



Rapport de l'étude sur
LES APPORTS DE LA KINESIONOMIE CLINIQUE
en
SOINS PALLIATIFS

au sein de la Maison Médicale Jeanne Garnier

2021

Célia Broussard,
Valérie Girard,
Simon Martine,
Elodie Pothin,
Nicolas Pujol

Table des matières

1. Demande et contexte de l'étude	2
2. Introduction du rapport	3
3. Les apports de la KC en soins palliatifs.....	4
Comment fonctionne la KC ?	4
Comment s'apprend la KC ?	5
Conjurer la peur, soulager les douleurs, atténuer la fatigue	6
Soin technique ou soin relationnel ?	7
Des soins plus longs avec la KC ?.....	8
La KC et les soins palliatifs : une culture commune.....	8
La KC au service du plaisir au travail	9
La KC au service de la coopération.....	11
4. Difficultés et limites liées à la formation	13
Une formation qui suppose une remise en question de la part des soignants	13
Une formation qui peut rendre le travail avec les collègues non formés difficiles.....	13
Une appropriation qui prend du temps.....	14
Une formation qui n'a pas rencontré l'adhésion de tous les soignants	15
Des conditions pas toujours favorables à l'utilisation de la KC	16
5. Conclusion et recommandations	18

1. Demande et contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une dynamique engagée depuis 2019 par la Maison médicale Jeanne Garnier (MMJG) autour de la Kinésionomie Clinique (KC). Pour la troisième année consécutive, la MMJG forme le personnel à cette approche de soin : une trentaine de soignants sont formés à ce jour et quinze sont en cours de formation. La formation, assurée par le CIRDH-FV (Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie Frans Veldman), se décline sur 9 jours répartis sur une année civile et a lieu au sein de la MMJG. Monique de Kerangal, infirmière dans la Maison et formatrice au sein du CIRDH-FV, est à l'initiative de ce projet qui s'adresse à l'ensemble du personnel soignant, médicaux et paramédicaux.

Le pôle recherche de la MMJG a été sollicité fin 2020, d'abord par Monique de Kerangal puis par Marie-Carmen Hebrail (Directrice des soins et de la qualité) afin d'évaluer cette formation et les pratiques de soin qui en découlent. Cette demande d'évaluation s'inscrit dans une volonté de pérennisation de la KC au sein de la MMJG, comme en témoigne la place qui lui est accordée dans le projet d'établissement 2021-2025.

Qu'est-ce qu'apporte la KC en soins palliatifs ?

Nous avons choisi, pour répondre à cette demande et à cette question, d'interroger des soignants de la MMJG ayant terminé leur formation. Le recueil de leur parole nous est apparu, au plan méthodologique, comme le moyen le plus efficace pour évaluer ce que cette formation apporte aux soignants, ce qu'elle change dans leurs pratiques mais, aussi, d'éventuelles limites relatives à la pratique en elle-même ou à la formation.

Ce travail de recherche s'est inspiré des principes de l'enquête en psychodynamique du travail (PDT). La PDT est une discipline, née en France, qui s'intéresse au travail du point de vue subjectif de celles et ceux qui travaillent. A travers ses concepts et sa méthode d'investigation, elle vise à rendre intelligible tout ce qui, dans le travail, est invisible car relevant des affects, c'est-à-dire ce qui relève de la souffrance mais aussi du plaisir au travail.

L'enjeu méthodologique était d'organiser un groupe constitué de volontaires disposés à parler de la manière dont la KC modifiait leurs rapports subjectifs au travail et leurs pratiques. Le choix de cette approche collective visait à honorer deux principes : la compréhension du travail se nourrit de la parole et de l'écoute mutuelle de celles et ceux qui partagent la même activité ; et cette élaboration collective peut faire naître ultérieurement des idées, des propositions, des argumentaires visant à orienter l'action.

Pour atteindre cet objectif, nous avons insisté sur deux prérequis :

- Le volontariat, car la compréhension du travail demande une participation active à la description du travail.
- L'anonymat et la confidentialité, qui garantissent une parole authentique sur le travail.

Deux réunions de deux heures ont eu lieu les 17 juin et 01 juillet 2021 avec un collectif composé de 7 soignants formés à la KC. Ces deux rencontres ont fait suite à la réalisation de 4 entretiens individuels exploratoires réalisés entre le mois de février et le mois de mai 2021, visant à nous sensibiliser avec l'objet d'étude.



