96–108.
- [24] Cavellec M. Masseur-Kinésithérapeute en soins palliatifs. *Kinésithér Scient* 2010;509:05-11.
- [25] Taylor J, Simader R, Nieland P. *Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life*. Urban & Fischer; 2013.
- [26] Ducourneau VRR, Seyrès P, Rigal L. L'utilisation du massage thérapeutique dans la prise en soin antalgique des patients cancéreux atteints de métastases osseuses. *Kinésithér la revue* 2017;17(184):56.
- [27] Nieland P, Klaschik E, Jaspers B, Clemens K. Evaluation of the Clinical Effectiveness of Physiotherapeutic Management of Lymphoedema in Palliative Care Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology - Oxford Academic Japanese J of Clinical Oncology* 2010;40(11):1068–72.
- [28] Buss T, de Walden-Gałaszko K, Modlińska A, Osowicka M, Janiszewska J. Kinesitherapy alleviates fatigue in terminal hospice cancer patient: an experimental, controlled study. *Support Care Cancer* 2010;18:743–9.

- [29] Laasko EL, Cantlay A. The impact of physiotherapy intervention on functional independence and quality of life in palliative patients. *Cancer Forum*, vol. 27, 2003.
- [30] Putt K, Faville KA, Lewis D, McAllister K, Pietro M, Radwan A. Role of Physical Therapy Intervention in Patients With Life-Threatening Illnesses. *Am J Hosp Palliat Care* 2017;34:186-96.
- [31] López-Sendín N, Albuquerque-Sendín F, Cleland JA, Fernández-de-las-Peñas C. Effects of physical therapy on pain and mood in patients with terminal cancer: a pilot randomized clinical trial. *J Altern Complement Med N Y N* 2012;18:480–6.
- [32] Montagnini M, Lodhi M, Born W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *J Palliat Med* 2003;6:11–7.
- [33] Kumar SP, Jim A. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. *Indian J Palliat Care* 2010;16:138–46.
- [34] Woitha K, Schneider N, Wunsch A, Wiese B, Fimm S, Müller-Mundt G. [Integration and utilization of physiotherapy in hospice and palliative care : A survey on clinical practice in Germany]. *Schmerz Berl Ger* 2017;31:62–8.
- [35] Choplin A. *Didactique appliquée à la neuroéducation*. Tome I. Edilivre-Aparis; 2014.
- [36] Samé M. *Le toucher suspendu*. [Thèse pour le doctorat de philosophie]. Université Paris-Est, 2009.
- [37] Blanchon C. *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Elsevier Masson; 2014.
- [38] Gabay J, Hérisson B. Le toucher « relationnel » dans les soins. *Soins la revue* 2013; 58(773):46-7.
- [39] Dolto B. *Le corps entre les mains*. Vuibert; 2006.
- [40] Grousset S. Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins la revue* 2009; 54(737):30-1.
- [41] Zana J-P. *Technique psychocorporelle et technique de relaxation en pratique kinesitherapique*. EMC, 2014.
- [42] Dehaye A, Bénézech J-P. Apport de la kinésithérapie dans la prise en charge globale du patient en fin de vie. *La revue de l'infirmière* 2011; 60(172):30-2.
- [43] Wilson CM, Stiller CH, Doherty DJ, Thompson KA. The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. *Am J Hosp Palliat Med* 2017;34:34–41.

- [44] Carson K, McIlpatrick S. More than Physical Function? Exploring Physiotherapists' Experiences in Delivering Rehabilitation to Patients Requiring Palliative Care in the Community Setting. *J Palliat Care* 2013;29:36–44.  
<https://doi.org/10.1177/082585971302900106>.
- [45] McLeod KE, Norman KE. “I’ve found it’s very meaningful work”: Perspectives of physiotherapists providing palliative care in Ontario. *Physiother Res Int* n.d.;0:e1802.
- [46] HAS. (page consultée le 7 février 2021). Comment améliorer la sortie de l’hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ?, [en ligne]. Juillet 2016. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>
- [47] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs. Paris: 2013.
- [48] HAS. (page consultée le 7 février 2021). Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, [en ligne]. Février 2004. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>
- [49] Morin L, Aubry R. Vingt-cinq années de développement de l’offre de soins palliatifs en France (1987–2013). *Médecine Palliative* 2015;14:134–141.
- [50] Colombet I. Revue systématique et méta-analyse en médecine palliative. *La presse médicale* 2015; 44 :e1-e11.
- [51] Suteau M. Howard S. Becker, Les ficelles du métier. La Découverte, Paris, 2002. *Sociol Trav* 2004;46:123–5.
- [52] Duchesne S. Pratique de l’entretien dit “non-directif.” PUF; 2000.
- [53] Jacquemin D, Jaud C, Mallet D, Richard J-F, Choteau B, Routier C. Entre conformité et créativité : application de la loi Leonetti en unité de soins palliatifs. *Médecine Palliat* 2013;12:313–21.
- [54] Micheau J, Molière É, Havette S. Enjeux pratiques et organisationnels de la fin de vie à l’hôpital. *Médecine Palliat* 2015;14:171–8.
- [55] Choudja Ouabo C, Faingnaert M. Délibération éthique : entre collégialité et interdisciplinarité, aide à la décision médicale en soins palliatifs pédiatriques. *Médecine Palliat* 2015;14:321–30.
- [56] Lassaunière J-M. Interdisciplinarité et clinique du soin. *Médecine Palliat* 2008;7:181–5.
- [57] Simard J. Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : entre idéal de soin et juste distance. *Frontières* 2014;26.
- [58] Vachon M. Stress des soignants en soins palliatifs : dernières recherches. *European J of Palliative Care* 1997; 4(3) :99-103.

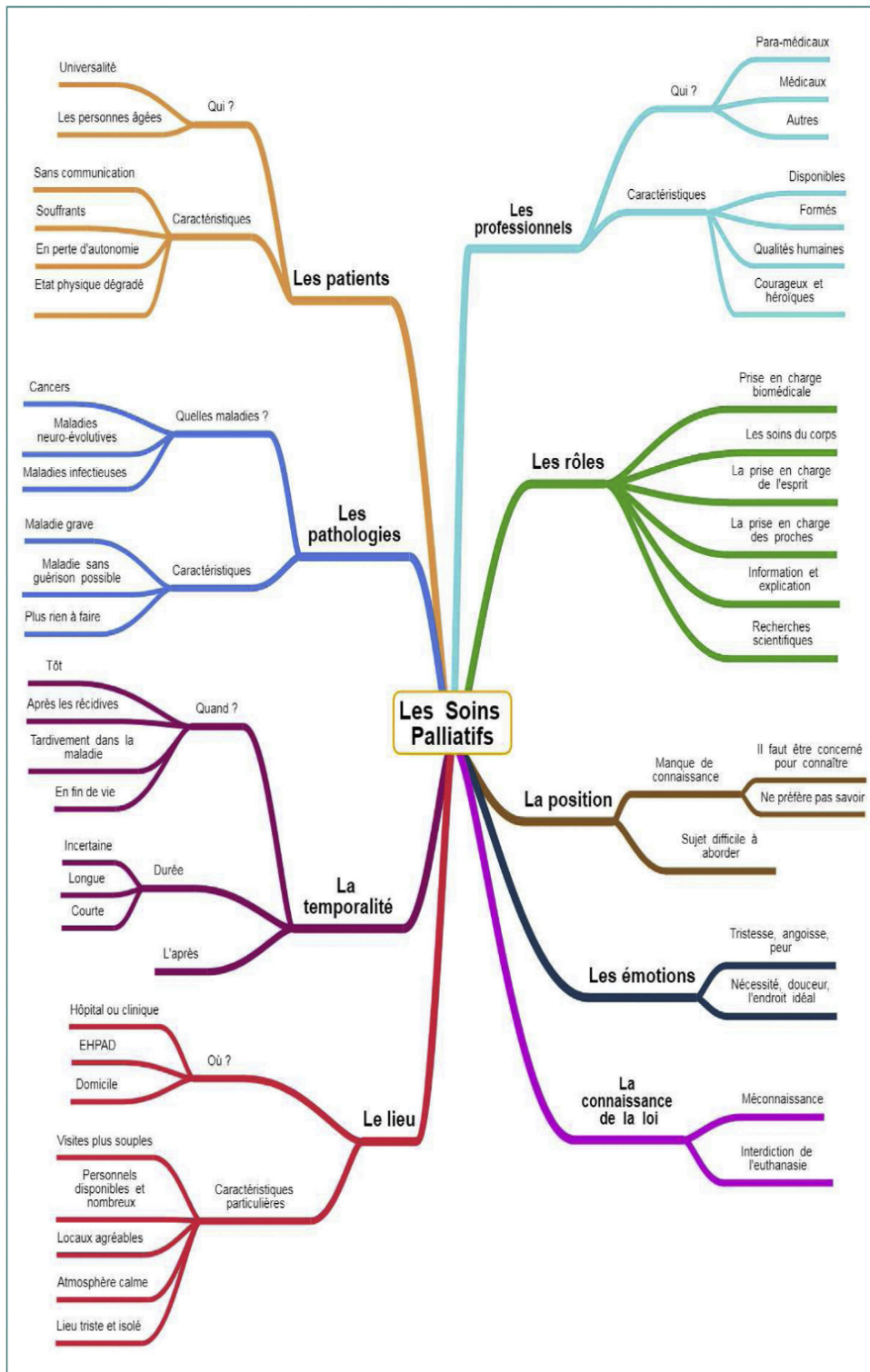
- [59] Lefebvre des Noettes V. Accompagner nos patients en fin de vie : un regard éthique et philosophique. *Rev Homéopathie* 2018;9:180–3.
- [60] Traverso V. *L'analyse des conversations*. Armand Colin. Paris: 2007.
- [61] Bardin L. *L'analyse de contenu*. PUF. Paris: 2013.



# Annexes

## Annexe 1 : Synthèse des représentations sociales associées aux mots « soins palliatifs »

Figure issue d'un article publié dans la revue de Médecine Palliative en 2019 [19]



Annexe 2 : Tableau obtenu après utilisation du thésaurus Mesh

MOT CLE	DESCRIPTEURS FRANÇAIS	TERMES FRANÇAIS	DESCRIPTEURS AMERICAIN	TERMES AMERICAINS
Soins palliatifs	Soins palliatifs	Soins de support palliatifs/ thérapie palliative/ traitement palliatif/ chirurgie palliative	Palliative care	Care, Palliative / Palliative Treatment / Palliative Treatments / Treatment, Palliative / Treatments, Palliative / Therapy, Palliative / Palliative Therapy / Palliative Supportive Care / Supportive Care, Palliative / Palliative Surgery / Surgery, Palliative
Soins terminaux	Soins terminaux	Terminal care	Soin terminal / Soins aux mourants / Soins de fin de vie / Soins en phase terminale	Care, Terminal / End of Life Care / Care End, Life / Care Ends, Life / Life Care End / Life Care Ends
Kinésithérapie	Kinésithérapie	Physical Therapy Specialty	Physiothérapie (spécialité)	Specialty, Physical Therapy / Therapy Specialty, Physical / Physiotherapy Specialty / Specialty, Physiotherapy

### Annexe 3 : Équations de recherche

Équation de recherche	Nombre d'articles obtenus	Nombre d'articles retenus	Nombre d'articles sélectionnés
Pubmed : (((physiotherapy) AND (palliative care)) AND (rehabilitation)) NOT (medical care). De 2010 à 2020	256	37	14
Science Direct : kinésithérapie ET soins palliatifs. Depuis 2010	244	52	25
Em Consult : kinésithérapie + soins palliatifs. Depuis 2010	14 128	30	17

### Annexe 4 : Questionnaire pré-enquête à destination des médecins responsables des USP

Madame, Monsieur, étudiante en kinésithérapie à l'IFMK Niçois, je réalise un mémoire de fin d'études sur le rôle des kinésithérapeutes au sein des USP en France. Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire, cela vous prendra moins de 5 minutes.

Vos réponses sont anonymes.

MK= Masseur-kinésithérapeute

- 1) Un (ou plusieurs) MK interviennent-ils au sein de votre USP ?
  - Oui
  - Non
  
- 2) Si la réponse précédente est oui, répondez aux questions suivantes :
  - Le (ou les) MK de votre structure est-il employé en tant que :
    - Salarié
    - Intervenant externe
  
  - Au sein de votre structure, vous disposez d'un MK présent :
    - Entre 1-2 jours par semaine
    - Entre 2-3 jours par semaine

- Entre 3-4 jours par semaine
- Entre 4-5 jours par semaine
- Plus de 5 jours par semaine
- Horaire aménagé : \_\_\_\_\_

- Selon vous, au sein de votre structure, le MK est un professionnel :
  - Totalement intégré au parcours de soins des patients en USP
  - Moyennement intégré
  - Peu intégré
  - Pas du tout intégré

3) Si vous ne disposez pas de kinésithérapeute, répondez aux questions suivantes :

- Disposez-vous d'un autre professionnel de rééducation ?
  - Oui
  - Non
- Si oui, citez lequel (ou lesquels) : \_\_\_\_\_
- Selon-vous, pourquoi votre USP ne dispose pas d'un MK dans votre USP ?
  - Un autre professionnel de rééducation fait le même travail que lui
  - Raison économique
  - Pas besoin de rééducateur dans cette structure
- Selon-vous, la présence d'un MK manque-t-elle au sein de votre structure ?
  - Oui
  - Non

4) Concernant le rôle des kinésithérapeutes au sein des USP :

- Pensez-vous que la présence d'un MK peut être un atout au sein des structures de soins palliatifs ?
  - Oui
  - Non
- Expliquez pourquoi en quelques mots :

---

---

---

5) Que pensez-vous qu'il faille améliorer concernant la place des kinésithérapeutes au sein des structures de soins palliatifs ?

---

---

---

---

Merci pour le temps que vous avez consacré à cette étude !

## Annexe 5 : Mail à destination des participants

Objet : Recherche de volontaires pour entretiens

Madame, Monsieur,

Actuellement en formation à l'IFMK Niçois, il m'est demandé d'effectuer dans ce cursus un travail de recherche dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état (DE) de masseur-kinésithérapeute. J'ai choisi d'orienter ce travail sur la compréhension du rôle du masseur-kinésithérapeute intégré au sein des Unités de Soins Palliatifs.

Après une revue de littérature qui s'intéressait plutôt aux recommandations, aux aspects législatifs ainsi que l'organisation actuelle dans ce domaine, j'aimerais désormais interroger des professionnels de différents corps médicaux pour étudier leur représentation du rôle du kiné.

Je suis donc à la recherche de personnes volontaires souhaitant participer à mon étude, de manière anonyme. Cela se formalisera par un entretien de type « semi-directif » selon nos disponibilités respectives.

Je reste disponible pour toute demande d'informations supplémentaires.

Je vous remercie de l'attention que vous me porterez.

Recevez, mes respectueuses salutations

## Annexe 6 : Entretien 1

Retranscription entretien 1

Interviewé : homme exerçant depuis 2 ans et demi au sein de l'USP en tant qu'infirmier diplômé d'état. Durée de l'interview : 19'44

1 **CM** : Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Je vais donc  
2 commencer ↑. La place des kinés est reconnue dans le domaine des soins palliatifs depuis 1996  
3 mais la littérature concernant la situation actuelle et leur intégration dans ce domaine reste peu  
4 fournie (.) J'ai donc réalisé un questionnaire pré-enquête que j'ai fait parvenir aux médecins  
5 responsables des USP en France et je me suis rendu compte que l'intégration des kiné était très  
6 inégale au sein de ces structures ↓ (.) Dans certaines USP, le kiné n'est présent que de manière  
7 ponctuelle, lorsque le médecin en fait la demande pour un patient particulier par exemple =  
8 Ainsi j'aimerais via notre entretien profiter de votre expérience de professionnel de santé  
9 travaillant au sein d'une USP qui dispose d'un kiné intégré à l'équipe pour déterminer votre

10 représentation du rôle de celui-ci ↓(.) Je vais vous poser une question assez large à laquelle vous  
11 pouvez répondre le plus spontanément possible, librement et les données recueillies resteront  
12 anonymes. Donc selon vous, comment le kiné participe au sein de votre USP ? ↑

13

14 **IDE :** Alors (.) comment il participe ? ↑ :::euh::: (.) ouais déjà dans un premier temps il  
15 est :::euh ::: il est présent sur les temps de transmission c'est-à-dire que il connaît les patients  
16 parce que déjà il y a une présentation des patients qui lui est faite comme pour tous les autres  
17 acteurs hum de l'équipe (.)↓. :::euh::: après pour ce qui est on va dire la mise en pratique de ce  
18 qu'il fait il y a donc de la kiné mobilisatrice avec des(.) on va dire sur le plan physique :::euh:::  
19 des exercices de renforcement musculaire :::euh::: (.) des exercices de reprise de marche  
20 etcetera des rééducation même au niveau respiratoire, récupération de souffle, de la kiné  
21 respiratoire pour des patients qui seront encombrés etcetera euh de l'éducation au TENS (2sec)  
22 donc en fait en gros il travaille sur à peu près, à peu près tous les symptômes qui peuvent être  
23 gênants pour des patients en fin de vie ↓. Il participe à la gestion de la douleur, alors il participe  
24 par des massages par de l'éducation au TENS, :::euh::: (.) par de l'exercice physique notamment  
25 pour les douleurs dorsales etcetera :::euh ::: donc pour les douleurs = pour je disais au niveau  
26 respiratoire, tout ce qui est encombrement, récupération de respiration, d'amplitude etcetera  
27 pour les patients qui souffrent d'insuffisance respiratoire, de dyspnée etcetera et dans un  
28 contexte très particulier où les gens pour la plupart sont amenés à décéder dans les quelques  
29 semaines à venir (.) et du coup le fait de se sentir privé d'air c'est :::euh::: très anxiogène  
30 donc :::euh::: comment dire (.) par le biais de la kinésithérapie, le fait de faire de la récupération  
31 de souffle etcetera leur permet d'avoir moins cette sensation de privation d'air↓. Déjà ils peuvent  
32 plus profiter de ce qu'ils font parce qu'ils ont plus de facilité à respirer et aussi ça permet  
33 de :::euh::: indirectement de calmer une espèce d'anxiété un peu latente par rapport à l'angoisse  
34 de mort. :::euh::: ensuite ensuite ensuite (2s) :::euh:::

35

36 **CM :** Donc en plus de tous les aspects techniques que vous venez de me citer, dans la prise en  
37 charge de la douleur tout ça, selon vous le kiné a aussi un rôle sur l'anxiété du patient ? ↑

38

39 **IDE :** Oui alors après :::euh::: il y a aussi un truc ↑ c'est que pour beaucoup de patients qui  
40 viennent ici, c'est des gens qui, pour beaucoup, ont été alités longtemps etcetera machin et euh  
41 alors déjà le fait d'arriver sur une question de palliatif euh inconsciemment ou dans les  
42 représentations collectives, ça annonce quand même que c'est la fin, que on se dirige très  
43 directement vers la mort ↓. :::euh::: le fait de pouvoir refaire, de reprendre les mobilisations, de

44 pouvoir se relever, faire des exercices etcetera, récupérer de l'autonomie c'est hyper important  
45 pour ces gens-là ↑ qui :::euh::: sur leur dernière période de vie ne veulent pas se sentir  
46 dépendants, ne veulent pas se sentir :::euh ::: (.) un objet de soins, ils restent dignes à leur façon  
47 en gardant une maîtrise sur des choses qui peuvent continuer à faire et le kiné il participe très  
48 largement d'un point de vue physique dans un premier temps et la répercussion psychologique  
49 que ça a = Le fait de garder l'autonomie donc une capacité à décider pour soi, à faire des choses  
50 pour soi :::euh::: j'ai dit donc le fait de réduire l'anxiété↓. Et après il y a un truc très particulier  
51 ↑, c'est que le kiné est hyper rassurant pour les patients :::euh::: alors à la fois il est très doux  
52 dans sa façon de toucher les gens, de les approcher etcetera et en même temps il est très  
53 contenant, donc ça c'est en particulier les transferts, les choses comme ça, les gens se sentent  
54 en sécurité = et du coup c'est parce que ils se sentent en sécurité qu'il y a une espèce de  
55 confiance un peu comme ça :::hum ::: (.) un truc qui n'est pas vraiment palpable en fait mais  
56 inconsciemment ils se sentent en confiance et ça va leur permettre de pouvoir démarrer des  
57 exercices avec lui en se sentant en sécurité↓. Et :::euh ::: et et et après :::hum :::

58

59 **CM :** Donc là on a beaucoup parlé des compétences techniques, de son rôle dans l'anxiété, dans  
60 la prise en charge émotionnelle, l'accompagnement ↓ (.) Mais selon vous, quelles sont les  
61 compétences donc non techniques que le kiné met à profit pour prendre en charge les patients  
62 ainsi que leur entourage plus au niveau psychologique ?