Le présent rapport témoigne du travail d'enquête réalisé, non pas en termes de vérité objective, mais en termes de description du rapport subjectif au travail des différents participants et de ce que nous avons compris de l'influence de la KC sur leurs pratiques de soin.

Une séance de validation a eu lieu le 1^{er} octobre 2021 en présence de soignants formés à la KC ayant ou non participé à l'enquête, lors de laquelle ce rapport a été lu dans son intégralité, amendé, puis validé.

2. Introduction du rapport

Au plan conceptuel, la KC peut se définir comme l'application de l'haptonomie (une science, dite de « l'affectivité », développée par Frans Veldman dans la seconde moitié du XX^e siècle) à tous les gestes de soin réalisés au lit du patient : soins d'hygiène, soins corporels, nursing, injections, rééducation ou examen corporel. Elle suppose une attention aux perceptions, aux sensations, aux sentiments et aux affects des patients et s'appuie sur trois piliers : la *présence*, l'*invitation* et l'*intentionnalité vitale*.

Aussi précise soit-elle, cette définition théorique ne suffisait pas aux soignants interrogés pour rendre compte de ce qu'ils vivaient dans le soin depuis qu'ils étaient formés, en particulier auprès de leurs collègues non formés. En effet, ils ont unanimement exprimé une difficulté au démarrage de l'enquête : celle de rendre compte de manière simple et intelligible de la KC. Ils la décrivaient à la fois comme un ensemble de techniques de manutention et comme une manière d'être avec le patient. Elle ne relevait ni des soins strictement relationnels ni des soins strictement techniques. Comme le dit une soignante :

« Souvent quand on me demande ce que c'est la kinésionomie clinique, j'ai du mal à l'expliquer et j'appelle toujours une collègue à la rescousse. Parce que je trouve que c'est dur à expliquer, c'est quelque chose qui est assez subtil, ça va chercher des choses qui sont difficiles à expliquer ».

Ce rapport nous a semblé dès lors devoir répondre à une double demande :

- la demande d'évaluation de la formation,
- mais aussi, une demande exprimée par les participants de mieux comprendre l'influence de la KC sur leur rapport subjectif au travail afin qu'ils puissent en rendre compte de manière plus habile à d'autres personnes non formées.

Comme nous allons le voir, cette difficulté à parler de la KC relève d'une difficulté plus globale : celle de parler de l'engagement du corps dans le travail de soin. La PDT a montré que l'intelligence est en effet toujours en avance sur la conscience : les habiletés au travail relèvent en grande partie d'habiletés du corps difficiles à traduire par les mots. Or, il nous est apparu assez rapidement que la KC visait justement l'accroissement des registres de sensibilité du corps des soignants. Il nous est apparu également très tôt que les trois piliers qui la soutiennent : la *présence*, l'*invitation* et l'*intentionnalité vitale*, n'étaient pas étrangers à ceux qui soutiennent également la culture palliative. Comme le dit une soignante :

« J'ai tiré de la formation une vision plus enrichie de mon travail, dans le sens où en fait ces piliers-là je les sentais déjà, mais sans être capable de mettre des mots dessus. Elle m'a permis de formaliser pas mal de choses, d'explicitier un peu ce qui se jouait dans le soin, et quels étaient les freins à certains moments dont je ne me rendais pas compte. »

Nous avons ainsi fait le choix de structurer ce rapport de manière à montrer comment la KC révèle et honore ce qui fait la richesse du travail en soins palliatifs.

- La première partie vise à montrer ce que la KC modifie dans le corps à corps entre le soignant et le patient, comment elle contribue à l'expérience du plaisir au travail et comment elle renforce la coopération entre soignants.
- La deuxième partie s'attache à montrer que ce « trésor » reste encore fragile au sein de l'institution et à identifier à quelles conditions il peut fructifier ou disparaître.
- La conclusion nous permet de formuler quelques recommandations pour l'avenir.



Sur la forme, le rapport alterne des citations issues du discours des participants avec des commentaires et des apports théoriques visant à mettre en lumière comment nous comprenons la manière dont la KC agit sur les pratiques de soin et modifie leur manière de travailler.

3. Les apports de la KC en soins palliatifs

Comment fonctionne la KC ?

Frans Veldman, le créateur de cette approche de soin, disait : « *on ne doit rien faire, c'est le patient qui guide* ». Voici comment en parle une soignante lors de l'enquête :

« il faut accompagner les mouvements du patient, on suit ses mouvements en l'accompagnant et c'est vraiment ça qui lui permet de reprendre confiance en lui. Si on fait un mouvement brusque, il ne suit plus, il perd l'équilibre et la peur s'installe. »

Cette habileté à accompagner le patient, à le laisser guider le mouvement implique pour les soignants un temps d'observation :

« J'essaie de regarder ce qu'il est encore capable de faire. Pour le patient c'est bénéfique de prendre son temps, d'avoir des gestes posés, de ne pas être dans la précipitation. La kinésionomie pour ça c'est super » ;

« Il faut quand même être très attentif à la tonicité qu'à une personne, au contact qu'elle a, à l'accroche du regard. Tout ce qui pourrait me faire détecter du mouvement, ou de la vie ».

Les soignants disent avoir développé avec la KC une habileté à « appeler » les capacités du patient, habileté qui implique une réorganisation de l'espace relationnel :

« En kinésio, on m'a appris à m'écarter du lit, pour bénéficier de la place, pour laisser aussi la place au patient de bouger et de se tourner. En fait, on ne s'en rend pas compte, mais te mettre sur le côté quand tu as un soignant qui est à 5cm de toi, ce n'est pas évident. Alors que si le soignant recule et qu'il laisse de l'espace... Moi, maintenant, c'est un truc que je dis beaucoup aux patients : sentez l'espace qu'il y a autour de vous dans le lit, vous avez le droit de toucher le bord. »

Les soignants apprennent avec la KC à se mouvoir dans l'espace de la chambre afin de trouver la bonne proximité dans ce corps à corps – ni trop près, ni trop loin – et apprennent à jouer avec l'espace du lit :

« Il n'y a pas longtemps je me suis retrouvée à dire à une collègue : « je te rassure, il ne craint rien ». Elle avait peur que je lui fasse mal, il fallait que rien ne sorte du lit, si l'orteil sort c'est dangereux. Alors que certains patients sont finalement plus confortables avec un pied dans le vide que coincés au bord de la barrière. En fait, leur jambe tombe en dehors du lit. L'équilibre est au niveau du bassin, l'équilibre est là, donc la personne est confortable » ;

« J'ai toujours une réaction quand mes collègues me demandent de mettre les barrières du lit. En kinésio on m'a appris à sentir le point de levier, à sentir le point d'appui, à sentir quand ton patient, il est bien calé, tu vois. »

Comment s'apprend la KC ?

Au-delà de techniques de mobilisation, nous comprenons que les soignants apprennent durant la formation à développer leur registre de sensibilité, à sentir des choses qu'ils ne sentaient pas avant. Pour cela, les formateurs proposent des exercices de mise en pratique durant lesquels les participants jouent à tour de rôle le patient ou le soignant. Si l'intelligence est toujours en avance sur la conscience, poser des mots sur des sensations contribue au développement de la sensibilité. Nous l'avons dit, la formation en KC offre trois

concepts clés aux soignants : la *présence*, l'*invitation* et l'*intentionnalité vitale*. Les soignants prennent ainsi conscience durant la formation de choses qu'ils faisaient déjà intuitivement. Les concepts leur permettent d'aller plus loin, d'approfondir, d'affiner ce qui était déjà là. C'est dans un aller-retour constant entre l'expérience sensible et les concepts que se développe l'intelligence du corps : de même que les concepts permettent aux soignants d'aller chercher au contact des patients ce qu'ils ont appris à nommer, le fait de sentir accroît en retour leur compréhension des concepts. Si les soignants interrogés disent que la KC produit des effets assez rapidement pendant et après la formation, elle ouvre aussi un horizon d'approfondissement et de perfectionnement :

« Ça nous ouvre nos horizons en fait, on n'est plus cantonné aux gestes qu'on a appris et on réalise qu'on peut faire beaucoup plus de choses différemment. Ça ouvre le champ des possibles. »