63

64 **IDE :** Alors ↑ :::euh ::: il y a le fait que, lorsque je disais qu'il était doux dans son approche  
65 c'est-à-dire que il y a une :::hum ::: il y a un lien, un soin relationnel qui se fait à chaque moment  
66 de partage avec le patient= il est très bienveillant, il leur explique :::euh ::: il leur explique  
67 posément ce que il a comme idée de travailler sur la séance, (.) il voit avec la personne si ça lui  
68 convient ou pas, si déjà la personne est disponible à ce moment ou pas et sinon il réadapte son  
69 organisation en fonction des rythmes de chacun ↓. C'est pas lui qui impose sa présence et les  
70 moments de séance ↑ :::euh ::: il explique bien en détails ce qu'il va faire etcetera en étant très  
71 précautionneux sur le fait de pas forcer les choses = s'il il sent que il y a une espèce de difficulté  
72 qui qui commence un petit peu à se présenter, (.) il va aller arrondir enfin comment dire, (.) il  
73 va diplomatiquement :::euh ::: écourter un petit peu la séance ou la faire dévier sur un autre type  
74 d'exercice etcetera pour que la personne ne se sente pas en échec= et du coup elle puisse garder  
75 ce truc là, re partir de cette base là sur la séance d'après et aller un peu plus loin comme ça au  
76 fur et à mesure des séances↓.

77

78 **CM** : D'accord, je vois (2s) donc il adapte les objectifs en fonction des patients et ne va pas  
79 chercher l'acharnement ?

80

81 **IDE** : Exactement ↑, il va réévaluer à chaque à chaque séance. Puis après, de façon plus globale,  
82 l'idée dans les prises en charge palliatives, c'est de faire des projets de soins personnalisés qui  
83 soient (.) personnalisés quoi qui soient le plus adapté à la personne ↓. Après ça évolue en  
84 fonction des fluctuations de l'état de santé des gens ↓ mais globalement l'idée c'est ça et le kiné  
85 du coup il est complètement là-dedans avec nous ↑ parce que on fait tous, si tu veux (2s) on fait  
86 nos transmissions, on dit « ah ok là untel il est en train de faire si ↑, untel il est en train de faire  
87 ça, lui il veut son petit déjeuner, :::euh ::: lui il va essayer de commencer sa toilette tout seul  
88 etcetera » et en fonction de ce que chacun :::hum ::: (2s) comment dire ↓. La façon dont on  
89 s'organise si tu veux :::euh ::: (.) lui il va intervenir à certains moments qui seront les plus  
90 propices etcetera = toujours en demandant à la personne si elle est disponible sur le coup ↓.  
91 Mais du coup on va avoir une espèce de d'organisation générale (.) il va pas y avoir un truc très  
92 cloisonné :::euh ::: avec d'abord c'est les soins de nursing ↑, ensuite les soins infirmiers, une  
93 fois que ça c'est fait comme ça c'est fait dans quasiment tous les services = ensuite les soins des  
94 intervenants extérieurs, parce que ici, il est intégré à l'équipe mais dans la plupart des services,  
95 c'est pas le cas. ↓ Et (2s) du coup on va tous s'organiser pour avoir une prise en charge globale  
96 et les projets de :::euh ::: de rééducation de récupération, peu importe sur quel thème bah du  
97 coup ça en fait partie, (.) ça fait partie du projet de soin pour une personne ↓.

98

99 **CM** : Donc vous dites que le kiné est vraiment intégré et contribue à l'interdisciplinarité de  
100 votre équipe ?

101

102 **IDE** : Oui, ici oui ↑ même complètement et puis même il y a beaucoup de, au niveau des  
103 transmissions, des staffs etcetera, où le kiné, au même titre que n'importe quel membre de  
104 l'équipe :::euh ::: intervient pour rapporter des éléments observés cliniquement ou des choses  
105 qui ont pu être partagés avec lui par un patient sur peu importe une problématique (2s)  
106 psychologique, sociale, enfin peu importe mais du coup c'est aussi un vecteur de remontée  
107 d'informations ↑ et :::euh ::: et (2s) en plus souvent les gens se confient beaucoup à lui (rires de  
108 l'IDE). Et puis je te dis il y a vraiment ce truc-là de de mise en confiance ↑, quand les gens se  
109 sentent en confiance, c'est très vrai avec le kiné du service et c'est globalement je trouve assez  
110 vrai avec les hommes en général :::euh ::: les gens se sentent en sécurité et quand ils sont en



111 sécurité ils se sentent aussi plus à l'aise pour parler. Enfin, c'est un truc que j'ai l'impression  
112 d'avoir observé après c'est pas dis que ce soit vrai. (rires)

113

114 **CM** : D'accord je comprends, et que pouvez-vous me dire sur le rôle du kiné auprès de  
115 l'entourage des patients ? Est-ce qu'il intervient aussi dans cette prise en charge, dans ce contact  
116 avec l'entourage, qui est importante dans les soins palliatifs notamment ?

117

118 **IDE** : Oui ↑ (2s) alors je vais rester sur ce que j'observe ici :::eu ::: il a une approche très  
119 avenant (.) très sympathique avec les patients, du coup le fait que les patients se sentent à l'aise  
120 avec lui souvent quand il y a l'entourage qui vient les visiter etcetera, (.) ils en parlent du kiné,  
121 (2s) et quand l'entourage vient, souvent il est présenté à la famille etcetera « ah c'est lui machin  
122 il m'a fait faire ça, regarde comment j'ai réussi à faire ci ou ça machin donc du coup déjà il a  
123 une espèce de (.) position un peu particulière et :::euh ::: et (2s) après puis après souvent  
124 quand :::hum ::: quand il y a des patients qui sont vraiment sur :::hum :::une fin de vie  
125 imminente, on parle d'agonie↓. Sur une agonie par exemple, le fait de, d'avoir quelqu'un qui  
126 s'encombre beaucoup, le fait de voir le kiné venir lever cet encombrement ↑, et les gens le  
127 perçoivent rapidement puisque les espèces de « bloublou » ils s'estompent très vite et du coup  
128 les gens ça les :::euh ::: comment dire (2s) à la fois ça les rassure de voir que le kiné machin il  
129 arrive à soulager quelque chose de très gênant pour la personne etcetera (2s) même si c'est  
130 surtout plus gênant pour l'entourage ↓ et en plus il prend beaucoup de temps pour expliquer  
131 à la famille ce qui se passe, pourquoi le, dans quel processus ça s'inscrit :::euh ::: qu'est-ce qu'il  
132 fait = les rassurer sur le fait que les gestes qu'il va pratiquer sont pas des gestes qui vont être  
133 douloureux etcetera et du coup c'est rassurant pour les gens parce que concrètement quand t'as  
134 des gens qui sont en fin de vie, l'entourage, globalement les seuls trucs qu'ils veulent à  
135 part :::euh ::: (.) idéalement que la personne reste en vie mais sinon c'est surtout le fait que elle  
136 soit, qu'elle souffre pas, qu'elle ait pas de douleurs, qu'elle n'ait pas de choses qui (2s) le gêne  
137 ou les gêne eux↓. Le bruit de l'encombrement ça fait partie des choses qui gênent l'entourage↓.  
138 Mais voilà du coup idéalement si tout est contrôlé, tout est pour certains trucs un peu camouflé  
139 tu vois bah ça va tu vois ↑. Du coup le kiné participe aussi vachement à ça↓. Donc oui c'est de  
140 l'accompagnement aux proches (2s) après bien évidemment il ne fait pas de pas de soins de  
141 première ligne à quelqu'un d'autre que le patient.

142

143 **CM** : D'accord je vois, donc selon vous, le kiné au sein de cette USP, il intervient dans plusieurs  
144 axes, il a une prise en charge plutôt globale et il participe aux prises de décisions ?

145

146 **IDE** : Oui alors de toute façon :::euh::: je veux dire qu'il le veuille ou non c'est un peu le jeu de  
147 la prise en charge en palliatif ↑ C'est que tous les :::euh ::: le projet est axé sur les dimensions  
148 physiques, psychologiques, sociales et spirituelle↓. Peu importe qui dans l'équipe, qu'il le  
149 veuille ou non, il est obligé de s'inscrire là-dedans pour que ça roule↑, pour que ça tourne et  
150 qu'on soit tous :::euh ::: pertinents et cohérents dans ce qu'on fait = donc le kiné en fait partie  
151 aussi effectivement, avec ce que tu viens de dire :::euh :::du coup ça m'a fait penser à un truc↑.  
152 Par exemple les réunions en équipe, les décisions de limitation ou d'arrêt de traitement, (.) les  
153 décisions de d'induction de sédation c'est-à-dire le fait d'endormir des personnes de façon  
154 temporaire ou jusqu'à la mort :::euh ::: alors ça reste une décision médicale on est bien  
155 d'accord ! Mais chacun euh chacun donne son (2s) alors c'est pas son ressenti :::euh ::: disons  
156 remonte les informations que lui a pu observer cliniquement de la personne, de son entourage,  
157 (.) et du coup le kiné remonte beaucoup de choses aussi. Donc ça contribue aussi effectivement  
158 aux prises de décision euh on appelle ça à la suite de réunions collégiales ↑, alors il y a le côté  
159 très éthique machin jusqu'où on va ? Juste qu'où on va pas etcetera où est-ce qu'on s'arrête  
160 etcetera machin et puis il y a aussi le côté réglementaire :::euh ::: il y a certaines choses comme  
161 les décisions de sédation elles sont validées par le médecin à l'issue de réunions collégiales. (.)  
162 Une réunion collégiale si :::euh ::: comment dire il y a débat ↑ ça peut durer longtemps (.) parce  
163 qu'il faut que vraiment que tout le monde soit raccord, c'est pas une histoire de de  
164 vouloir :::hum ::: imposer son opinion aux autres ou quoi machin hein, ça reste c'est une  
165 discussion mais :::euh ::: l'idée c'est que tout le monde soit à peu près raccord et le kiné en fait  
166 partie ! Si :::euh ::: si une décision est prise alors que ça a pas été posé suffisamment en réunion  
167 collégiale, ça va poser des problèmes pour la suite de la prise en charge du patient et de son  
168 entourage, (2s) et pour le kiné et pour tout le monde donc :::euh ::: voilà↓.

169

170 **CM** : Je comprends oui, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose votre ressenti personnel  
171 du rôle du kiné au sein de cette USP ou sur quelque chose que nous n'avons pas évoqué ?

172

173 **IDE** : :::Euh ::: ici vraiment le kiné est très compétent, il est très compétent↑. Et il y a un truc  
174 dont on n'a pas parlé, c'est l'encadrement des étudiants parce que (.) régulièrement, il... il est  
175 accompagné d'étudiants kiné et :::euh ::: ouais donc il y a ce truc et (.) puis ça se sent quand  
176 il encadre, il y a ce truc de transmission, tu sais de vouloir montrer quelque chose d'un peu  
177 différent, de vouloir transmettre des petites astuces, des petits trucs machin, il y a ce cet esprit

178 de transmission et qui est très qui es très présent je trouve et :::euh ::: très important en soins  
 179 palliatifs :::euh :::voilà↓. Vous avez de quoi faire je pense. (rires)  
 180  
 181 C : C'est super c'est bon pour moi, en tout cas je vous remercie vraiment de cette participation !

Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 1

THEMES	INDICATEURS	OCCURENCES	INTERPRETATION
<b>Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP</b>	Douleur	- 1.21 « de l'éducation au TENS » - 1.23 « il participe à la gestion de la douleur » -1.23 « il participe par des massages » -1.23 « par de l'éducation au TENS » -1.24 « par de l'exercice physique notamment pour les douleurs dorsales »	25 occurrences dans cette catégorie. - 5 occurrences positives pour la douleur du patient - 3 occurrences positives pour le confort -8 occurrences positives pour l'autonomie - 9 occurrences positives pour la fonction respiratoire  → Selon l'interviewé, le MK intervient dans la plupart des symptômes rencontrés au sein de l'USP. Il semble accorder une importance particulière à la reprise d'autonomie et à la prise en charge respiratoire. Il les a évoqués à de nombreuses reprises.
	Confort	- 1.18 « il y a donc de la kiné mobilisatrice avec (...) sur le plan physique (...) des exercices de renforcement musculaire... » - 1.22 « en gros il travaille sur à peu près tous les symptômes qui peuvent être gênants pour des patients en fin de vie » - 1.31 « ils peuvent plus (+) profiter de ce qu'ils font »	
	Autonomie	- 1. 19 « des exercices de reprise de marche » - 1.43 « le fait de pouvoir refaire » -1.43 « reprendre les mobilisations » -1.43 « pouvoir se relever » -1.44 « faire des exercices » -L.44 « récupérer de l'autonomie c'est hyper important pour ces gens-là » -1.47 « le kiné il participe très largement d'un point de vue physique » - 1.49 « le fait de garder l'autonomie donc une capacité à décider pour soi, à faire des choses pour soi »	
	Fonction respiratoire	- 1.20 « des rééducations même au niveau respiratoire » -1.20 « récupération de souffle » -1.20 « de la kiné respiratoire pour des patients qui seront encombrés » - 1. 25 « au niveau respiratoire, tout ce qui est encombrement » -1.25 « récupération de respiration, d'amplitude » -1.27 « pour les patients qui souffrent d'insuffisance respiratoire, de dyspnée » - 1.30 « faire de la récupération de souffle etcetera leur permet d'avoir moins cette sensation de privation d'air » -1.32 « ils ont plus de facilité à respirer »	