Conjurer la peur, soulager les douleurs, atténuer la fatigue

En soins palliatifs, les patients sont fragiles, fatigués, souvent douloureux et angoissés. Pourtant, les soins impliquent de les toucher, de les manipuler, de les déplacer. Ce corps à corps est risqué : pour le patient, qui peut avoir mal, qui peut tomber ; pour le soignant, qui peut faire mal, qui peut faire tomber, mais qui peut aussi se faire mal. Travailler en soins palliatifs implique donc de travailler avec ses propres peurs, de les domestiquer pour faire en sorte qu'elles ne contaminent pas les gestes de soin. Cet apprivoisement de la peur relève d'un travail de soi, sur soi, qui passe par le développement d'habiletés techniques. Plus on est habile, moins on a peur et inversement. De même, plus on est habile, moins le patient a mal ; moins le patient a mal plus il est en confiance ; plus il est en confiance, moins les soins sont difficiles et couteux psychologiquement et physiquement pour le soignant. Les soignants interrogés disent que la KC favorise ce cercle vertueux :

« Quand le patient a fait une première fois avec un soignant qui a utilisé la kinésio, il se souvient qu'il a fait comme ça et que ça s'est bien passé. Au bout du compte on gagne en confiance, le patient il te donne sa confiance. Ils ont des antennes, on dit qu'il y a le souvenir de la douleur, ils ont aussi le souvenir de la douceur ».

Si la KC agit selon les soignants interrogés sur la peur, celle du patient comme celle du soignant, elle semble également efficace contre la douleur. Ils remarquent que les patients ont moins mal lors des soins ou des mobilisations et disent qu'elle permet aussi de les préserver physiquement :

« On est tellement dans la présence à l'autre, dans l'écoute à l'autre, que la personne se sent en sécurité et se laisse accompagner dans le geste d'une mobilisation. Tout ce que je fais c'est pour que la personne ne soit pas en souffrance et pour moi-même, j'ai beaucoup moins de douleurs qu'avant et c'est vrai qu'avant la formation, j'avais toujours tendance de porter ou de soulever ».

Une autre soignante raconte :

« Depuis ma formation en kinésio je n'ai quasiment pas de douleurs dans les mobilisations, alors qu'avant je pouvais avoir des douleurs parce que je portais trop. Le changement il est énorme pour moi ».

La KC joue aussi sur la fatigue des soignants interrogés :

« Je me fatigue beaucoup moins, parce que j'ai cherché justement l'élan vital de la personne et dans cette invitation j'ai moins d'efforts à faire, j'ai juste à aller chercher. J'ai beaucoup moins de fatigue quand je fais des mobilisations sur toute une séance. On est dans des formes de portage quelquefois, avec des draps pour alléger pour les œdèmes par exemple et là c'est vraiment beaucoup plus simple. » ;

« Je suis bien moins fatiguée dans les prises en charge, je me fais beaucoup moins mal durant les séances. »

Soin technique ou soin relationnel ?

Les soignants interrogés disaient que la KC ne relevait ni simplement d'un ensemble de techniques de manutention, ni simplement d'une manière d'être et d'entrer en relation avec les patients. Elle permet en cela d'illustrer, selon nous, que tout soin technique est relationnel et tout soin relationnel est technique. Un change, une injection, un examen corporel ne se font jamais de manière complètement standardisée ; les soignants s'adaptent à l'état affectif, émotionnel, physique des patients. On ne fait pas une injection à une personne angoissée de la même manière qu'à une personne sereine : on adapte sa manière de parler, de se mouvoir, de toucher le corps du patient. Toute technique de soin engage des habiletés relationnelles. De même, l'idée que l'empathie, l'écoute, l'attention et la présence relèvent d'habiletés techniques va à l'encontre d'une vision « romantique » du soin selon laquelle ces qualités seraient naturelles. Or, ce qu'illustre la KC tels qu'en parlent les soignants interrogés, c'est que ces qualités s'apprennent et s'affinent avec le temps. Savoir écouter c'est savoir quand se taire et quand parler. C'est une manière de se positionner au lit du malade, une intonation, une manière de regarder. Nous pourrions en dire de même pour la présence et l'attention. Toutes ces qualités relèvent de techniques du corps, d'habiletés qui s'affinent et se transmettent entre collègues à l'intérieur d'une équipe. Dire que le soin relationnel est technique ne signifie pas pour autant qu'il serait inauthentique ou que l'affection pourrait se décider ; elle surgit. Mais ce surgissement dépend de la capacité du soignant à répondre aux besoins toujours singuliers de chaque patient, réponse qui relève en grande partie de la technique.

Des soins plus longs avec la KC ?

Une question qui est revenue durant l'enquête était de savoir si la KC et ce qu'elle implique – la *présence*, l'*invitation* et l'*intentionnalité vitale* – majorait le temps nécessaire pour réaliser les soins. Les soignants étaient assez unanimes pour dire que non : le temps nécessaire d'observation des capacités du patient et le temps nécessaire pour obtenir une réponse à l'invitation sont ensuite compensés par un soin plus fluide.

« La kinésio ça appelle à être très disponible, il faut que ton patient réponde et une réponse, ça peut aller très vite et des fois ça peut être très long. L'idée c'est de leur permettre de mobiliser la ressource qu'ils ont. Je suis plus vigilante à ça, en fait ça demande aussi plus de temps, plus de disponibilité, parce que pour moi c'est plus facile en fait de faire pour tout le monde pareil et de ne pas se poser de questions. Mais c'est plus enrichissant et c'est moins fatigant physiquement pour moi. Quand ils participent plus, quand je vais chercher ce dont ils sont capables, physiquement je fais moins de choses »

« Quand on était dans des gestes mécaniques, on gagnait du temps, mais, quoi finalement, des fractions de secondes peut être. Pour qu'au final derrière si ça se trouve le patient soit crispé, tendu, angoissé et douloureux, ce qui veut dire potentiellement rester plus longtemps dans la chambre pour essayer de le rassurer, potentiellement ressortir certains antalgiques, alors qu'en ayant apporté plus de présence et en permettant au patient de participer à sa mobilisation, il y a tout ça qui n'est pas induit derrière ».

La KC et les soins palliatifs : une culture commune

Comme nous l'avons dit, ces trois piliers que sont la *présence*, l'*invitation* et l'*intentionnalité vitale* nous semblent aussi relever de la culture palliative. Les soins palliatifs sont nés pour lutter contre l'abandon dont étaient victimes les patients dits incurables. Lorsque la guérison ne peut plus être la visée des soins s'ouvrent d'autres horizons : le confort physique, mais aussi des visées qui relèvent de la vie psychique, sociale et spirituelle des patients. Mettre en œuvre cette approche de soin globale équivaut, individuellement et collectivement, à donner de la valeur à ce temps qui reste. Si les soins dits techniques et les médicaments y contribuent en soulageant la douleur, l'angoisse ou la fatigue des patients, ce sont les soins dits relationnels qui permettent d'honorer la vie jusqu'au bout. C'est à travers les relations qu'ils tissent avec les patients que les soignants attestent et signifient que cette vie, certes diminuée, a de la valeur. Or, être en relation, c'est être dans l'échange, dans le partage, dans la réciprocité. C'est reconnaître l'autre dans sa singularité. C'est lui laisser un espace pour qu'il puisse s'exprimer. C'est entendre et respecter sa volonté. C'est lui signifier, en cherchant à mobiliser ses capacités, qu'il reste vivant jusqu'au bout.

Les soignants qui ont participé à l'étude disaient que la KC était une manière, dans les soins corporels et les mobilisations, d'honorer ces principes relationnels.

« Avant, on s'occupait d'une partie d'un corps, on peut presque parler d'un objet. Là finalement on s'aperçoit que ça va au-delà de la mécanique d'une partie du corps, ce n'est même pas que le corps physique, on englobe vraiment le patient dans toute sa personnalité et c'est là où on récupère certaines capacités. »

Nous avons été particulièrement marqués durant l'enquête par l'enthousiasme des soignants pour la KC. Efficace contre la peur et la douleur, au service de la confiance dans la relation de soin, rendant le travail moins éprouvant physiquement, la KC contribue, pour les soignants interrogés, à des soins de meilleure qualité.

Comme nous allons le voir maintenant, les habiletés développées par les soignants interrogés grâce à cette formation concourent ainsi à l'expérience du plaisir au travail.