		-1.125 « le fait d'avoir quelqu'un s'encombre beaucoup, le fait de voir le kiné lever cet encombrement »	
<b>Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP</b>	Cohérence et complémentarité des soins	<p>- 1.85 « le kiné du coup il est complètement là-dedans avec nous (...) on fait nos transmissions (...) la façon dont on s'organise (...) il va intervenir dans les moments qui seront le plus propices »</p> <p>- 1.91 « on va avoir une espèce d'organisation générale (...) pas un truc très cloisonné (...) parce que ici il est intégré à l'équipe mais dans la plupart des services c'est pas le cas »</p> <p>- 1.95 « on va tous s'organiser pour avoir une prise en charge globale »</p> <p>-1.96 « les projets de rééducation de récupération, (...) ça fait partie du projet de soins »</p> <p>-1.149 « il est obligé de s'inscrire là-dedans pour que ça roule, pour que ça tourne et qu'on soit tous pertinents et cohérents dans ce qu'on fait »</p> <p>-1.150 « donc le kiné en fait partie effectivement »</p>	<p>20 occurrences dans cette catégorie.</p> <p>-6 occurrences positives concernent la cohérence des soins. L'organisation de l'équipe permet de proposer un projet de soin personnalisé et cohérent pour chaque patient et le MK a son rôle à jouer dans cette organisation selon lui.</p> <p>-14 occurrences positives sont relatives aux concertations collégiales au sein de son unité de soins palliatifs.</p> <p>L'interviewé a particulièrement insisté sur les prises de décisions effectuées lorsque tout le monde est en raccord.</p> <p>-0 occurrence sur l'esprit d'équipe</p>
	Concertations collégiales	<p>- 1.15 « il est présent sur les temps de transmission »</p> <p>-1.102 « au niveau des transmissions, des staffs, le kiné (...) intervient pour rapporter des éléments observés cliniquement ou des choses qui ont pu être partagés avec lui par un patient sur peu importe une problématique psychologique, sociale, enfin peu importe »</p> <p>- 1.106 « c'est un vecteur de remontée d'informations »</p> <p>- 1.152 « les réunions en équipe »</p> <p>-1.152 « les décisions de limitation ou d'arrêt de traitement »</p> <p>-1.153 « les décisions d'induction de sédation »</p> <p>-1.154 « ça reste une décision médicale (...) mais chacun remonte les informations que lui a pu observer cliniquement de la personne, de son entourage »</p> <p>-1.157 « du coup le kiné remonte beaucoup de choses aussi »</p> <p>- 1.157 « donc ça contribue aux prises de décisions (...) à la suite de réunions collégiales »</p> <p>- 1.158 « il y a le côté très éthique (...) puis il y a aussi le côté réglementaire »</p> <p>-1.160 « certaines choses comme les décisions de sédation elles sont validées par le médecin à l'issue de réunions collégiales »</p> <p>- 1.163 « une réunion collégiale (...) il faut que vraiment tout le monde soit raccord »</p> <p>-1.164 « ça reste une discussion mais l'idée c'est que tout le monde soit à peu près raccord et le kiné en fait partie »</p> <p>-1.166 « si une décision est prise alors que ça a pas été posé suffisamment en réunion collégiale, ça va poser des problèmes pour la suite de la prise en charge du</p>	<p>→ Selon lui, le MK est totalement intégré au sein de son équipe pluridisciplinaire. Il est un vecteur important de remontée d'informations car il entretient une relation de confiance avec le patient. Toutes les informations sont importantes pour pouvoir prendre des décisions concernant le projet de soins du patient.</p> <p>L'interdisciplinarité permet de coordonner plus facilement les soins et de les rendre plus pertinents.</p>

		patient et de son entourage, et pour le kiné et pour tout le monde »	
	Esprit d'équipe et partage		
<b>Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques</b>	Communication et relationnel	<p>-1.51 « le kiné est hyper rassurant pour les patients »</p> <p>-1.51 « il est très doux dans sa façon de toucher les gens, de les approcher »</p> <p>- 1.53 « il est très contenant (...) pour les transferts (...) les gens se sentent en sécurité »</p> <p>-1.54 « c'est parcequ'ils se sentent en sécurité qu'il y a une espèce de confiance un peu comme ça »</p> <p>-1.55 « un truc qui n'est pas vraiment palpable en faite mais inconsciemment ils se sentent en confiance »</p> <p>- 1.57 « ça va leur permettre de pouvoir démarrer des exercices avec lui en se sentant en sécurité »</p> <p>- 1.65 « il y a un lien, un soin relationnel qui se fait à chaque moment de partage avec le patient »</p> <p>-1.66 « il est très bienveillant (...) il leur explique posément ce qu'il a comme idée de travailler sur la séance »</p> <p>- 1.107 « souvent les gens se confient beaucoup à lui (...) il y a ce truc-là de mise en confiance »</p> <p>- 1.108 « quand les gens se sentent en confiance, c'est très vrai avec le kiné du service »</p> <p>- 1.111 « quand ils sont en sécurité ils sont plus à l'aise pour parler »</p> <p>-1.118 « il a une approche très avenante, très sympathique avec les patients »</p> <p>-1.119 « le fait que les patients se sentent à l'aise avec lui »</p>	<p>35 occurrences dans cette catégorie.</p> <p>-13 occurrences positives concernant la communication et le relationnel. L'interviewé a insisté sur la sécurité et sur la confiance. Le MK met les patients en sécurité, les rassure, ce qui va créer un lien particulier selon lui. (4 répétitions du mot confiance, 2 fois le terme se sentir en sécurité, une fois le terme se sentir à l'aise)</p> <p>-6 occurrences autour du non-acharnement et de l'adaptation des soins par le MK. Il a insisté sur la volonté du patient, le MK ne réalise ses séances qu'avec accord préalable du patient et s'adapte au fur et à mesure en fonction de son état de santé.</p> <p>-16 occurrences autour du soutien du patient et des aspects psychologiques dans lesquels le MK intervient. Le MK permet selon lui d'accompagner le patient mais également son entourage. Il fait référence à de</p>
	Non acharnement et réadaptation	<p>- 1.67 « il voit avec la personne si ça lui convient ou pas, si déjà la personne est disponible »</p> <p>-1.68 « sinon il réadapte son organisation en fonction des rythmes de chacun »</p> <p>- 1.70 « c'est pas lui qui impose sa présence et les moments de séance »</p> <p>- 1.71 « il explique bien en détails ce qu'il va faire en étant très précautionneux sur le fait de pas forcer les choses »</p> <p>- 1.81 « il va réévaluer à chaque séance (...) faire des projets de soins personnalisés (...) en fonction des fluctuations de l'état de santé des gens »</p> <p>- 1.90 « toujours en demandant à la personne si elle est disponible sur le coup »</p>	

	<p>Soutien émotionnel et psychosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.29 « le fait de se sentir privé d'air c'est très anxiogène (...) ça permet de (...) calmer une espèce d'anxiété un peu latente par rapport à l'angoisse de mort »</li> <li>- 1.41 « arriver sur une question de palliatifs (...) dans les représentations collectives ça annonce quand même que c'est la fin, qu'on se dirige très directement vers la mort »</li> <li>- 1.45 « sur leur dernière période de vie ne veulent pas se sentir dépendants (...) ne veulent pas se sentir un objet de soins »</li> <li>- 1.46 « ils restent dignes à leur façon en gardant une maîtrise sur des choses qu'ils peuvent continuer à faire »</li> <li>- 1.48 « la répercussion psychologique que ça a »</li> <li>- 1.50 « le fait de réduire l'anxiété »</li> <li>- 1.71 « s'il sent que il y a une espèce de difficulté (...) il va écourter un petit peu la séance ou la faire dévier sur un autre type d'exercice pour que la personne ne se sente pas en échec »</li> <li>- 1.74 « elle puisse garder ce truc là, repartir de cette base là sur la séance d'après et aller un peu plus loin comme ça au fur et à mesure des séances »</li> <li>- 1.120 « quand il y a l'entourage (...) ils en parlent du kiné (...à souvent il est présenté à la famille (...) il a une espèce de position un peu particulière »</li> <li>- 1.126 « ça les rassure de voir que le kiné arrive à soulager quelque chose de très gênant pour la personne (...) même si c'est surtout plus gênant pour l'entourage »</li> <li>- 1.130 « il prend beaucoup de temps pour expliquer à la famille ce qui se passe pourquoi le, dans quel processus ça s'inscrit, qu'est-ce qu'il fait »</li> <li>- 1.132 « les rassurer sur le fait que les gestes qu'il va pratiquer ne sont pas des gestes qui vont être douloureux »</li> <li>- 1.133 « c'est rassurant pour les gens »</li> <li>- 1.134 « l'entourage (...) les trucs qu'ils veulent (...) qu'elle ne souffre pas, qu'elle n'ait pas de choses qui le gêne ou les gêne eux (...) »</li> <li>- 1.137 « le bruit de l'encombrement ça fait partie des choses qui gêne l'entourage »</li> <li>- 1.139 « le kiné participe aussi vachement à ça, donc oui c'est de l'accompagnement aux proches »</li> </ul>	<p>nombreuses reprises à l'anxiété, le MK intervient pour rassurer les familles par différents moyens.</p> <p>→Selon l'interviewé, le MK a un grand rôle dans le soutien psychologique du patient. Il a insisté à plusieurs reprises sur la relation de confiance qu'il instaure et sur le lien qu'il entretient avec les familles. Plusieurs fois, il évoque des traits caractéristiques au MK du service, on retrouve les adjectifs relatifs à la douceur et à la sympathie.</p>
--	---	---	--

## Annexe 7 : Entretien 2

### Retranscription entretien 2

Interviewé : femme exerçant depuis 3 ans et demi au sein de l'USP en tant qu'aide-soignante, DPC de soins palliatifs et formation d'accompagnateur en fin de vie. Durée de l'interview : 13'27.

1 **CM** : Alors déjà je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Je vais commencer  
2 par une petite introduction. La place de kiné est reconnue dans le domaine des soins palliatifs  
3 depuis 1996 mais la littérature concernant la situation actuelle et leur intégration est peu fournie.  
4 J'ai donc réalisé un questionnaire pré-enquête que j'ai fait parvenir aux médecins responsables  
5 des USP en France et je me suis rendue compte que l'intégration des kinés était très inégale au  
6 sein de ces structures. Dans certaines USP, le kiné intervient seulement de manière ponctuelle,  
7 lorsque le médecin le demande pour un patient en particulier par exemple. Ainsi j'aimerais via  
8 notre entretien profiter de votre expérience de professionnel de santé travaillant au sein d'une  
9 USP qui dispose d'un kiné intégré à la structure pour déterminer votre représentation du rôle de  
10 celui-ci dans ces structures. Je vais vous poser une question assez large à laquelle vous pouvez  
11 répondre le plus spontanément possible, librement et les données recueillies resteront  
12 anonymes. Donc, comment pensez-vous que le kiné participe au sein de votre USP ?

13  
14 **AS** : Comment il participe ↑ bah il est essentiel ↑ (.) il est essentiel pour nous (.) pour les patients  
15 ↓ (.) Parce qu'on a beaucoup de patients qui arrivent qui n'ont pas été levés depuis longtemps,  
16 qui sont alités voilà (.) qui sont au fauteuil beaucoup de gens :::euh ::: (2s) on a besoin de lui  
17 déjà pour les premiers levés pour :::euh ::: redonner confiance aux gens dans la marche (.) pour  
18 des accompagnements des fois tout simple ↑ :::euh ::: que ce soit à la salle de bain ou ne serait-  
19 ce que au toilette ou ne serait-ce que marcher un petit peu dans le couloir :::euh::: ça c'est son  
20 premier rôle et puis son deuxième rôle c'est au niveau des touchers détente aussi qu'il va pouvoir  
21 faire que ce soit sur des massages drainants ou bien ne serait simplement que de  
22 détente :::euh ::: (.) c'est énormément apprécié par les patients ↑ c'est c'est sécurisant pour eux  
23 ↓ (3s) après y'a aussi pour les patients qui ont des problèmes respiratoires ou d'encombrement  
24 bah chez nous c'est essentiel ↓

25  
26 **CM** : D'accord donc là vous avez parlé plutôt des compétences je dirais plutôt techniques du  
27 kiné, maintenant j'aimerais savoir si le kiné intervient au niveau psychologique ?

28

29 **AS** : Ah bah oui ↑ comme tout le monde ici hein = ici tout le monde intervient que ce soit le  
30 kiné, l'ASH, l'aide-soignante, l'infirmière = tout le monde intervient (.) la moindre information  
31 que tu peux récolter :::euh ::: auprès d'un patient :::euh ::: (2s) le patient va pas forcément se  
32 confier à celui qu'on croit (rires de l'interviewé) et des fois il va livrer des informations comme  
33 ça très importantes que ce soit le kiné ou pas ou quelqu'un d'autre voilà quoi.

34

35 **CM** : Tout à l'heure vous m'avez parlé de la prise en charge pour redonner confiance au patient,  
36 vous pouvez m'en dire plus ?

37

38 **AS** : Alors :::euh ::: (2s) à partir du moment par exemple sur un patient qui n'arrive pas à se  
39 lever qui n'arrive pas à se verticaliser rien que ça ↑ se verticaliser ↑ :::euh ::: quand il les  
40 verticalise bah :::euh ::: les patients reprennent confiance, reprennent un peu d'autonomie (.)  
41 « non j'arriverai jamais à marcher ↑ » bah si ! hop avec un déambulateur on arrive un petit peu  
42 à marcher (2s) après au niveau de l'anxiété il peut intervenir voilà il y aura un toucher détente  
43 par exemple qu'il va faire pour quelqu'un = et qu'il va se livrer aussi à ce moment-là qui va  
44 parler = ou qui va pleurer = ou parce qu'on ne l'a pas touché aussi depuis longtemps :::euh :::  
45 et même si c'est pas le seul qui fait des touchers détente ici (.) parce qu'on en fait tous mais le  
46 kiné est essentiel ↓

47

48 **CM** : Je comprends oui, et que pouvez-vous me dire sur la prise en charge au niveau de  
49 l'accompagnement, au niveau de l'entourage du patient ?

50

51 **AS** : bah en général les soins sont plus centrés sur le patient après y'a le côté  
52 relationnel :::euh ::: ça c'est un peu oui ça dépend du tempérament de la personne aussi voilà si  
53 c'est quelqu'un qui s'intéresse ou quoi mais le fait qu'il soit là tous les jours c'est rassurant parce  
54 que voilà imagine si on leur dit « bon beh voilà le kiné revient dans 3 jours il revient la semaine  
55 prochaine ! » Ah bah pour le patient c'est la catastrophe ↑ il s'est verticalisé ou il s'est assis ou  
56 il est allé quelque part et là s'il n'est pas là (2s) alors que là je lui dis « non il revient demain  
57 vous inquiétez pas il est là tout le temps = il est là tous les jours pour vous faire marcher ! »  
58 alors là il y a un processus qui peut se mettre en en route de (2s) même pas de guérison= mais  
59 en tout cas d'amélioration et d'objectifs voilà c'est c'est très important la continuité des soins et  
60 voilà quoi on le voit bien que quand il est pas là les patients sont pas motivés ↓.

61



62 **CM** : Quand vous parlez de continuité, vous parlez également d'ajustement, d'adaptation des  
63 soins de la part du kiné ?

64 **AS** : exactement ↑ voilà malheureusement chez nous c'est très spécifique :::euh ::: durant la  
65 journée ou d'un jour à l'autre même il y a tout qui peut qui peut changer donc oui il s'adapte  
66 complètement ↓.

67

68 **CM** : Maintenant j'aimerais que vous me parliez du rôle du kiné dans l'interdisciplinarité de  
69 votre équipe, il contribue dans cet aspect également ?

70

71 **AS** : et bah oui ↑ (2s) et bah il a le rôle du kiné quoi (rires) en faite ici tout le monde intervient  
72 c'est ce que je te disais tout à l'heure pendant les transmissions il va être capable de nous dire  
73 ben voilà tel patient m'a livré telle information :::euh ::: (.) ils les accompagne ou il va les  
74 accompagner dehors = il va passer un moment privilégié avec eux donc forcément il va nous  
75 ramener des informations qui vont être importantes pour nous donc il participe aux prises de  
76 décisions ↓.

77

78 **CM** : J'aimerais qu'on revienne un petit peu sur les aspect éthiques et psychologiques dans  
79 lesquels le kiné intervient au sein de votre USP, est-ce que de par son sa profession il a un lien  
80 spécifique avec le patient ?

81

82 **AS** : Bien sûr (rires de l'interviewé) moi ça me paraît tellement évident ↑ mais c'est vrai que  
83 oui bien sûr après ça dépend de la psychologie du kiné que t'as parce que si c'est t'as un bourrin  
84 bon bah t'as pas de chance (rires) mais ici tu vois on a un kiné qui est très sympa = qui s'intéresse  
85 beaucoup aux gens = qui s'intéresse aussi aux familles= qui prend le temps donc bien sûr ↑ (.)  
86 C'est ce que je te disais quand quand il partage un moment d'intimité :::euh ::: avec quelqu'un  
87 parce que souvent quand il intervient il va intervenir seul dans la chambre ou sauf si nous on a  
88 besoin d'aide il va venir nous aider c'est c'est aidant pour nous aussi hein parce qu'on fait pas  
89 tous un mètre 90 et 95 kilos donc quand y'a des patients à remonter tout ça bah il est très aidant  
90 pour nous mais tout ça pour dire que je sais plus ce que je te disais (2s) ah oui voilà quand il  
91 passe un moment privilégié avec un patient forcément le patient il va se confier (2s) il va dire  
92 des choses = il va changer aussi parce qu'il va réussir = il va retrouver de l'autonomie donc il  
93 va retrouver de la confiance donc euh voilà et le toucher aussi extrêmement important dans le  
94 massage donc y'a pas que que la mobilisation ↓ et le toucher souvent bah les gens quand ils  
95 arrivent chez nous il y a un parcours de soins qui est très très loin derrière ↓ (2s). Les gens ne

96 sont pas touchés à l'hôpital ↑ (.) à part sur des soins invasifs qui font mal et (.) les toilettes  
97 intrusives :::euh ::: mais le toucher en soi (.) re délimiter ton corps :::euh ::: prendre soin = se  
98 détendre = dénouer les tensions voilà c'est c'est très important (2s) et pour un malade qui est  
99 qui est plus touché = qui n'a plus conscience vraiment de de son corps et des limites de son  
100 corps c'est important ça c'est vraiment une part essentiel chez nous.

101

102 **CM** : Donc selon-vous, le suivi a son importance ?

103

104 **AS** : C'est essentiel ! D'ailleurs si il pouvait être là le week-end ce serait bien aussi (rires) tu  
105 pourras lui passer le message si il pouvait être là le week-end ça serait bien pratique non mais  
106 oui toute façon là on a des kinés de garde quoi mais ils vont pas venir pour nous aider ou pour  
107 faire un massage toucher détente hein voilà ils viennent parce qu'il y a une urgence respiratoire  
108 voilà mais (3s) mais oui c'est essentiel (.) La continuité du soin, on ne s'interrompt pas= parce  
109 que ils peuvent mourir à tout bout de champ hein n'importe quand donc non on va pas attendre  
110 la semaine prochaine que le kiné il revienne ! Là il connaît vraiment le le suivi des patients il  
111 les connaît parce qu'il est là avec nous aux réunions comme tout le monde hein = chez nous  
112 c'est c'est obligatoire (.) deux fois par jour donc je peux te dire que tu le connais ton patient à  
113 force hein ! (2s) Même si t'en apprends tous les jours (.) ça fluctue très rapidement il faut  
114 réévaluer tout le temps (.) on passe notre temps à ça ↓ tu vois par exemple tout ce qu'on a dit  
115 aujourd'hui la pendant de 2 heures bah demain tout sera peut-être changé et n'aura servi à rien  
116 donc on passe notre temps à s'adapter= à ré-adapter ↓.

117

118 **CM** : Est-ce que vous auriez une remarque pour conclure sur le rôle du kiné ou sur quelque  
119 chose qu'on n'aurait pas abordé ?