La KC au service du plaisir au travail

La PDT a développé une théorie du plaisir au travail que nous allons succinctement introduire ici afin d'illustrer les propos recueillis auprès des soignants. Travailler, c'est inévitablement faire l'expérience de ce qui résiste aux habiletés, aux savoir-faire. Le travail est en effet toujours grevé d'imprévus, de difficultés nouvelles, de pannes, de changements, si bien que travailler c'est continuellement inventer, créer, « trouver », ruser, pour atteindre les objectifs prescrits par l'organisation du travail. Ce temps passé à chercher des solutions n'est pas forcément un temps agréable : le doute, l'agacement, la colère, l'envie d'abandonner peuvent accompagner l'expérience de ce qui résiste aux savoir-faire. La PDT parle d'une lutte avec le réel du travail, lutte qui, à force d'endurance et d'intelligence, se traduit par un accroissement des registres de sensibilité. On devient plus habile avec le temps, ce qui semblait difficile au début devient plus facile. Le travail est ainsi un moteur très puissant pour s'éprouver soi-même et développer sa subjectivité. Cet accroissement des habiletés, qui relèvent en grande partie de l'intelligence du corps, est un premier principe du plaisir au travail. En trouvant des solutions, en progressant, l'expérience désagréable de la résistance du réel peut se transformer en plaisir. Or, ses solutions appartiennent à chaque travailleur, elles consistent en un compromis singulier entre l'exigence de la tâche et les intentions du sujet qui impliquent l'engagement de sa subjectivité. Le premier niveau du plaisir au travail relève d'un rapport de soi à soi, il s'atteste dans l'expérience intime d'avoir fait preuve de créativité, dans la fierté d'avoir dépassé les difficultés.

Selon les soignants interrogés, la KC les encourage à déployer leur créativité dans le travail.

« La kinésio ça laisse beaucoup plus de place à la créativité du soignant. Certes on a appris des mouvements, mais à aucun moment il n’y a la bible avec les mouvements. La kinésio ça t’apprend à : OK ton patient tel jour, à telle heure ou est-ce qu’il en est aujourd’hui, qu’est-ce qu’il peut amener, qu’est-ce qu’il ne peut pas, qu’est ce qui a changé par rapport à hier. Qu’est-ce qu’aujourd’hui je peux lui demander. Ce n’est pas du tout une methodo, petit a, petit b, petit c. On va à la rencontre de quelqu’un et tu peux créer avec lui ou avec elle. Donc moi, je trouve ça beaucoup plus enrichissant. Je trouve que c’est beaucoup plus épanouissant et c’est beaucoup plus proche de ce que j’ai envie de vivre dans le quotidien ».

Au-delà de cette place laissée à la créativité, les soignants interrogés disaient que la KC leur permet de réussir des choses techniquement difficiles :

« Quand tu as réussi à faire un soin difficile, éprouvant, avec un patient qui a peur, qui n’est pas bien, et que tu as réussi à faire quelque chose de fluide, et de calme et de tranquille, c’est vraiment très épanouissant en fait. Tu te dis : “j’ai bien bossé, ma mission je l’ai bien faite quoi”. Ça s’est bien passé, c’était calme, c’était fluide et naturel. »

Dans cette satisfaction du travail bien fait, nous retrouvons aussi chez les soignants interrogés le registre des valeurs. Bien faire son travail ne relève pas uniquement de la performance ou de l’efficacité, cela relève aussi de l’éthique.

« Ça me renforce dans mes valeurs, ça me laisse continuer à essayer d’être la plus bienveillante possible et ça me rappelle que le sujet c’est celui qui est en face de moi dans le lit. C’est lui qui doit faire et moi je suis là pour accompagner. Moi la kinésio ça me donne ça. Je me sens bien quand j’arrive à bien le faire avec des patients, ça me conforte dans ce que je suis et quand je repars enfin voilà, je peux me dire : bien tiens, j’ai fait un bel accompagnement, une belle toilette. Enfin oui, ça m’apporte du bien-être, ça, c’est sûr ».

Si le plaisir au travail s’expérimente dans le rapport intime que le sujet entretient avec le réel du travail, il s’accroît lorsque les solutions singulières trouvées sont l’objet de la reconnaissance d’autrui. Le plaisir au travail ne dépend pas que de soi, il implique la reconnaissance des bénéficiaires du travail, ici les patients, la

reconnaissance de la hiérarchie et la reconnaissance de ses pairs. Tous les signes d'apaisement et de confiance témoignés par les patients grâce à la KC fonctionnent ainsi sur le mode de la reconnaissance et participent du plaisir au travail. Une soignante racontait par exemple la surprise d'un patient qui se remettait à sentir une partie de son corps nouvellement paralysée et qui n'avait plus été mobilisée avant son séjour à la MMJG. Toutes ces réactions positives des patients relèvent de la reconnaissance et concourent à transformer les difficultés inhérentes au travail en plaisir. Les soignants qui ont participé à l'étude disaient aussi que la KC avait renforcé le sentiment de reconnaissance entre collègues.

« On a fait des toilettes à plusieurs assez super. Moi, j'ai le souvenir de séances de toilettes : wôw, on était ensemble entre nous, mais aussi avec la personne qui était au centre. On a bien bossé. Même si la toilette était compliquée, c'était satisfaisant. Oui c'est ça, ce n'est pas parce que c'est dur que ce n'est pas satisfaisant, c'est l'inverse même ».

Le travail en soins palliatifs se fait la plupart du temps en binôme et peut impliquer des soignants supplémentaires lorsque les soins sont particulièrement complexes. Ces temps de travail collectifs constituent la source de la reconnaissance par les pairs, reconnaissance très puissante du point de vue des ressorts du plaisir au travail. Le sentiment, relaté dans l'extrait précédent, de travailler en harmonie pour et avec le patient atteste, comme nous allons le voir plus en détail maintenant, d'une estime réciproque entre collègues fondée sur le respect de règles de travail partagées.

La KC au service de la coopération

La formation à la KC introduit de nouvelles manières de travailler. Les soignants doivent ainsi désapprendre d'anciennes manières de faire, ce qui implique une remise en question de règles de travail construites parfois sur des années. Les règles de travail relèvent du travail effectif et sont le fruit d'une délibération collective. C'est pourquoi, dans une institution comme la MMJG, toutes les unités ne travaillent pas exactement de la même manière. Chaque équipe bénéficie de la manière singulière dont ses membres déjouent la résistance du réel du travail, de leurs styles respectifs. Tous les temps de discussion qui émaillent le travail en soins palliatifs concourent, de manière explicite ou implicite, à la production de règles communes. Ces espaces de discussion orientés vers la production de règles communes traitent des difficultés quotidiennes rencontrées dans le travail. Tel patient, telle famille va soulever des questions nouvelles, va exiger de réfléchir en équipe pour trouver la bonne solution. Petit à petit, des règles adaptées au réel du travail, c'est-à-dire aux difficultés, se sédimentent dans chaque équipe. De la capacité des membres du collectif à produire, à honorer et à rediscuter ses propres règles de travail procède la confiance et la coopération dans le collectif de travail. La KC permet aux soignants interrogés de mettre des mots sur des choses qu'ils faisaient de manière intuitive et qui ne pouvaient donc pas faire l'objet d'une délibération. Elle accroît ainsi les espaces de discussion, introduit de nouvelles règles de travail au lit du patient et renforce la coopération.

« Ça n'a aucun sens que je fasse le soin tel que j'ai envie de le faire moi. Il y a des choses que je faisais intuitivement, mais de rencontrer des gens qui le formalisent, qui le font vivre et expérimenter, ça m'a fait du bien. Maintenant j'arrive plus à me positionner auprès de mes collègues aussi ».

Une soignante qui a participé à l'étude a l'habitude d'être appelée en renfort pour des soins particulièrement complexes. Elle remarque que les équipes formées à la KC font désormais beaucoup moins appel à elle.

« On est davantage sollicité dans les services où il n'y a pas eu de kinésio, je vois qu'il y a vraiment une différence. Les équipes ont pu s'approprier une technique de soin qui évite d'aller chercher à l'extérieur, en urgence. Parfois on est appelé en urgence, pour une toilette compliquée. Je trouve que c'est super. »

La KC, selon elle, aurait renforcé la coopération des équipes formées qui gagnent ainsi en compétence et en autonomie.

De même, les membres du collectif interrogés ont le sentiment que la formation peut renforcer la coopération avec les médecins.

« Avant, le médecin aurait sollicité un soignant et finalement si là il se sent capable de mobiliser un patient en sécurité, ça peut nous libérer parce qu'on peut être dans une autre chambre auprès de quelqu'un d'autre. Ça change pour le patient, mais ça change aussi pour le médecin, il va être plus dans l'écoute quand on parle de soins compliqués, de douleurs, parce qu'il aura pris conscience de notre travail. Des fois s'il vient en visite auprès d'un patient, en notre présence, on est en train de faire des soins, c'est vraiment super sympa. Il participe ».