120

121 **AS** : Bah moi je dis qu'il devrait s'occuper un peu plus du personnel ↑ (rires) parce que tu vois  
122 on a des tensions et nous on est un peu négligés (rires) bon non je disais bah le kiné c'est  
123 obligatoire (.) obligatoire = ça fait partie de l'équipe comme la diététicienne, le psy et on est sur  
124 une prise en charge globale (.) c'est c'est nécessaire enfin je veux dire ça fait partie du  
125 soin :::euh ::: nous le kiné il va pas te lever le patient 5 minutes lui faire faire le tour du lit (2s)  
126 il y a une grosse part psychologique aussi qui entre en jeu :::euh ::: de relation de  
127 confiance :::euh ::: et voilà lui il est là tous les jours alors que nous on est on est moins là, on  
128 est là en 12 heures donc il y a des roulements (.) on a beaucoup de repos compensatoire parce  
129 qu'on est là du matin au soir et le kiné bah voilà je sais pas quels sont ses horaires exactement

130 mais il doit venir de 9h à 17h00 un truc comme ça bon mais il est là tous les jours ↑ donc c'est  
 131 un repère aussi parce qu'il a suivi tous les jours avec le patient ! Et nous on le voit hein les  
 132 patientes = les patients adorent le kiné enfin je veux dire (.) ils l'attendent, ils sont très contents  
 133 de le voir, il est là que pour leur faire du bien ↑ contrairement à nous où des fois on va faire des  
 134 soins qui vont être des fois un peu plus complexes mais lui il est forcément dans le bien-être  
 135 enfin « je vais vous accompagner, on va sortir, je vais vous accompagner faire ci ça enfin voilà  
 136 donc :::euh ::: c'est nécessaire (.) et le fait qu'il soit là tout le temps (2s) fait qu'il peut créer un  
 137 lien aussi :::euh ::: plus fort↓.

138

139 **CM :** D'accord et bien c'est super c'est bon pour moi je vous remercie encore pour votre  
 140 participation !

### Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 2

THEMES	INDICATEURS	OCCURENCES	INTERPRETATION
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP	Douleur	- 1.97 « le toucher en soi, re-délimiter ton corps, prendre soin, se détendre, dénouer les tensions voilà c'est c'est très important »	9 occurrences dans cette catégorie - 1 occurrence autour de la prise en charge de la douleur - 4 occurrences relatives au confort du patient - 3 occurrences sur l'autonomie - 1 occurrence concernant la fonction respiratoire  → Le MK semble intervenir dans la PEC de plusieurs symptômes du patient. Néanmoins, au cours de l'entretien, nous aurions dû plus relancer l'interviewée sur les compétences techniques du MK dans la PEC des patients de l'USP car elle n'a pas cité beaucoup d'exemples. Il semble que l'autonomisation du patient représente une grande part de son travail, le confort a aussi été
	Confort	- 1.20 « au niveau des touchers détente » -1.21 « que ce soit sur des massages drainants ou bien ne serait simplement que de détente c'est énormément apprécié par les patients c'est sécurisant pour eux » -1.93 « le toucher aussi extrêmement important dans le massage donc y'a pas que que la mobilisation » - 1.133 « lui il est forcément dans le bien être enfin je vais vous accompagner, on va sortir, je vais vous accompagner faire ci, ça »	
	Autonomie	- 1.17 « pour redonner confiance aux gens dans la marche pour des accompagnements des fois tout simple (...) que ce soit à la salle de bain ou ne serait-ce qu'aux toilettes ou ne serait-ce que marcher un petit peu dans le couloir » - 1.40 « ils reprennent un peu d'autonomie non je n'arriverai jamais à marcher bah si hop avec un déambulateur on arrive un petit peu à marcher » - 1.92 « il va retrouver de l'autonomie donc il va retrouver de la confiance »	
	Fonction respiratoire	- 1.23 « pour les patients qui ont des problèmes respiratoires ou d'encombrement bah chez nous c'est essentiel »	

			abordé à plusieurs reprises avec le toucher qui a une grande importance en soins palliatifs.
Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP	Cohérence et complémentarité des soins	<p>- 1.108 « La continuité du soin, on ne s'interrompt pas »</p> <p>-1.109 « ils peuvent mourir à tout bout de champ hein n'importe quand donc non on ne va pas attendre la semaine prochaine que le kiné il revienne ! »</p> <p>-1.110 « Là il connaît vraiment le suivi des patients, il les connaît parce qu'il est là avec nous aux réunions »</p> <p>- 1.113 « ça fluctue très rapidement il faut réévaluer tout le temps on passe notre temps à ça »</p> <p>-1.116 « on passe notre temps à s'adapter, à réadapter »</p> <p>- 1.122 « le kiné c'est obligatoire (...) ça fait partie de l'équipe (...) on est sur une prise en charge globale (...) c'est nécessaire enfin je veux dire ça fait partie du soin »</p>	<p>14 occurrences dans cette catégorie</p> <p>-6 occurrences autour de la cohérence des soins : selon elle, l'équipe doit s'adapter en permanence en fonction de l'état des patients et le kiné rentre en compte dans cette continuité des soins</p> <p>-3 occurrences concernant les concertations collégiales : les prises de décisions se font à partir des informations que chacun rapporte durant les transmissions et le MK rapporte certaines informations importantes</p> <p>- 5 occurrences sur l'esprit d'équipe : selon elle le MK est aidant pour les autres professionnels de santé notamment pour les aides-soignantes. On retrouve des répétitions « il va venir nous aider », « c'est aidant », « il est très aidant pour nous ».</p> <p>→ le MK semble être un membre à part entière de l'équipe. L'interdisciplinarité permet d'adapter au fur et à mesure le projet de soins des patients car il fluctue très rapidement. Le MK semble intégré dans les prises de décision. De plus, sa présence quotidienne lui permet de suivre véritablement les patients et il semble être aidant pour les autres professionnels de santé.</p>
	Concertations collégiales	<p>-1.72 « pendant les transmissions il va être capable de nous dire ben voilà tel patient m'a livré telle information »</p> <p>-1.75 « il va nous ramener des informations qui vont être importantes pour nous donc il participe aux prises de décisions »</p> <p>1.110 « Là il connaît vraiment le suivi des patients il les connaît parce qu'il est là avec nous aux réunions (...) chez nous c'est obligatoire deux fois par jour donc je peux te dire que tu le connais ton patient à force hein ! »</p>	
	Esprit d'équipe et partage	<p>- 1.14 « il est essentiel pour nous »</p> <p>- 1.16 « on a besoin de lui déjà pour les premiers levés »</p> <p>- 1.87 « si nous on a besoin d'aide il va venir nous aider »</p> <p>-1.88 « c'est aidant pour nous aussi hein »</p> <p>-1.89 « quand y'a des patients à remonter tout ça bah il est très aidant pour nous »</p>	
Le MK possède des compétences non	Communication et relationnel	- 1.31 « le patient ne va pas forcément se confier à celui qu'on croit et des fois il va livrer des informations	17 occurrences dans cette catégorie

<p>techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques</p>		<p>comme ça très importantes que ce soit le kiné ou pas ou quelqu'un d'autre voilà quoi »</p> <p>- 1.42 « il y aura un toucher détente par exemple qu'il va faire pour quelqu'un, et qu'il va se livrer aussi à ce moment-là qui va parler, ou qui va pleurer, ou parce qu'on ne l'a pas touché aussi depuis longtemps (...) on en fait tous mais le kiné est essentiel »</p> <p>- 1.51 « y'a le côté relationnel (...) ça dépend du tempérament de la personne aussi (...) »</p> <p>- 1.84 « tu vois on a un kiné qui est très sympa, qui s'intéresse beaucoup aux gens, qui s'intéresse aussi aux familles, qui prend le temps (...) C'est ce que je te disais quand il partage un moment d'intimité »</p> <p>- 1.91 « quand il passe un moment privilégié avec un patient forcément le patient il va se confier il va dire des choses »</p> <p>- 1.98 « pour un malade qui est qui est plus touché, qui n'a plus conscience vraiment de de son corps et des limites de son corps c'est important ça c'est vraiment une part essentielle chez nous. »</p> <p>- 1.131 « les patients adorent le kiné enfin je veux dire ils l'attendent, ils sont très contents de le voir, il est là que pour leur faire du bien »</p> <p>- 1.136 « le fait qu'il soit là tout le temps fait qu'il peut créer un lien aussi plus fort »</p>	<p>- 8 occurrences positives concernent la communication et le relationnel mis en place par le MK. L'interviewée a particulièrement abordé la communication non verbale passant par le toucher notamment. Elle a également évoqué la communication verbale, le MK semble être in interlocuteur privilégié par le patient, il se confie à lui plus facilement. Plusieurs occurrences semblent être en rapport avec le caractère propre du kiné au sein de l'USP.</p> <p>- 1 occurrence met en évidence le non-acharnement, le MK adapte ses soins régulièrement car tout peut changer d'un jour à l'autre.</p> <p>- 8 occurrences autour du soutien émotionnel et psychosocial : la relation de confiance installée avec le MK lui permet d'intervenir dans la prise en charge psychologique du patient, il le rassure, l'accompagne et le motive.</p>
	<p>Non acharnement et réadaptation</p>	<p>- 1.64 « chez nous c'est très spécifique (...) d'un jour à l'autre il y a tout qui peut changer donc il s'adapte complètement »</p>	
	<p>Soutien émotionnel et psychosocial</p>	<p>- 1.38 « sur un patient qui n'arrive pas à se lever qui n'arrive pas à se verticaliser (...) quand il les verticalise bah les patients reprennent confiance »</p> <p>- 1.42 « au niveau de l'anxiété il peut intervenir »</p> <p>- 1.53 « le fait qu'il soit là tous les jours c'est rassurant (...) imagine si on leur dit le kiné revient dans 3 jours (...) Ah bah pour le patient c'est la catastrophe (...) alors que là je lui dis « non il revient demain vous inquiétez pas il est là tout le temps, il est là tous les jours pour vous faire marcher » alors là il y a un processus qui peut se mettre en route, même pas de guérison, mais en tout cas d'amélioration et d'objectifs »</p> <p>- 1.60 « on le voit bien que quand il n'est pas là les patients ne sont pas motivés »</p> <p>- 1.73 « ils les accompagne ou il va les accompagner dehors il va passer un moment privilégié avec eux »</p> <p>- 1.125 « nous le kiné il ne va pas te lever le patient 5 minutes lui faire faire le tour du lit, il y a une grosse part psychologique aussi qui entre en jeu »</p> <p>- 1.126 « relation de confiance »</p>	<p>→ L'interviewée a mis en évidence une relation de confiance qui est installée entre le kiné et les patients, le MK semble les motiver, diminuer leur anxiété et représente un repère car il est présent tous les jours et non sur des roulements. La communication est verbale mais aussi non verbale par le toucher notamment. Enfin, le MK fait évoluer les séances en fonction de l'état de santé du patient pour ne pas faire d'acharnement.</p>

		- 1.127 « lui il est là tous les jours alors que nous on est moins là (...) il y a des roulements (...) donc c'est un repère aussi parce qu'il a un suivi tous les jours avec le patient »	
--	--	--	--

## Annexe 8 : Entretien 3

### Retranscription entretien 3

Interviewé : femme exerçant depuis 7 ans au sein de l'USP en tant qu'aide-soignante, DU de soins palliatifs. Durée de l'interview : 13'41.

1 **CM** : Alors avant de commencer j'aimer vous remercier d'avoir accepté de participer à cette  
2 étude. Nous allons commencer. La place des kinés est reconnue dans le domaine des soins  
3 palliatifs depuis 1996 mais la littérature concernant la situation actuelle et leur intégration dans  
4 ce domaine reste peu fournie. J'ai donc réalisé un questionnaire pré-enquête que j'ai fait parvenir  
5 aux médecins responsables des USP en France et je me suis rendu compte que l'intégration des  
6 kinés était très inégale au sein de ces structures. Dans certaines USP le kiné ne vient que  
7 ponctuellement, quand il est appelé pour un patient en particulier par exemple. Ainsi j'aimerais  
8 via notre entretien profiter de votre expérience de professionnel de santé qui travaille au sein  
9 d'une USP où le kiné est intégré à la structure pour déterminer votre représentation du rôle de  
10 celui-ci dans ces structures. Je vais donc vous poser une question assez large à laquelle vous  
11 pouvez répondre le plus spontanément possible, librement et les données recueillies resteront  
12 anonymes. Donc comment pensez-vous que le kiné participe au sein de votre USP ?

13

14 **AS** : Alors :::euh ::: bah à tous points de vue ↑ déjà (2s) juste que ce soit (3s) il est déjà bien  
15 intégré au sein de l'équipe (.) donc c'est important pour recueillir toutes les informations  
16 concernant le patient et également :::euh ::: vis-à-vis du patient le fait de l'avoir là quand même  
17 tous les jours :::euh ::: déjà je trouve que ça rassure les patients (2s) ça leur donne la possibilité  
18 de (2s) ça leur donne l'envie d'avoir encore un peu plus d'autonomie = de pas la perdre ou de la  
19 retrouver éventuellement ↑ donc ça les motive il y a une motivation derrière et pour ça je trouve  
20 que c'est ultra positif en plus bon là le kiné que nous avons a un très bon relationnel aussi avec  
21 les patients donc :::euh ::: ce n'est que POSITIF ↑ alors que ce soit au niveau mécanique enfin  
22 j'entends au niveau de la motricité voilà mais également au niveau respiratoire c'est c'est super  
23 important également :::euh ::: en USP ↓ sachant qu'il y a quand même pas mal de  
24 d'encombrement lié au traitement :::euh ::: voilà donc non seulement c'est important mais c'est

25 rassurant aussi pour les patients et puis pour l'équipe aussi c'est bien parce que c'est un membre  
26 aussi important dans (.) la prise en charge globale du patient ↓.

27

28 **CM** : Je comprends oui, donc si on revient sur les compétences techniques dont là on a parlé,  
29 vous avez cité la prise en charge respiratoire, la motricité également, est ce que vous avez autre  
30 chose à ajouter ?

31

32 **AS** : Ah bah si on parle juste compétence technique qu'il peut apporter il fait aussi :::euh ::: bah  
33 en tant que kiné il fait des des massages hein pour prendre en charge la douleur évidemment  
34 oui oui donc que ce soit des massages drainants = ou des massages relaxants voilà donc avec  
35 tout ce que ça implique hein ↑ les endorphines et compagnie aussi hein ↑ (rires de l'interviewé)  
36 voilà donc des antidouleurs, des hormones du plaisir aussi qui qui (.) se mettent en place et donc  
37 fait que bah :::euh ::: (.) ça ne peut que :::euh ::: améliorer (.) enfin améliorer ou dans tous les  
38 cas être positif dans l'accompagnement de la personne ↓.

39

40 **CM** : Je vois oui, ici son objectif est plutôt d'accompagner la personne ?

41

42 **AS** : Absolument (.) absolument c'est une spécificité des soins palliatifs avec justement  
43 un réajustement bien évidemment au quotidien parce que c'est aussi :::euh ::: voilà on cherche  
44 pas comment dire (.) on cherche pas :::euh ::: des objectifs inatteignables = on réajuste tous les  
45 jours selon l'état du patient = selon sa motivation = selon comment il a passé la nuit enfin voilà  
46 donc tout ça est pris en compte et son travail est également :::euh ::: personnalisé (.) il s'ajuste  
47 à chaque fois pour leur redonner un petit peu confiance en eux tout ça ↓

48

49 **CM** : Donc là nous avons évoqué plusieurs compétences techniques on va dire du kiné, (.) mais  
50 selon vous quelles sont les compétences non techniques qu'il met à profit pour prendre en  
51 charge les patients mais également leur entourage ?

52

53 **AS** : Le relationnel ↑ le relationnel hein (2s) la communication :::euh ::: qu'elle soit verbale ou  
54 non verbale hein parce que le non verbal est AUCSI important que le verbal en soins palliatifs  
55 ↑ il faut décrypter parfois ce qui est sous-jacent (.) les non-dits qui peuvent être :::euh :::  
56 transmis par une attitude ↑ un regard ↑ un refus = le fait de se tourner ou pas donc il faut aussi  
57 avoir cette perception :::euh ::: cette sensibilité cette :::euh::: voilà ce petit truc en plus voilà qui  
58 fait aussi la différence donc c'est pas toujours voilà ce qu'on disait tout à l'heure (.) l'OBJECTIF

59 à atteindre non ↑ c'est vraiment la globalité = la perception = au jour le jour voilà et dans (.)  
60 dans cette écoute (.) dans ce ressenti = dans se faire confiance aussi par rapport à ce qu'on reçoit  
61 de l'autre :::euh ::: voilà donc effectivement je pense que c'est (3s) important ça en soins  
62 palliatifs ↓

63

64 **CM** : D'accord je vois, donc cet aspect communication dont vous m'avez parlé (.) qui participe  
65 à la prise en charge émotionnelle du patient (.) ça peut aussi rassurer les familles ?

66

67 **AS** : Bien sûr ↑ tout à fait ↑ surtout que souvent aussi les familles choisissent à qui il  
68 ont :::euh ::: enfin voilà ça peut être le kiné comme ça peut être n'importe qui mais le kiné a  
69 aussi sa place (.) sa place dans l'équipe comme je disais et :::euh ::: et (2s) des familles peuvent  
70 attendre aussi beaucoup du kiné parce que (.) malgré tout voilà beh « est-ce que est-ce qu'il s'est  
71 levé aujourd'hui ↑ » donc :::euh ::: pour eux si il s'est levé aujourd'hui c'est que ça va ↑ donc  
72 s'il n'a pas fait voilà il est apte = il est compétent à expliquer peut-être pourquoi et  
73 éventuellement à calmer peut-être des angoisses ↑ ou à ouvrir une communication :::euh ::: (2s)  
74 sur leurs angoisses à eux = ou qui concerne éventuellement aussi le patients enfin voilà donc  
75 ouais c'est important (.) il a sa place ↓

76

77 **CM** : D'accord je vois. Et est-ce que vous pensez que le kiné contribue aussi à l'aspect je dirais  
78 plutôt interdisciplinarité de l'équipe ?

79

80 **AS** : Mais complètement ↑ et :::euh ::: et heureusement ↑ (3s) en soins palliatifs :::euh :::  
81 chaque rôle est important donc le rôle du kiné l'est également tout autant que les autres voilà =  
82 et c'est ce qui fait la richesse justement :::euh ::: des soins que l'on apporte = de l'écoute que  
83 l'on peut avoir et :::euh ::: et le fait d'échanger aussi avec (.) quand je dis d'autres corps de métier  
84 ça permet aussi une (.) une ouverture d'esprit et = peut-être une façon autre de voir les choses  
85 qu'il fait ça nous enrichit à tous ↑ et ce qui est bien aussi voilà aussi en soins palliatifs c'est ça  
86 = c'est cet enrichissement (.) de chacun dans sa spécificité qui fait que :::euh ::: on va aller voir  
87 peut-être plus loin et à avoir un soin plus (.) plus personnalisé = plus approprié puis voilà donc  
88 effectivement ses compétences = et son savoir-être = et son savoir-faire sont super importants  
89 dans une équipe de soins palliatifs parce qu'on n'a pas toujours tous la même façon de voir ou  
90 de (.) d'appréhender les choses donc c'est toujours bien de (.) d'ouvrir un peu l'éventail du  
91 savoir-faire et de la réflexion de chacun ↓

92



93 **CM** : Je vois oui, j'aimerais que l'on revienne sur la prise en charge dont vous avez parlé tout à  
94 l'heure (.) vous avez parlé de prise en charge globale. Votre kiné, de par sa présence tous les  
95 jours, participe sur plusieurs axes dans la prise en charge du patient ?

96

97 **AS** : C'est sûr que oui (2s) je pense que c'est un atout parce que (3s) c'est pas quelqu'un qui  
98 vient comme ça ↑ :::euh ::: de façon sporadique juste pour un patient ↑ ou un truc spécifique  
99 qui demande vraiment sur une petite urgence :::euh ::: un soin voilà non ↑ il est là et (.) et  
100 justement le fait d'avoir un travail au long cours ↑ enfin bon au long cours tu m'entends hein  
101 (rires) mais oui oui c'est super important (.) c'est super important parce que justement oui il est  
102 dans toutes les phases de l'accompagnement du patient donc :::euh ::: voilà ouais il pourra  
103 commencer peut-être au début avec le patient beh (.) sur de la motricité puis peut-être qu'après  
104 ça sera sur :::euh ::: de l'encombrement = et peut-être qu'après ça sera sur des fausses  
105 routes :::euh ::: mécaniquement comment se positionner et donc tout ça c'est (.) c'est de  
106 l'enrichissement pour l'équipe = c'est c'est c'est une aide pour le patient aussi et ça bah dès la  
107 prise en charge du patient jusqu' à éventuellement son décès ou son retour à domicile ou dans  
108 d'autres services donc il y a quand même toujours ce suivi voilà soit en évolution ↑ soit en  
109 involution ↓ mais il a plusieurs :::euh ::: il va cibler plusieurs techniques sur une même personne  
110 selon voilà l'évolution l'état de l'évolution l'état de la personne à accompagner voilà ↓

111

112 **CM** : Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter, sur votre ressenti personnel, ou sur  
113 quelque chose que nous n'avons pas abordé sur le rôle du kiné en soins palliatifs ?

114

115 **AS** : Bah pour moi le rôle du kiné il est important ça c'est (.) c'est plus que certain voilà après  
116 c'est super important parce que la pluridisciplinarité permet que :::euh ::: lui peut nous  
117 apprendre des choses (2s) et nous on peut aussi lui apprendre des choses ↓. (2s) On n'est pas  
118 catégorisés on n'est pas cloisonnés ↑ dans notre petit train-train et c'est ce qui permet après de  
119 faire de l'INTERDISCIPLINARITÉ ↑ et c'est ça qui est bien (.) c'est que ça tire des choses vers  
120 le haut et que au final :::euh ::: chacun avec sa spécificité au final tout s'imbrique et :::euh ::: et  
121 c'est ce qui fait la force de l'équipe et de la prise en charge voilà donc :::euh ::: on apprend et  
122 du kiné on peut apprendre beaucoup ↑ parce que le champ peut être même encore plus vaste je  
123 pense ↑ donc c'est super important (.) c'est super important ↓. Tu vois quand je dis prise en  
124 charge au long court, bah en faite le patient quand il arrive ici il voit pas en longueur, il a une  
125 vision des choses en largeur = et la participation du kiné tu vois ça aide pour que le patient

- 126 visualise plus de choses, qu'il ait plus d'objectifs et voilà c'est ça que j'entendais. Sinon bah  
 127 voilà à mes yeux évidemment que c'est un atout de l'avoir.  
 128  
 129 **CM** : Merci beaucoup pour d'avoir accepté de m'accorder de votre temps ça m'aide beaucoup !

### Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 3

THEMES	INDICATEURS	OCCURENCES	INTERPRETATION
<b>Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP</b>	Douleur	-1.33 « il fait des massages hein pour prendre en charge la douleur » -1.34 « que ce soit des massages drainants = ou des massages relaxants » -1.35 « ça implique (...) les endorphines et compagnie (...) antidouleurs, des hormones du plaisir (...) qui se mettent en place »	12 occurrences dans cette catégorie. - 3 occurrences positives relatives à la prise en charge de la douleur des patients - 4 occurrences positives sur le confort -1 occurrence positive concernant l'autonomie - 4 occurrences positives sur la fonction respiratoire  → L'interviewée a abordé plusieurs domaines dans lesquels le MK intervient grâce à ses compétences techniques selon elle.
	Confort	- 1.21 « au niveau mécanique enfin j'entends au niveau de la motricité » - 1.37 « ça ne peut que (...) améliorer ou dans tous les cas être positif dans l'accompagnement de la personne » -1.103 « il pourra commencer peut-être au début avec le patient sur de la motricité » -1.105 « mécaniquement comment se positionner »	
	Autonomie	-1.18 « ça leur donne l'envie d'avoir encore un peu plus d'autonomie = de pas la perdre ou de la retrouver éventuellement »	
	Fonction respiratoire	- 1.21 « au niveau respiratoire c'est c'est super important également » - 1.23 « il y a quand même pas mal de d'encombrement lié au traitement » -1.104 « puis peut-être qu'après ça sera sur de l'encombrement » -1.104 « et peut-être qu'après ça sera sur des fausses routes »	
<b>Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP</b>	Cohérence et complémentarité des soins	- 1.14 : « il est déjà bien intégré au sein de l'équipe (.) donc c'est important pour recueillir toutes les informations concernant le patient » - 1.25 « pour l'équipe aussi c'est bien parce que c'est un membre aussi important dans (.) la prise en charge globale du patient » -1.68 « le kiné a sa place dans l'équipe comme je disais » - 1.80 « en soins palliatifs (...) chaque rôle est important donc le rôle du kiné l'est également tout autant que les autres » -1.75 « c'est important il a sa place »	15 occurrences dans cette catégorie. - 8 occurrences positives autour de la cohérence des soins - 4 occurrences positives relatives aux concertations collégiales - 3 occurrences positives sur l'esprit d'équipe

		<p>-1.81 « chaque rôle est important donc le rôle du kiné l'est également tout autant que les autres »</p> <p>-1.117 « On n'est pas catégorisés on n'est pas cloisonnés dans notre petit train-train et c'est ce qui permet après de faire de l'INTERDISCIPLINARITÉ ça tire des choses vers le haut »</p> <p>-1.120 « tout s'imbrique c'est ce qui fait la force de l'équipe et de la prise en charge »</p>	<p>→ L'interviewée a abordé à de nombreuses reprises les avantages de l'interdisciplinarité dans la prise en charge des patients mais également pour accroître les connaissances de chaque professionnel (répétitions du terme « richesse », « enrichissement »). Selon elle, le MK a sa place dans l'équipe et est aussi important que les autres.</p>
	Concertations collégiales	<p>-1.82 « c'est ce qui fait la richesse justement des soins que l'on apporte, de l'écoute que l'on peut avoir »</p> <p>-1.83 « le fait d'échanger aussi avec quand je dis d'autres corps de métier ça permet aussi une ouverture d'esprit et peut-être une façon autre de voir les choses qui fait ça nous enrichit à tous »</p> <p>-1.85 « ce qui est bien aussi voilà aussi en soins palliatifs c'est ça = c'est cet enrichissement de chacun dans sa spécificité qui fait que on va aller voir peut-être plus loin et à avoir un soin plus plus personnalisé = plus approprié »</p> <p>-1.88 « ses compétences et son savoir-être et son savoir-faire sont super importants dans une équipe de soins palliatifs parce qu'on n'a pas toujours tous la même façon de voir ou de d'appréhender les choses donc c'est toujours bien d'ouvrir un peu l'éventail du savoir-faire et de la réflexion de chacun »</p>	
	Esprit d'équipe et partage	<p>-1.106 « c'est de l'enrichissement pour l'équipe »</p> <p>-1.116 « la pluridisciplinarité permet que lui peut nous apprendre des choses et nous on peut aussi lui apprendre des choses »</p> <p>-1.122 « on apprend et du kiné on peut apprendre beaucoup parce que le champ peut être même encore plus vaste je pense »</p>	
<b>Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques</b>	Communication et relationnel	<p>-1.20 « le kiné que nous avons a un très bon relationnel aussi avec les patients donc ce n'est que POSITIF »</p> <p>-1.53 « Le relationnel ↑ le relationnel hein »</p> <p>-1.53 « la communication qu'elle soit verbale ou non verbale hein »</p> <p>-1.54 « le non verbal est AUCSI important que le verbal en soins palliatifs »</p> <p>-1.55 « il faut décrypter parfois ce qui est sous-jacent les non-dits qui peuvent être transmis par une attitude ↑ un regard ↑ un refus »</p> <p>-1.56 « il faut aussi avoir cette perception cette sensibilité voilà ce petit truc en plus voilà qui fait aussi la différence »</p> <p>-1.60 « cette écoute (...) ce ressenti (...) se faire confiance aussi par rapport à ce qu'on reçoit de l'autre »</p>	<p>24 occurrences dans cette catégorie.</p> <p>- 7 occurrences positives dans la communication et le relationnel</p> <p>- 6 occurrences positives autour du non-acharnement et de la réadaptation des soins de kinésithérapie</p> <p>- 11 occurrences positives relatives au soutien émotionnel et psychosocial par le MK</p> <p>→ Ce sont ces aspects non techniques qui ont</p>

Non acharnement et réadaptation	<p>-1.43 « un réajustement bien évidemment au quotidien »</p> <p>- 1.44 « on cherche pas des objectifs inatteignables »</p> <p>- 1.44 « on réajuste tous les jours selon l'état du patient selon sa motivation selon comment il a passé la nuit enfin voilà donc tout ça est pris en compte »</p> <p>-1.46 « son travail est également personnalisé il s'ajuste à chaque fois pour leur redonner un petit peu confiance en eux tout ça »</p> <p>-1.58 « c'est pas toujours l'OBJECTIF à atteindre non c'est vraiment la globalité la perception au jour le jour »</p> <p>-1.109 « il va cibler plusieurs techniques sur une même personne selon voilà l'évolution l'état de l'évolution l'état de la personne à accompagner »</p>	été le plus développés par l'interviewée. Le terme relationnel apparaît plusieurs fois. La communication se fait verbalement mais également de façon non verbale, ce qui demande une sensibilité particulière selon elle. Le MK ne cherche pas des objectifs à atteindre absolument, il propose un accompagnement personnalisé. Le MK est aussi motivant pour les patients et permet de rassurer les familles.
Soutien émotionnel et psychosocial	<p>- 1. 16 « vis-à-vis du patient le fait de l'avoir là quand même tous les jours déjà je trouve que ça rassure les patients »</p> <p>-1.18 « ça leur donne l'envie d'avoir encore un peu plus d'autonomie de pas la perdre ou de la retrouver éventuellement »</p> <p>-1.19 « ça les motive il y a une motivation derrière et pour ça je trouve que c'est ultra positif »</p> <p>-1.24 « non seulement c'est important mais c'est rassurant aussi pour les patients »</p> <p>-1. 69 « des familles peuvent attendre aussi beaucoup du kiné »</p> <p>-1.70 « Est-ce qu'il s'est levé aujourd'hui ? donc pour eux si il s'est levé aujourd'hui c'est que ça va »</p> <p>-1.72 « s'il n'a pas fait voilà il est apte il est compétent à expliquer peut-être pourquoi et éventuellement à calmer peut-être des angoisses ou à ouvrir une communication sur leurs angoisses à eux ou qui concerne éventuellement aussi le patients »</p> <p>- 1.97 « c'est un atout parce que c'est pas quelqu'un qui vient comme ça de façon sporadique juste pour un patient ou un truc spécifique qui demande vraiment sur une petite urgence un soin voilà non il est là et justement le fait d'avoir un travail au long cours enfin bon au long cours tu m'entends hein mais oui oui c'est super important »</p> <p>-1.101 « c'est super important parce que justement oui il est dans toutes les phases de l'accompagnement du patient »</p> <p>-1.106 « c'est une aide pour le patient dès la prise en charge du patient jusqu' à éventuellement son décès ou son retour à domicile ou dans d'autres services donc il y a quand même toujours ce suivi voilà soit en évolution soit en involution »</p> <p>-1.125 « la participation du kiné tu vois ça aide pour que le patient visualise plus de choses, qu'il ait plus d'objectifs »</p>	

## Annexe 9 : Entretien 4

### Retranscription entretien 4

Interviewé : homme exerçant depuis 7 ans au sein de l'USP en tant que psychologue, DU de soins palliatifs. Durée de l'interview : 16'19

1 **CM** : Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Je vais donc  
2 commencer ↑. La place des kinés est reconnue dans le domaine des soins palliatifs depuis 1996  
3 mais la littérature concernant la situation actuelle et leur intégration dans ce domaine reste peu  
4 fournie (.) J'ai donc réalisé un questionnaire pré-enquête que j'ai fait parvenir aux médecins  
5 responsables des USP en France et je me suis rendu compte que l'intégration des kiné était très  
6 inégale au sein de ces structures ↓ (.) Dans certaines USP, le kiné n'est présent que de manière  
7 ponctuelle, lorsque le médecin en fait la demande pour un patient particulier par exemple =  
8 Ainsi j'aimerais via notre entretien profiter de votre expérience de professionnel de santé  
9 travaillant au sein d'une USP qui dispose d'un kiné intégré à l'équipe pour déterminer votre  
10 représentation du rôle de celui-ci ↓ (.) Je vais vous poser une question assez large à laquelle vous  
11 pouvez répondre le plus spontanément possible, librement et les données recueillies resteront  
12 anonymes. Donc selon vous, comment le kiné participe au sein de votre USP ? ↑

13  
14 **Psychologue** : Alors sur le plan institutionnel ↑ (.) il participe à la prise en charge palliative  
15 auprès des patients (.) auprès des familles (2s) et pendant les réunions pluridisciplinaire (.) les  
16 staffs ↑ (4s) donc ça c'est le fonctionnement institutionnel maintenant sur le plan psychologique,  
17 ce que moi à partir de ma profession de psychologue je comprends de la participation du kiné  
18 dans la prise en charge palliative. ↓ (.) Alors ça va être compliqué (2s) enfin c'est compliqué  
19 mais c'est pas trop compliqué. (2s) Alors :::euh ::: à priori ↑ je dis bien à priori hein c'est-à-dire  
20 que c'est pas juste (.) c'est un à priori c'est que le kiné ↑ (.) s'occupe du corps du patient ↓ et  
21 particulièrement de la motricité du patient c'est-à-dire qu'il va faire bouger le patient (.) plus ou  
22 moins suivant l'état de dégradation du patient. ↓ Donc (4s) on aurait à priori on aurait tendance  
23 à DISSOCIER ↑ le fonctionnement psychologique d'un individu et sa motricité ↓ mais moi je  
24 pense que la réalité n'est pas dissociée. (2s) c'est-à-dire que quand on s'intéresse à la motricité  
25 de quelqu'un (.) on s'intéresse aussi à son fonctionnement psychique ↓ (.) et quand on agit sur  
26 le fonctionnement psychique ↑ on agit aussi sur la motricité de quelqu'un. Donc la psychologie  
27 (.) ne se résume pas à des processus cognitifs (.) ça c'est ce qui est à la mode dans la psychologie

28 contemporaine et particulièrement dans la psychologie expérimentale ↓. Aujourd'hui ce qui est  
29 à la mode (.) « universitaire » bah c'est de réduire ↑ la fonction psychologique au  
30 fonctionnement du cerveau mais ça c'est (2s) c'est un a priori épistémologique ↓. Il y a il y a  
31 1000 manières d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu et notamment ↑  
32 un qui est le mien c'est de (.) d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu  
33 autant dans ses processus cognitifs que dans la relation qu'il a avec les autres = et de la relation  
34 qu'il a avec son corps = et sa motricité. (.) Tout ça témoigne du fonctionnement psychique  
35 global = c'est-à-dire que le fonctionnement psychique (.) ça permet à l'individu d'adapter son  
36 rapport au milieu = et c'est par les processus cognitifs de ce qu'il va comprendre ce qu'il perçoit  
37 etcetera mais c'est aussi de comment il va bouger dans son milieu ↑ et donc avec son corps et  
38 la motricité ↓. Donc le kiné (.) sans le savoir (2s) enfin si il est bien formé il le sait mais en  
39 participant à la motricité et en agissant sur la motricité du patient = il participe à faire exister  
40 (2s) le psychisme du patient ↓ voilà.

41

42 **CM :** D'accord je comprends, (.) et lorsque vous parlez de prise en charge psychologique via  
43 la kinésithérapie ↑ (.) est ce que vous pensez aussi à la prise en charge dans la perte de confiance  
44 en soi par exemple ?

45

46 **Psychologue :** Alors ↓ ça c'est plus au niveau des REPRÉSENTATIONS ↑ (.) que le patient se  
47 fait de son corps (.) de ce qui se passe en interaction avec sa motricité et avec le kiné (2s). Mais  
48 le kiné (.) quand il agit sur la motricité = il agit aussi sur le plan moteur dans une ambiance  
49 émotionnelle ↑ (2s) ça fait partie de (.) ça fait partie de l'action. Même s'il ne s'en rend pas  
50 compte ↑ (.) ça joue aussi = quand il joue sur :::euh ::: si tu fais bouger quelqu'un :::euh ::: le  
51 bras ou si tu le masses ou je sais pas quoi = tu joues sur la motricité mais cette motricité que tu  
52 mets en action ↓ (.) elle se met en action dans un climat relationnel et affectif qui est aussi  
53 important ↑ (2s) qui est aussi important dans la définition de la motricité. La motricité c'est (.)  
54 c'est une fonction neutre mais c'est une abstraction ↑ (.) c'est par abstraction qu'on en fait une  
55 fonction neutre. La motricité d'un individu se fait toujours dans un cadre relationnel =  
56 émotionnel (.) soit dans la relation à l'autre soit dans la relation avec lui-même ↓ (.) Après ce  
57 que le patient s'imagine ou se dit de ce qu'il est en train de vivre (.) ça c'est simplement un  
58 éclairage sur le niveau des représentations ↑ (.) l'appareil psychique c'est pas que des  
59 représentations = c'est de l'affectivité = c'est de la motricité = c'est de la relation ↑. C'est pour  
60 ça que le kiné quand il agit (.) il peut agir avec le patient = il peut agir aussi avec les familles ↑  
61 (.) quand il explique à une famille ce qu'il fait avec le patient ou quand il entretient un bon

62 climat relationnel avec le patient (.) avec la famille ↑ parce que la famille est aussi constitutive  
63 du patient (.) les êtres humains n'existent pas que par eux-mêmes ↓ (.) un être humain existe en  
64 relation avec les autres. Et le fait que le kiné soit intégré à la structure bah ça rassure le patient  
65 et aussi les personnes qui l'entourent.

66

67 **CM** : C'est vraiment très intéressant ! Là on a parlé plutôt des aspects dans la prise en charge  
68 émotionnelle du patient, (.) est ce vous pouvez me parler des aspects techniques si je puis dire,  
69 de la prise en charge par le kiné ↑ ?

70

71 **Psychologue** : (3s) Moi je suis pas trop calé pour les aborder ::: euh ::: c'est (.) enfin je veux  
72 dire c'est plus l'éclairage médical qui va définir ce qu'il doit faire moi ça je sais pas quoi te dire  
73 ↓.

74

75 **CM** : Pas de soucis on va parler d'autre chose ! (.) Tout à l'heure on a évoqué l'interdisciplinarité  
76 (2s) selon vous comment contribue le kiné à cette interdisciplinarité ↑ ?

77

78 **Psychologue** : Et ben c'est que (.) soit comme je l'ai dit auprès du patient (.) ou auprès de la  
79 famille soit aussi il est en staff avec l'équipe pluridisciplinaire ↑ (.) il rend compte de ce qu'il a  
80 vécu avec la famille et avec le patient parce que voilà il fait partie de la pluridisciplinarité et  
81 que son éclairage compte ↑ c'est un regard professionnel de plus (.) dans la pluridisciplinarité  
82 ↓. Donc voilà il participe aux prises de décisions = il donne son avis= il intervient dans le début  
83 de la vie dans le milieu de la vie dans la fin de la vie ↑. Les informations que chacun va amener  
84 vont faire vivre la pluridisciplinarité ! Tout comme le psychologue qui vient il fait vivre la  
85 pluridisciplinarité en donnant ses informations (.) le médecin = l'aide-soignante = l'infirmier  
86 (.) chacun amène sa part de savoir (.) ce qu'il a vécu avec le patient (.) pour faire vivre la  
87 pluridisciplinarité ↓.

88

89 **CM** : Oui je comprends (.) et que pouvez-vous me dire quand aux prises de décision du kiné  
90 lui-même par rapport au patient (.) c'est un peu spécifique en soins palliatifs ↑ ?

91

92 **Psychologue** : Ben oui ça c'est sûr ↑ il peut avoir des objectifs aussi même en soins palliatifs  
93 hein mais ce sont pas les mêmes objectifs de quelqu'un qu'on va devoir réadapter à marcher ou  
94 à courir hein enfin en tous les cas (.) les objectifs sont différents et sont à la fois les mêmes ↓.  
95 Ils sont différents dans le sens que (.) on va vers la fin de vie et que certainement les capacités

96 motrices vont :::euh ::: s'amoinrir au fur et à mesure où on va avancer dans la maladie (.) mais  
97 ce sont les mêmes à n'importe quel stade de la maladie c'est qu'on va :::euh ::: essayer de faire  
98 jouir le patient de ses capacités motrices au maximum du niveau où elles sont là où il en est au  
99 moment T. (.) Il va réévaluer à chaque fois et il respecte les volontés du patient.

100

101 **CM :** Si on retourne sur l'aspect interdisciplinarité en soins palliatifs, est ce que le fait que le  
102 kiné soit intégré à votre équipe ça aide au partage des ressentis de chacun (.) face à une certaine  
103 impuissance que l'on peut rencontrer dans ce domaine des soins palliatifs ?

104

105 **Psychologue :** Bien sûr ↑ bien sûr le kiné comme tous (.) tout le monde a son rôle et a intérêt  
106 même à participer à la pluridisciplinarité (.) pour les patients pour l'équipe et pour eux-mêmes.

107

108 **CM :** Si on revient sur les aspect :::euh ::: communication du kiné (.) on a parlé de tout ce qui  
109 était motricité tout ça et est-ce qu'il y a aussi un lien spécifique avec le kiné ?

110

111 **Psychologue :** Bah oui c'est ce que je disais tout à l'heure quand je parlais de climat affectif  
112 c'est ça ! Le toucher il permet d'écouter le corps = voir le corps = sentir le corps. Tout ça ça  
113 participe ↓.

114

115 **CM :** Et par rapport au lien plutôt verbal que pouvez-vous rajouter ?

116

117 **Psychologue :** Bah il permet d'accompagner les familles mais il est très important au niveau  
118 du patient. Il éduque le patient à profiter des capacités qu'il lui reste. Comment il peut faire,  
119 comment il peut se déplacer (.) aller du lit au fauteuil et on l'aide à faire le deuil aussi (.) de ses  
120 capacités.

121

122 **CM :** D'accord je vois, mais on l'aide à faire le deuil (.) sans pour autant le mettre en échec je  
123 suppose ?

124

125 **Psychologue :** Bah oui et non (2s) parfois on peut le mettre en échec enfin ça dépend du  
126 contexte si c'est le mettre en échec juste pour le mettre en échec non ça n'a aucun intérêt (.)  
127 mais des fois dans certaines situations :::euh ::: c'est bien que le kiné confronte son patient à  
128 son incapacité ↓. (.) Ça peut avoir un effet positif mais ça se réfléchit en équipe pluridisciplinaire  
129 (.) ça se fait pas comme ça !



130

131 **CM :** Je vois oui. Avez-vous quelque chose à rajouter sur les choses dont on a déjà parlé (.) ou  
132 voulez-vous partager un ressenti sur votre collaboration quotidienne avec le kiné de votre  
133 équipe ?

134

135 **Psychologue :** (3s) le ressenti que j'ai à travailler dans une équipe avec un kiné (.) moi le  
136 ressenti que j'ai il est globalement plutôt positif hein :::euh ::: peut-être que je me demande si  
137 les kinés se rendent compte de leur importance dans ce domaine. Ça j'ai (.) j'ai quelques  
138 réserves je pense qu'ils se rendent pas compte de (.) de ce qu'ils apportent ! Ils ont l'impression  
139 peut être de par leur formation de base = ils sont sensés rééduquer :::euh ::: peut être qu'ils ont  
140 l'impression qu'être en palliatifs ils apportent moins . Je pense qu'ils ont pas l'impression que  
141 spontanément ils ont quelque chose à faire en soins palliatifs. (.) Faut qu'ils y exercent pour  
142 s'en rendre compte. Après je sais pas je suis pas formé mais je me demande si ils sont pas  
143 parfois en concurrence avec les psychomotriciens (.) j'y connais rien hein mais peut-être qu'il  
144 y a une espace commun où c'est pas clair.

145

146 **CM :** Vous voulez rajouter quelque chose ?

147

148 **Psychologue :** Non (3s) y'a plus rien qui me vient là. (rires)

149

150 **CM :** Merci encore d'avoir participé !

#### Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 4

THEMES	INDICATEURS	OCCURENCES	INTERPRETATION
Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP	Douleur		l. 73 « Moi je suis pas trop calé pour les aborder ::: euh ::: c'est (.) enfin je veux dire c'est plus l'éclairage médical qui va définir ce qu'il doit faire moi ça je sais pas quoi te dire »
	Confort	- l.21 « le kiné s'occupe du corps du patient et particulièrement de la motricité du patient c'est-à-dire qu'il va faire bouger le patient »	

	Autonomie	- 1.122 « Il éduque le patient à profiter des capacités qu'il lui reste. Comment il peut faire, comment il peut se déplacer aller du lit au fauteuil »	→ L'interviewé, en tant que psychologue du service, nous a expliqué qu'il n'avait pas assez de connaissances concernant le rôle du MK au niveau technique. Nous avons tout de même relevé 2 occurrences positives dans cette catégorie, elles concernent la mobilisation du patient et l'éducation.
	Fonction respiratoire		
<b>Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP</b>	Cohérence et complémentarité des soins	- 1.15 « il participe pendant les réunions pluridisciplinaires, les staffs » - 1.81 « il est en staff avec l'équipe pluridisciplinaire »	9 occurrences dans cette catégorie. -2 occurrences positives concernant la cohérence des soins, le MK participe aux réunions pluridisciplinaires. - 5 occurrences positives relatives à la collégialité, le MK participe selon lui aux prises de décision - 2 occurrences positives autour du partage et de l'esprit d'équipe, ces réunions sont nécessaire selon lui pour leur partager leurs ressentis.  → Le MK a son rôle dans l'interdisciplinarité, il apporte son regard professionnel et intervient dans les prises de décision.
	Concertations collégiales	- 1.81 « il rend compte de ce qu'il a vécu avec la famille et avec le patient parce que voilà il fait partie de la pluridisciplinarité et que son éclairage compte » - 1. 83 « c'est un regard professionnel de plus dans la pluridisciplinarité » - 1.84 « il participe aux prises de décisions il donne son avis il intervient dans le début de la vie dans le milieu de la vie dans la fin de la vie. » - 1.85 « Les informations que chacun va amener vont faire vivre la pluridisciplinarité » - 1.88 « chacun amène sa part de savoir ce qu'il a vécu avec le patient pour faire vivre la pluridisciplinarité »	
	Esprit d'équipe et partage	- 1.108 « le kiné comme tout le monde a son rôle et a intérêt même à participer à la pluridisciplinarité pour les patients pour l'équipe et pour eux-mêmes. » - 1.139 « le ressenti que j'ai à travailler dans une équipe avec un kiné il est globalement plutôt positif »	
<b>Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques</b>	Communication et relationnel	- 1.48 « au niveau des REPRÉSENTATIONS que le patient se fait de son corps de ce qui se passe en interaction avec sa motricité et avec le kiné » - 1.52 « si tu fais bouger quelqu'un le bras ou si tu le masses ou je sais pas quoi tu joues sur la motricité mais cette motricité que tu mets en action, elle se met en action dans un climat relationnel et affectif qui est aussi important » -bl. 57 « La motricité d'un individu se fait toujours dans un cadre relationnel = émotionnel soit dans	21 occurrences dans cette catégorie. - 5 occurrences positives autour des compétences communicationnelles, le MK via la motricité intervient dans un climat relationnel - 5 occurrences positives autour du non-acharnement

		<p>la relation à l'autre soit dans la relation avec lui-même »</p> <p>- 1.50 « l'appareil psychique c'est pas que des représentations, c'est de l'affectivité, c'est de la motricité, c'est de la relation »</p> <p>- 1.115 « quand je parlais de climat affectif c'est ça ! Le toucher il permet d'écouter le corps, voir le corps, sentir le corps. Tout ça ça participe »</p>	<p>et 1 négative : le MK s'adapte en fonction de l'état de santé du patient, il doit respecter les volontés du patient, mais il peut également le mettre en échec volontairement suivant la situation si cela est nécessaire pour qu'il prenne conscience de son état</p>
	<p>Non acharnement et réadaptation</p>	<p>- 1.23 « il va faire bouger le patient plus ou moins suivant l'état de dégradation du patient. »</p> <p>- 1.94 « il peut avoir des objectifs aussi même en soins palliatifs hein mais ce sont pas les mêmes objectifs de quelqu'un qu'on va devoir réadapter à marcher ou à courir hein enfin en tous les cas les objectifs sont différents et sont à la fois les mêmes »</p> <p>- 1.97 « Ils sont différents dans le sens que on va vers la fin de vie et que certainement les capacités motrices vont s'amoindrir au fur et à mesure où on va avancer dans la maladie</p> <p>- 1.99 « mais ce sont les mêmes à n'importe quel stade de la maladie c'est qu'on va essayer de faire jouir le patient de ses capacités motrices au maximum du niveau où elles sont là où il en est au moment T. »</p> <p>- 1.101 « Il va réévaluer à chaque fois et il respecte les volontés du patient. »</p> <p>- 1.129 « oui et non parfois on peut le mettre en échec enfin ça dépend du contexte si c'est le mettre en échec juste pour le mettre en échec non ça n'a aucun intérêt mais des fois dans certaines situations c'est bien que le kiné confronte son patient à son incapacité. Ça peut avoir un effet positif »</p>	<p>-10 occurrences positives relatives au soutien émotionnel et psychosocial effectué par le MK, auprès du patient mais également de son entourage</p> <p>→ L'interviewé apporte une grande importance à la motricité du patient qui selon lui agit sur le fonctionnement psychique des patients.</p>
	<p>Soutien émotionnel et psychosocial</p>	<p>- 1.15 « il participe à la prise en charge palliative auprès des patients, auprès des familles »</p> <p>- 1.24 « à priori on aurait tendance à DISSOCIER, le fonctionnement psychologique d'un individu et sa motricité mais moi je pense que la réalité n'est pas dissociée. c'est-à-dire que quand on s'intéresse à la motricité de quelqu'un, on s'intéresse aussi à son fonctionnement psychique »</p> <p>- 1.32 « Il y a il y a 1000 manières d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu et notamment, un qui est le mien c'est d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu autant dans ses processus cognitifs que dans la relation qu'il a avec les autres et de la relation qu'il a avec son corps et sa motricité. »</p> <p>- 1.40 « Donc le kiné, sans le savoir enfin si il est bien formé il le sait mais en participant à la motricité et en agissant sur la motricité du patient,</p>	

		<p>il participe à faire exister le psychisme du patient »</p> <p>- 1.50 « le kiné, quand il agit sur la motricité, il agit aussi sur le plan moteur dans une ambiance émotionnelle »</p> <p>- 1.62 « le kiné quand il agit, il peut agir avec le patient, il peut agir aussi avec les familles quand il explique à une famille ce qu'il fait avec le patient ou quand il entretient un bon climat relationnel avec le patient, avec la famille »</p> <p>- 1.65 « la famille est aussi constitutive du patient, les êtres humains n'existent pas que par eux-mêmes, un être humain existe en relation avec les autres. »</p> <p>- 1.66 « le fait que le kiné soit intégré à la structure bah ça rassure le patient et aussi les personnes qui l'entourent. »</p> <p>- 1.121 « il permet d'accompagner les familles mais il est très important au niveau du patient »</p> <p>- 1.123 « on l'aide à faire le deuil aussi de ses capacités. »</p>	
--	--	---	--

## Annexe 10 : Entretien 5

### Re transcription entretien 5

Interviewé : homme exerçant depuis 2 ans au sein de l'USP en tant que médecin, DESC soins palliatifs. Durée de l'interview : 20'43

1 **CM** : Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Je vais donc  
2 commencer ↑. La place des kinés est reconnue dans le domaine des soins palliatifs depuis 1996  
3 mais la littérature concernant la situation actuelle et leur intégration dans ce domaine reste peu  
4 fournie (.) J'ai donc réalisé un questionnaire pré-enquête que j'ai fait parvenir aux médecins  
5 responsables des USP en France et je me suis rendu compte que l'intégration des kiné était très  
6 inégale au sein de ces structures ↓ (.) Dans certaines USP, le kiné n'est présent que de manière  
7 ponctuelle, lorsque le médecin en fait la demande pour un patient particulier par exemple =  
8 Ainsi j'aimerais via notre entretien profiter de votre expérience de professionnel de santé  
9 travaillant au sein d'une USP qui dispose d'un kiné intégré à l'équipe pour déterminer votre  
10 représentation du rôle de celui-ci ↓ (.) Je vais vous poser une question assez large à laquelle vous  
11 pouvez répondre le plus spontanément possible, librement et les données recueillies resteront  
12 anonymes. Donc selon vous, comment le kiné participe au sein de votre USP ? ↑  
13

14 **Médecin** : (rires) assez large en effet ↑ :::euh ::: (10s) Ben je pense que au sein de l'unité ici la  
15 place du kiné au final elle est assez centrale (.) parce que le fait qu'il soit présent tous les jours  
16 ↑ dans le service ça donne :::euh ::: enfin ça participe à la continuité dans une structure où les  
17 soignants sont en 12h donc qui changent énormément ↑ :::euh ::: au final un peu comme les  
18 psychos et les médecins bah lui il est là toute la semaine = et ça peut apporter une certaine  
19 continuité aussi = et puis c'est vrai que :::euh ::: c'est un membre de l'équipe vraiment à part  
20 entière et :::euh ::: avec une vision à part entière des patients = avec un apport propre que ce  
21 soit aux patients et puis que ce soit nous aux soignants au moment des réunions :::euh ::: il a un  
22 avis et des informations complémentaires à nous apporter que ce soit (.) bah justement pour les  
23 soignants en soins quand ils ont besoin d'aide pour mobiliser un patient et qu'ils ne savent pas  
24 par quoi commencer = comment d'y prendre pour pas lui faire mal ou ce genre de  
25 chose :::euh ::: souvent l'expertise du kiné est vraiment (.) il peut vraiment apporter beaucoup  
26 aussi ↑. Et :::euh ::: il y a un lien très particulier qui se crée aussi avec les patients alors (.) qui  
27 est lié à la place de kiné (.) les patients ont tendance à investir parce que (.) parce que bah c'est  
28 (.) c'est la vie finalement ↑. Travailler leur autonomie = travailler ce qu'ils sont capables encore  
29 de faire :::euh ::: par eux-mêmes ↓ et puis il y a aussi une part de caractère je pense que :::euh :::  
30 il y a la personne qui joue aussi. (.) Ici c'est quelqu'un qui est attachant et du coup les gens ils  
31 se livrent à lui différemment de nous et puis :::euh ::: et puis oui je pense que toute la dimension  
32 de travailler et de préserver l'autonomie c'est vraiment quelque chose de très important pour les  
33 patients et ça permet de mobiliser beaucoup de choses et puis :::euh ::: et puis voilà tu vois ça  
34 leur donne accès aussi aux parties communes du service (.) à la passerelle= à la terrasse = pour  
35 aller prendre l'air un petit peu :::euh ::: souvent c'est avec le kiné qu'ils font ça et du coup c'est  
36 vraiment :::euh ::: c'est vraiment quelque chose de très positif pour eux ↑.

37

38 **CM** : D'accord je vois. Est-ce qu'on peut revenir sur les compétences plutôt techniques on va  
39 dire du kiné ? (.)

40

41 **Médecin** : Alors :::euh ::: (3s) je pense que le gros de l'activité du kiné ↑ en unité de soins  
42 palliatifs (.) la plupart du temps c'est quand même tout ce qui est confort :::euh ::: ça peut être  
43 du massage (.) du toucher détente ou juste de la mobilisation passive pour éviter  
44 l'enraidissement et éviter les (.) les douleurs d'immobilisation ↓. Mais il y a aussi pas mal  
45 d'activité en fonction de l'état général des patients et sur l'entretien de l'autonomie = sur  
46 l'entretien de la marche = des transferts = le travail en fauteuil roulant :::euh ::: et puis l'entretien  
47 musculaire et puis :::euh ::: la kiné respi c'est un travail assez important aussi (.) il y a beaucoup

48 de patients soit sur des épisodes aigus qui ont besoin de kiné respi pour les aider à drainer = soit  
49 des patients qui commencent à s'encombrer parce qu'ils sont en fin de vie mais qui sont encore  
50 un peu vaillant ça les aide pas mal et :::euh ::: et donc ces (2s) ces 3 grands axes là ils me  
51 semblent importants après pour les soignants il y a aussi un rôle d'éducation et de (.) et il les  
52 aide à la manutention des patients finalement ↑ aussi en trouvant des astuces pour aider les  
53 patients à se mobiliser sans leur faire mal et :::euh ::: sans que les soignants se fassent mal aussi  
54 ↓.

55

56 **CM :** Et les objectifs dans la prise en charge en soins palliatifs (.) ils sont peut-être un peu  
57 spécifique par rapport à d'autres domaines ↑ ?

58

59 **Médecin :** Oui en tout cas enfin voilà (.) il y a ce rôle-là aussi de faire un bilan de :::euh ::: à la  
60 fois des capacités du patient et puis à la fois des objectifs qu'on peut se fixer et :::euh ::: et puis  
61 toute une partie du travail c'est de s'adapter au jour le jour à l'état des patients = parce que l'on  
62 peut avoir des patients qui sont en dents de scie et qui un jour vont très bien ↑ un jour sont  
63 beaucoup plus fatigués et donc il adapte ses séances à ça et puis il adapte aussi le moment des  
64 séances (.) c'est vrai que le fait d'avoir un temps dédié à l'unité bah quand il passe et que le  
65 patient est pas dispo parce qu'il dort ou qu'il est en soins bah il peut se permettre de repasser à  
66 un autre moment où le patient est plus disposé à travailler quoi. (2s) il y a des patients qu'il voit  
67 2 fois par jour (.) il y a des patients qu'il voit pas pendant un jour ou deux parce que c'est pas  
68 les bons jours pour eux :::euh ::: c'est (.) c'est vraiment une souplesse aussi :::euh ::: qui est  
69 peut-être pas dans le rôle habituel du kiné à l'hôpital mais qui est vraiment une richesse pour  
70 les patients de l'unité de soins palliatifs ↑.

71

72 **CM :** Tout à l'heure on a parlé du toucher (.) est-ce que cet aspect dans la prise en charge  
73 kinésithérapique est spécifique en soins palliatifs ?

74

75 **Médecin :** Oui (.) clairement ↑ (.) très clairement le toucher en unité de soins palliatifs c'est  
76 quelque chose de (.) d'assez important :::hum ::: enfin le sensoriel en général parce que (.) parce  
77 que c'est une façon pour les patients de réinvestir leur corps et donc y'a vraiment plein de choses  
78 qui passent par le toucher et à tous les niveaux :::euh ::: mais par la spécificité du kiné  
79 effectivement c'est un domaine dans lequel il peut apporter beaucoup ↑ Que ce soit sur le versant  
80 du confort = que ce soit sur la réappropriation d'un corps :::euh ::: qui est parfois assez altérée  
81 par la maladie et que ce soit aussi sur la gestion de la douleur quoi ↓.

82

83 **CM** : Et je suppose que le kiné doit s'adapter aussi même au niveau des exercices (.) peut-être  
84 pour ne pas que le patient soit déçu de ses capacités ?

85

86 **Médecin** : Bah au moins voilà qu'il ne vive pas mal le fait de stagner ou de perdre comme un  
87 échec mais plutôt qu'on puisse axer sur les petites victoires qui sont juste les choses qu'on  
88 entretient encore et :::euh ::: les choses qu'ils sont capables de faire parce que (2s) finalement  
89 le travail de la toute fin de vie (.) c'est aussi un désinvestissement du corps et :::euh ::: et voilà  
90 il faut que les patients ils apprennent enfin :::euh ::: on est tous amenés à un moment ou un  
91 autre à devoir lâcher prise sur ce qui se passe parce que :::euh ::: le corps ne répond plus et  
92 finalement le travail du kiné c'est d'entretenir à la fois ce qui répond encore (.) et à la fois de  
93 pas insister sur la perte de ce qui répond plus parce que (.) parce que de toute façon les patients  
94 vont forcément passer par là à un moment quoi.

95

96 **CM** : Et au niveau de la prise en charge de l'entourage comment contribue le kiné de votre  
97 équipe ?

98

99 **Médecin** : Souvent ça rassure ↑ ça rassure beaucoup parce c'est une preuve très concrète qu'on  
100 n'abandonne pas en faite et que :::euh ::: on fait le maximum pour leurs proches↓. Eux ça leur  
101 donne un espoir et puis c'est aussi (.) c'est un c'est aussi un soin supplémentaire = il voit qu'il y  
102 a du monde qui se mobilise autour de leurs proches = autour d'eux en tant que famille aussi et  
103 c'est souvent important pour les familles de voir qu'il y a des séances de kiné ↑ (2s) souvent ils  
104 demandent quand ils arrivent en visite au patient ou à la patiente ce qu'il a fait avec le kiné plus  
105 que ce que le médecin a dit finalement ( rires) Mais voilà c'est (.) c'est quelque chose de concret  
106 et du coup les gens se l'approprient beaucoup et c'est important ↓.

107

108 **CM** : D'accord oui (.) donc la présence du kiné peut vraiment participer à rassurer l'entourage  
109 (.) qui est parfois anxieux face à leur impuissance ?

110

111 **Médecin** : Oui d'ailleurs ça me fait penser mais le kiné il a aussi un rôle d'éducation par  
112 exemple notamment les patients qui ont des trachéo ou les patients qui ont besoin d'aspiration  
113 endotrachéale :::euh ::: bah parfois c'est le soignant mais parfois c'est aussi le kiné qui fait  
114 l'éducation à l'aspi etcetera ou l'éducation aux changements de tach tout ça c'est vrai que ça  
115 peut rassurer les familles de voir comment ça se fait = et de savoir qu'ils peuvent le

116 faire :::euh ::: soit en cas d'urgence dans le service ou soit si les patients rentrent à la maison  
117 aussi quoi ↓. C'est des choses qui peuvent être importantes. Un patient qui respire mieux c'est  
118 moins impressionnant pour la famille (.) la respiration c'est quelque chose d'assez démarqué  
119 symboliquement alors :::euh ::: quand ils sont encombrés= quand ils ont du mal à respirer c'est  
120 assez effrayant pour eux donc :::euh ::: quand ils voient qu'avec une séance de kiné ça l'améliore  
121 tout de suite la respiration c'est (.) c'est très important pour eux ↑. Et puis le fait qu'il soit là  
122 tout le temps ça créé des liens hein (.) ça créé des liens c'est très important et puis (.) (rire du  
123 médecin) il y a des familles qui ont besoin de revenir ou de rester en contact avec le service  
124 même à distance etcetera et c'est assez marquant :::euh ::: souvent ils identifient plutôt un des  
125 médecins du service comme le médecin référent et ils demandent des nouvelles plutôt de l'un  
126 des médecins mais très très très régulièrement c'est « ah et puis vous passerez le bonjour au kiné  
127 hein ! » ou « comment il va le kiné ? » c'est toujours lui qui est là » (rires) enfin voilà c'est  
128 vraiment aussi un personnage qui est (.) qui a sa place dans le service ↓.

129

130 **CM :** Peut-être que cet « attachement » au kiné si je puis dire (.) est lié à une sorte de  
131 représentation qui le lie plutôt au bien être des patients ?

132

133 **Médecin :** Oui c'est ça (.) quand un soignant entre dans la chambre du patient il se dit que ça  
134 peut être pour des soins douloureux = ça peut être pour le changement de perfusion etcetera  
135 alors que le kiné lui il a une image associée à l'autonomie et au confort et ça dégage quelque  
136 chose de très positif je pense.

137

138 **CM :** Pouvez-vous me dire comment contribue le kiné contribue à l'interdisciplinarité dans le  
139 service ?

140

141 **Médecin :** Alors déjà il est là à toutes les réunions de transmission du service ou presque (.) et  
142 donc c'est dans ces occasions là qu'on a des discussions collégiales (.) des réflexions autour de  
143 la prise en charge des patients = et à ce titre-là son avis est toujours sollicité dans les réunions  
144 collégiales et c'est :::euh ::: c'est vraiment hyper important aussi d'avoir son point de vue parce  
145 que (.) parce que les patients ils disent ou ils montrent pas forcément la même chose aux autres  
146 soignants et :::euh ::: c'est vrai que à toutes les réunions de transmission il est là et son point de  
147 vue il est important alors :::euh ::: voilà parfois il a pas grand-chose de plus à dire parce que (.)  
148 parce que ça lui paraît pas toujours pertinent mais en tout cas c'est important qu'il ait son mot  
149 à dire et c'est souvent aidant dans :::euh ::: dans les décisions qu'on peut prendre parce que



150 l'attitude d'un patient vis-à-vis de la ré autonomisation ou vis-à-vis des soins de confort = ça  
151 peut vouloir dire beaucoup aussi de son état d'esprit elle son souhait ou de son non souhait de  
152 poursuivre des traitements quoi ↓.

153

154 **CM** : Si je comprends bien chacun rapporte son ressenti et ça permet ensuite de prendre les  
155 décisions ?

156

157 **Médecin** : C'est ça = en faite on fait un peu une synthèse un peu des impressions de tout le  
158 monde ↓ donc à la fois les observations cliniques et puis les aussi ↑ (.) les échanges qu'on a  
159 avec les patients (.) qu'ils ne disent pas toujours la même chose et :::euh ::: bah souvent la séance  
160 de kiné c'est aussi un moment où ils se livrent un petit peu différemment et où ils parlent de  
161 leur vie et de comment ils se sentent tout ça et :::euh ::: c'est de mettre tous ces éléments  
162 ensemble qui permet de (2s) de se faire une idée qui soit la plus globale possible et la plus  
163 proche possible de ce que vit réellement le patient et :::euh ::: (3s) et c'est à partir de ça qu'on  
164 peut faire une décision médicale qui soit la plus proche possible du souhait du patient et la plus  
165 en accord possible avec ses valeurs et avec :::euh ::: avec ce qu'il est quoi ! Et à ce titre-là  
166 effectivement toutes les informations qu'on peut recevoir (.) de tous les regards = de tous les  
167 professionnels = c'est vraiment primordial quoi ↑.

168

169 **CM** : Donc en plus de ce partage d'informations cliniques sur le patient et qui permet de prendre  
170 des décisions (.) il y a aussi un partage des ressentis de chacun ?

171

172 **Médecin** : Oui en faite ces réunions (.) ces moments d'échanges comme ça voilà ils sont  
173 vraiment importants pour les patients mais ils le sont aussi pour nous ↑ parce que en tant que  
174 soignants travaillant en unité de soins palliatifs ça peut être assez fatigant moralement :::euh :::  
175 parce que la confrontation à la mort = à la souffrance = la confrontation aux familles qui sont  
176 dans l'émotion (.) c'est des choses qui peuvent être assez épuisantes et qui peuvent être  
177 stressantes et :::euh ::: les moments de partage en réunion c'est des moments qui ont cette  
178 double valeur en faite à la fois de (.) d'optimiser les informations pour permettre la meilleure  
179 prise en charge des patients et puis à la fois aussi de décharger un petit peu tout ce qu'on peut  
180 avoir sur les épaules et :::euh ::: et puis soit par l'humour soit par des discussions plus sérieuses  
181 de (.) de réussir à exprimer un peu ce qu'on ressent et à se soutenir les uns les autres ↓. Et je  
182 pense qu'à ce titre-là la place du kiné elle est pas confortable du tout (2s) parce que  
183 c'est :::euh ::: c'est une des prises en charge où bah justement on essaie d'aider les gens à être

184 mieux le = on essaie de travailler l'autonomie = d'apporter du confort dans des situations où on  
185 sait que l'évolution naturelle de la maladie elle va faire que tout va nous échapper petit à petit  
186 et :::euh ::: garder cet optimisme et cette volonté de faire bien et de (.) d'entretenir l'autonomie  
187 des patients :::euh ::: tout en acceptant l'inévitable dégradation et le fait que bah un moment les  
188 patients ils vont mourir ou en tout cas ils vont se dégrader trop pour pouvoir bénéficier de la  
189 kiné :::euh ::: c'est vraiment je pense une position qui doit être (.) difficile à tenir parfois quoi  
190 ↓.

191

192 **CM :** Oui c'est vrai qu'en formation initiale on nous apprend plutôt à avoir des objectifs de  
193 récupération et à pousser notre patient à progresser alors qu'ici les objectifs sont peut-être  
194 différents?

195

196 **Médecin :** Bah ici c'est pas des objectifs absolus quoi (.) c'est plutôt des objectifs relatifs liés  
197 à l'état du patient à un instant T mais là le fait d'avoir un kiné tous les jours ça permet de créer  
198 des liens parce que c'est des patients qui peuvent être suivis pendant longtemps ou parfois qui  
199 viennent et qui repartent :::euh ::: donc ça crée un lien et le fait d'avoir un seul kiné ↑ bah c'est  
200 toujours le même interlocuteur (.) et du coup il est forcément confronté à la de-dégradation  
201 progressive des patients = même des patients avec qui parfois il s'est plus attaché que d'autres  
202 donc :::euh ::: émotionnellement c'est forcément sollicitant donc il faut pas mal de bouteilles  
203 ou au moins un bon appui quoi (.) une bonne assise.

204

205 **CM :** J'aimerais que l'on revienne sur la communication (.) tout à l'heure on a parlé du toucher  
206 donc qui est plutôt un lien non verbal avec le patient (.) pouvez-vous parler du lien verbal que  
207 le kiné entretient avec les patients ?

208

209 **Médecin :** Bah tu vois ils échangent beaucoup y'a énormément de communication entre le kiné  
210 et les patients (.) que ce soit pendant les séances = que ce soit en dehors ↑ parce que le fait qu'il  
211 soit :::euh ::: qu'il soit aussi dans les lieux communs du service donc il se croisent dans le  
212 couloir ↑ (.) ils se croisent sur la passerelle quand ils vont prendre l'air :::euh ::: et du coup  
213 effectivement il y a (.) il y a beaucoup d'échanges et il y a (.) enfin comme je disais tout à l'heure  
214 il y a beaucoup de patients qui vont confier des choses au kiné dont ils parlent pas forcément  
215 avec d'autres soignants donc oui effectivement c'est vraiment une source d'information et puis  
216 surtout une source de lien = il y a vraiment un lien très intense entre kiné et patient et ça  
217 s'entretient aussi comme ça ↓.

218

219 **CM** : Est-ce que vous voulez évoquer un sujet dont on n'a pas parlé ou rajouter quelque chose  
220 sur votre ressenti personnel sur votre collaboration avec un kiné au quotidien ?

221

222 **Médecin** : (5s) c'est une très bonne question ↑ (rires) :::euh ::: non mais disons que si je mets  
223 en comparaison en faite mes expériences différentes dans deux unités différentes ↓. Alors (.)  
224 c'est vraiment les 2 extrêmes dans le sens où :::euh ::: là où j'ai travaillé précédemment à [Ville]  
225 on avait un mi-temps de kiné attiré à l'unité mais qui n'était pas pourvu quand je suis arrivé et  
226 qui a été pourvu très peu de temps puis de la personne a été en arrêt maladie et c'était  
227 extrêmement compliqué d'avoir des remplaçants donc on avait des kinés que TRÈS  
228 ponctuellement dans le service ↑ et :::euh ::: c'est vrai que ce grand écart entre cette absence de  
229 prise en charge parce que faut bien le dire comme ça = très clairement on avait le kiné de garde  
230 qui passait faire de la kiné respi quand vraiment il le fallait mais l'entretien des mobilisations  
231 ce genre de choses fallait pas trop y compter donc l'entretien de la relation non plus ↓. Et passer  
232 à un service où y'a un kiné en poste à temps plein en soins palliatifs et qui est du coup à  
233 disposition des patients (.) qui est dans ce lien et dans cette construction de relation (2s) c'est  
234 totalement différent.

235

236 **CM** : Vous ressentez une différence au niveau des patients ?

237

238 **Médecin** : Ouais vraiment ↑ clairement ici on a des patients qui sont :::euh ::: qui investissent  
239 beaucoup plus la ré-autonomisation et même :::euh ::: qui réinvestissent beaucoup plus la vie  
240 tout court en faite ↑ et :::euh ::: qui attendent la prochaine séance de kiné avec impatience = qui  
241 se fixent eux-mêmes des objectifs d'une séance à l'autre et :::euh ::: bah c'est le patient qui  
242 dit :::euh ::: « bon aujourd'hui j'ai réussi à faire lit-fauteuil donc demain je veux aller jusqu'à  
243 la salle de bain ↑ » et en faite ils ont même pas besoin que le kiné leur fixe des objectifs = ils  
244 ont juste besoin de savoir que le kiné va passer et les objectifs ils se les fixent tous seuls quoi ↑  
245 donc :::euh ::: ça apporte beaucoup de vie dans le service et puis :::euh ::: au niveau de l'équipe  
246 (.) c'est vraiment un appui important parce que ils les aide physiquement et en tant que personne  
247 ça aide d'avoir aussi un interlocuteur supplémentaire (2s) avec un point de vue supplémentaire  
248 et avec une expertise différente ↓ et voilà.

249

250 **CM** : Et bien c'est bon pour moi je vous remercie pour toutes ces informations !

Grille d'analyse catégorielle de l'entretien 5

THEMES	INDICATEURS	OCCURENCES	INTERPRETATION
<b>Le MK possède des compétences techniques permettant de prendre en charge les patients au sein de l'USP</b>	Douleur	- 1.46 « éviter les douleurs d'immobilisation » - 1.83 « que ce soit aussi sur la gestion de la douleur »	17 occurrences dans cette catégorie - 2 occurrences positives concernant la PEC de la douleur par le MK - 5 occurrences positives autour du versant du confort, le MK utilise pour cela plusieurs techniques telles que les massages et les mobilisations - 7 occurrences positives dans le maintien de l'autonomie : l'interlocuteur a insisté sur cette partie car elle est très importante pour les patients selon lui - 3 occurrences positives autour de la PEC respiratoire des patients : le MK a les capacités techniques pour aider sur des épisodes aigus ou sur des encombrement  → L'interviewé a cité de nombreuses techniques que le MK utilise pour prendre en charge différents symptômes rencontrés en soins palliatifs.
	Confort	- 1.43 « je pense que le gros de l'activité du kiné en unité de soins palliatifs, la plupart du temps c'est quand même tout ce qui est confort » - 1.45 « ça peut être du massage » - 1.45 « du toucher détente » - 1.45 « de la mobilisation passive pour éviter l'enraidissement » - 1.81 « que ce soit sur le versant du confort »	
	Autonomie	- 1.29 « travailler leur autonomie, travailler ce qu'ils sont capables encore de faire par eux-mêmes » - 1.33 « je pense que toute la dimension de travailler et de préserver l'autonomie c'est vraiment quelque chose de très important pour les patients » - 1.47 « sur l'entretien de l'autonomie » - 1.48 « sur l'entretien de la marche » - 1.48 « des transferts » - 1.48 « le travail en fauteuil roulant » - 1.49 « et puis l'entretien musculaire »	
	Fonction respiratoire	- 1.49 « la kiné respi c'est un travail assez important aussi » - 1.50 « soit sur des épisodes aigus qui ont besoin de kiné respi pour les aider à drainer » - 1.51 « soit des patients qui commencent à s'encombrer parce qu'ils sont en fin de vie mais qui sont encore un peu vaillant ça les aide pas mal »	
<b>Le MK contribue à l'interdisciplinarité au sein de l'USP</b>	Cohérence et complémentarité des soins	- 1.15 « au sein de l'unité ici la place du kiné au final elle est assez centrale parce que le fait qu'il soit présent tous les jours dans le service ça donne enfin ça participe à la continuité dans une structure où les soignants sont en 12h donc qui changent énormément » - 1.19 « ça peut apporter une certaine continuité » - 1.160 « on fait un peu une synthèse un peu des impressions de tout le monde donc à la fois les observations cliniques et puis les aussi les échanges qu'on a avec les patients qu'ils ne disent pas toujours la même chose » - 1.181 « optimiser les informations pour permettre la meilleure prise en charge des patients »	20 occurrences dans cette catégorie. - 4 occurrences positives autour de la cohérence des soins, la place du MK est centrale selon lui car il permet la continuité des soins et les réunions pluridisciplinaires permettent une meilleure PEC des patients - 6 occurrences positives concernant la collégialité : le MK apporte de

	<p>Concertations collégiales</p>	<p>- 1.20 « c'est un membre de l'équipe vraiment à part entière et avec une vision à part entière des patients, avec un apport propre que ce soit aux patients et puis que ce soit nous aux soignants au moment des réunions »</p> <p>- 1.144 « il est là à toutes les réunions de transmission du service ou presque (.) et donc c'est dans ces occasions là qu'on a des discussions collégiales (.) des réflexions autour de la prise en charge des patients »</p> <p>- 1.146 « à ce titre-là son avis est toujours sollicité dans les réunions collégiales et c'est vraiment hyper important aussi d'avoir son point de vue parce que les patients ils disent ou ils montrent pas forcément la même chose aux autres soignants »</p> <p>- 1.150 « son point de vue il est important alors voilà parfois il a pas grand-chose de plus à dire parce que ça lui paraît pas toujours pertinent mais en tout cas c'est important qu'il ait son mot à dire et c'est souvent aidant dans les décisions qu'on peut prendre parce que l'attitude d'un patient vis-à-vis de la ré autonomisation ou vis-à-vis des soins de confort, ça peut vouloir dire beaucoup aussi de son état d'esprit elle son souhait ou de son non souhait de poursuivre des traitements »</p> <p>- 1.164 « c'est de mettre tous ces éléments ensemble qui permet de se faire une idée qui soit la plus globale possible et la plus proche possible de ce que vit réellement le patient et c'est à partir de ça qu'on peut faire une décision médicale qui soit la plus proche possible du souhait du patient et la plus en accord possible avec ses valeurs et avec ce qu'il est quoi »</p> <p>- 1.169 « effectivement toutes les informations qu'on peut recevoir de tous les regards, de tous les professionnels, c'est vraiment primordial quoi »</p>	<p>nombreuses informations sur le patient, son point de vue est important et participe aux prises de décisions</p> <p>-10 occurrences positives relatives à l'esprit d'équipe et au partage : le MK a un rôle d'éducation auprès des soignants et les échanges entre eux permet également de se confier sur son ressenti car la place de soignant dans les soins palliatifs est un rôle difficile à tenir, ils se soutiennent donc les uns les autres</p> <p>→ Selon lui, le MK a son rôle à part entière dans l'équipe, il permet une meilleure prise en charge, apporte son point de vue dans les prises de décision et apporte également son soutien auprès des différents professionnels de l'équipe.</p>
	<p>Esprit d'équipe et partage</p>	<p>- 1.24 « il a un avis et des informations complémentaires à nous apporter que ce soit bah justement pour les soignants en soins quand ils ont besoin d'aide pour mobiliser un patient et qu'ils ne savent pas par quoi commencer, comment d'y prendre pour pas lui faire mal ou ce genre de chose souvent l'expertise du kiné est vraiment, il peut vraiment apporter beaucoup aussi »</p> <p>- 1.53 « après pour les soignants il y a aussi un rôle d'éducation et il les aide à la manutention des patients finalement, aussi en trouvant des astuces pour aider les patients à se mobiliser sans leur faire mal et sans que les soignants se fassent mal aussi »</p> <p>- 1.175 « ces moments d'échanges comme ça voilà ils sont vraiment importants pour les patients mais ils le sont aussi pour nous »</p>	

		<p>- 1.177 « en tant que soignants travaillant en unité de soins palliatifs ça peut être assez fatiguant moralement parce que la confrontation à la mort, à la souffrance, la confrontation aux familles qui sont dans l'émotion, c'est des choses qui peuvent être assez épuisantes et qui peuvent être stressantes »</p> <p>- 1.180 « les moments de partage en réunion c'est des moments qui ont cette double valeur, décharger un petit peu tout ce qu'on peut avoir sur les épaules »</p> <p>- 1.183 « et puis soit par l'humour soit par des discussions plus sérieuses de (.) de réussir à exprimer un peu ce qu'on ressent et à se soutenir les uns les autres »</p> <p>- 1.185 « je pense qu'à ce titre-là la place du kiné elle est pas confortable du tout parce que c'est une des prises en charge où bah justement on essaie d'aider les gens à être mieux le, on essaie de travailler l'autonomie, d'apporter du confort dans des situations où on sait que l'évolution naturelle de la maladie elle va faire que tout va nous échapper petit à petit »</p> <p>-1. 187 « garder cet optimisme et cette volonté de faire bien et d'entretenir l'autonomie des patients tout en acceptant l'inévitable dégradation et le fait que bah un moment les patients ils vont mourir ou en tout cas ils vont se dégrader trop pour pouvoir bénéficier de la kiné c'est vraiment je pense une position qui doit être difficile à tenir parfois »</p> <p>- 1.202 « ça créé un lien et le fait d'avoir un seul kiné, bah c'est toujours le même interlocuteur et du coup il est forcément confronté à la de-dégradation progressive des patients, même des patients avec qui parfois il s'est plus attaché que d'autres donc émotionnellement c'est forcément sollicitant donc il faut pas mal de bouteilles ou au moins un bon appui quoi, une bonne assise. »</p> <p>- 1.249 « au niveau de l'équipe, c'est vraiment un appui important parce que ils les aide physiquement et en tant que personne ça aide d'avoir aussi un interlocuteur supplémentaire avec un point de vue supplémentaire et avec une expertise différente »</p>	
<p><b>Le MK possède des compétences non techniques lui permettant d'intervenir dans les sphères psychologiques et éthiques</b></p>	<p>Communication et relationnel</p>	<p>- 1.27 « il y a un lien très particulier qui se crée aussi avec les patients alors qui est lié à la place de kiné, les patients ont tendance à investir parce que, parce que bah c'est la vie finalement »</p> <p>- 1.30 « et puis il y a aussi une part de caractère je pense que, il y a la personne qui joue aussi. Ici c'est quelqu'un qui est attachant et du coup les gens, ils se livrent à lui différemment de nous »</p> <p>- 1.77 « très clairement le toucher en unité de soins palliatifs c'est quelque chose d'assez important enfin le sensoriel en général parce que c'est une façon pour les patients de réinvestir leur corps »</p>	<p>29 occurrences dans cette catégorie.</p> <p>-12 occurrences positives dans l'aspect relationnel et communicationnel du MK, selon le médecin, il y a beaucoup d'échanges entre le MK et le patient et le toucher a une dimension particulière dans la communication non verbale</p>

	<p>- 1.79 « y'a vraiment plein de choses qui passent par le toucher et à tous les niveaux mais par la spécificité du kiné effectivement c'est un domaine dans lequel il peut apporter beaucoup »</p> <p>- 1.82 « que ce soit sur la réappropriation d'un corps qui est parfois assez altérée par la maladie »</p> <p>- 1.124 « Et puis le fait qu'il soit là tout le temps ça créé des liens hein, ça créé des liens c'est très important »</p> <p>- 1.125 « il y a des familles qui ont besoin de revenir ou de rester en contact avec le service même à distance (...) souvent ils identifient plutôt un des médecins du service comme le médecin référent et ils demandent des nouvelles plutôt de l'un des médecins mais très très très régulièrement c'est « ah et puis vous passerez le bonjour au kiné hein ! » ou « comment il va le kiné ? » c'est toujours lui qui est là » (rires) enfin voilà c'est vraiment aussi un personnage qui est (.) qui a sa place dans le service. »</p> <p>- 1.136 « quand un soignant entre dans la chambre du patient il se dit que ça peut être pour des soins douloureux = ça peut être pour le changement de perfusion etcetera alors que le kiné lui il a une image associée à l'autonomie et au confort et ça dégage quelque chose de très positif je pense »</p> <p>- 1.163 « souvent la séance de kiné c'est aussi un moment où ils se livrent un petit peu différemment et où ils parlent de leur vie et de comment ils se sentent tout ça »</p> <p>- 1.200 « mais là le fait d'avoir un kiné tous les jours ça permet de créer des liens »</p> <p>- 1.212 « ils échangent beaucoup y'a énormément de communication entre le kiné et les patients (.) que ce soit pendant les séances = que ce soit en dehors ↑ parce que le fait qu'il soit :::euh ::: qu'il soit aussi dans les lieux communs du service donc il se croisent dans le couloir ↑ (.) ils se croisent sur la passerelle quand ils vont prendre l'air :::euh ::: et du coup effectivement il y a (.) il y a beaucoup d'échanges »</p> <p>- 1.217 « beaucoup de patients qui vont confier des choses au kiné dont ils parlent pas forcément avec d'autres soignants donc oui effectivement c'est vraiment une source d'information et puis surtout une source de lien = il y a vraiment un lien très intense entre kiné et patient »</p>	<p>- 7 occurrences positives autour du non-acharnement, le MK se réadapte constamment, au niveau des objectifs mais également au rythme de tous les patients du service, il ne force pas les séances</p> <p>- 10 occurrences positives concernant le rôle du MK dans le soutien émotionnel et psychosocial : le MK a un grand rôle dans la motivation du patient, il les rassure et rassure également les familles</p> <p>→ C'est la catégorie qui a été le plus développée par l'interviewé ce qui traduit une certaine importance du MK dans ce domaine selon lui. Le MK a un grand rôle au niveau communicationnel que ce soit de façon verbale, les patients se confiant beaucoup à lui, mais également de façon non verbale via le toucher. Il s'adapte à l'état des patients et à leurs volontés. Enfin, il a un rôle central dans le soutien du patient et de son entourage.</p>
--	--	---

	<p>Non acharnement et réadaptation</p>	<p>- 1.61 « il a ce rôle là aussi de faire un bilan de :::euh ::: à la fois des capacités du patient et puis à la fois des objectifs qu'on peut se fixer »</p> <p>- 1.62 « toute une partie du travail c'est de s'adapter au jour le jour à l'état des patients = parce que l'on peut avoir des patients qui sont en dents de scie et qui un jour vont très bien ↑ un jour sont beaucoup plus fatigués et donc il adapte ses séances à ça et puis il adapte aussi le moment des séances »</p> <p>- 1.66 « le fait d'avoir un temps dédié à l'unité bah quand il passe et que le patient est pas dispo parce qu'il dort ou qu'il est en soins bah il peut se permettre de repasser à un autre moment où le patient est plus disposé à travailler quoi. »</p> <p>- 1.69 « il y a des patients qu'il voit 2 fois par jour (.) il y a des patients qu'il voit pas pendant un jour ou deux parce que c'est pas les bons jours pour eux :::euh ::: c'est (.) c'est vraiment une souplesse aussi :::euh ::: qui est peut-être pas dans le rôle habituel du kiné à l'hôpital mais qui est vraiment une richesse pour les patients de l'unité de soins palliatifs ↑. »</p> <p>- 1.91 « le travail de la toute fin de vie (.) c'est aussi un désinvestissement du corps (...) on est tous amenés à un moment ou un autre à devoir lâcher prise sur ce qui se passe parce que :::euh ::: le corps ne répond plus »</p> <p>- 1.94 « le travail du kiné c'est d'entretenir à la fois ce qui répond encore (.) et à la fois de pas insister sur la perte de ce qui répond plus parce que (.) parce que de toute façon les patients vont forcément passer par là à un moment quoi. »</p> <p>- 1.199 « ici c'est pas des objectifs absolus quoi (.) c'est plutôt des objectifs relatifs liés à l'état du patient à un instant T »</p>	
	<p>Soutien émotionnel et psychosocial</p>	<p>- 1.35 « et puis voilà tu vois ça leur donne accès aussi aux parties communes du service (.) à la passerelle= à la terrasse = pour aller prendre l'air un petit peu :::euh ::: souvent c'est avec le kiné qu'ils font ça et du coup c'est vraiment :::euh ::: c'est vraiment quelque chose de très positif pour eux quoi »</p> <p>- 1.88 « qu'il ne vive pas mal le fait de stagner ou de perdre comme un échec mais plutôt qu'on puisse axer sur les petites victoires qui sont juste les choses qu'on entretient encore et :::euh ::: les choses qu'ils sont capables de faire »</p> <p>- 1.101 « Souvent ça rassure ↑ ça rassure beaucoup parce c'est une preuve très concrète qu'on n'abandonne pas en faite et que :::euh ::: on fait le maximum pour leurs proches »</p> <p>- 1.102 « Eux ça leur donne un espoir et puis c'est aussi (.) c'est un c'est aussi un soin supplémentaire = il voit</p>	



		<p>qu'il y a du monde qui se mobilise autour de leurs proches = autour d'eux en tant que famille aussi »</p> <p>- 1.105 « c'est souvent important pour les familles de voir qu'il y a des séances de kiné ↑ (2s) souvent ils demandent quand ils arrivent en visite au patient ou à la patiente ce qu'il a fait avec le kiné plus que ce que le médecin a dit finalement »</p> <p>- 1.108 « c'est quelque chose de concret et du coup les gens se l'approprient beaucoup et c'est important »</p> <p>- 1.113 « le kiné il a aussi un rôle d'éducation par exemple notamment les patients qui ont des trachéo ou les patients qui ont besoin d'aspiration endotrachéale »</p> <p>- 1.115 « parfois c'est aussi le kiné qui fait l'éducation à l'aspi etcetera ou l'éducation aux changements de tach tout ça c'est vrai que ça peut rassurer les familles de voir comment ça se fait = et de savoir qu'ils peuvent le faire »</p> <p>- 1.120 « Un patient qui respire mieux c'est moins impressionnant pour la famille (.) la respiration c'est quelque chose d'assez démarqué symboliquement alors :::euh ::: quand ils sont encombrés= quand ils ont du mal à respirer c'est assez effrayant pour eux donc :::euh ::: quand ils voient qu'avec une séance de kiné ça l'améliore tout de suite la respiration c'est (.) c'est très important pour eux »</p> <p>- 1.241 « ici on a des patients qui sont :::euh ::: qui investissent beaucoup plus la ré-autonomisation et même :::euh ::: qui réinvestissent beaucoup plus la vie tout court »</p> <p>- 1.243 « qui attendent la prochaine séance de kiné avec impatience = qui se fixent eux-mêmes des objectifs d'une séance à l'autre et :::euh ::: bah c'est le patient qui dit :::euh ::: « bon aujourd'hui j'ai réussi à faire lit-fauteuil donc demain je veux aller jusqu'à la salle de bain ↑ » et en fait ils ont même pas besoin que le kiné leur fixe des objectifs = ils ont juste besoin de savoir que le kiné va passer et les objectifs ils se les fixent tous seuls quoi ↑ donc :::euh ::: ça apporte beaucoup de vie dans le service »</p>	
--	--	--	--