La formation à la KC porte donc de nombreux fruits pour les soignants interrogés. Comme l'a exprimé une participante :

« Je trouve ça révolutionnaire, c'est un privilège d'être formés et plus on va être formés là, ça va faire 3 ans de formation, on va être nombreux là quand même. Donc c'est bien »



Si la KC est apparue durant l'enquête comme efficace sur la peur et la douleur, si elle permet de réussir des soins complexes, si elle renforce le plaisir au travail et la coopération, les soignants interrogés ont aussi fait part de difficultés et ont souligné certaines limites à prendre en considération pour permettre à cette formation de donner son plein potentiel.

4. Difficultés et limites liées à la formation

Une formation qui suppose une remise en question de la part des soignants

Nous avons dit que la formation à la KC introduisait de nouvelles règles de travail et qu'elle supposait des soignants qu'ils désapprennent certaines pratiques et certaines habitudes. Ce processus n'est pas simple car il suppose une remise en question.

« J'ai désappris beaucoup de choses qu'on m'a enseigné à l'école : comment il fallait attraper le patient, le tourner, mettre nos mains là. Alors qu'en kinésio c'est, enfin voilà, il faut enlever tout ça. »

Le temps de la formation est donc un temps qui peut s'avérer déstabilisant pour les soignants, tout comme l'est la période durant laquelle ils renoncent à faire comme avant sans avoir encore maîtrisé les nouvelles règles. Une soignante interrogée raconte :

« Au début c'est compliqué parce qu'on se pose beaucoup de questions, on réfléchit beaucoup à ce qu'on va faire et on retourne parfois dans la mécanique du geste alors qu'on sait que ce n'est pas ça qu'on recherche. Alors qu'après on arrive à le faire de façon plus fluide, plus subtile. »

Les soignants désapprennent des manières de faire acquises en formation initiale ou durant leur expérience professionnelle, mais certains ont également mal vécu de recevoir au même moment dans la Maison une formation aux mobilisations dont les principes entraînent en contradiction avec la KC.

« Ça a été un problème avec les cours qui ont été faits par l'ergothérapeute, tout est arrivé en même temps et ça rentrait carrément en contradiction. On est ressorti de ses cours frustré et même en colère parce que c'était complètement antinomique avec ce qu'on avait appris en kinésio. C'était très étrange d'ailleurs. C'était la formation-école du dos comme on l'apprend à l'école dans le cadre de prévention des risques liées à l'activité physique ».

Une formation qui peut rendre le travail avec les collègues non formés difficiles

Cette frustration de recevoir des prescriptions antinomiques au même moment entre en résonance avec une autre difficulté, celle de travailler avec des soignants pas encore formés à la KC. Nous l'avons vu dans la première partie, les règles de travail ne relèvent pas que de l'efficacité, mais aussi de l'éthique. Apprendre une nouvelle manière de faire, engage les soignants aussi du point de vue de leurs valeurs. Le décalage avec leurs collègues durant les soins pouvait générer chez certains le sentiment de mal faire et de la frustration. Les soignants disaient qu'ils préféreraient renoncer à ce qu'ils avaient appris durant la formation lorsqu'ils se

retrouvaient en binôme avec un collègue non formé pour éviter que le patient ne se retrouve pris en étau entre deux manières de faire. Cette solution leur apparaissait souvent comme la moins mauvaise, car il est très difficile de transmettre la KC au lit du malade.

« Moi c'est toujours l'intentionnalité vitale qui vient toujours, mais quand je dis à mes collègues, "on va aller chercher l'intentionnalité vitale de M. Intel", elles me répondent "bon, tu es mignonne, mais on ne sait pas ce que c'est". C'est difficile à expliquer, parce que dès le début de la formation en kinésio c'est des choses qu'on nous a fait ressentir très fortement. Ça peut laisser un petit goût d'insatisfaction c'est vrai quand je ne peux pas le vivre tout le temps, quand tu ne peux pas trop mettre tout ce que tu as envie de mettre dans le soin, c'est plus difficile ».

Une appropriation qui prend du temps

L'autre difficulté ressentie par les soignants interrogés, c'est que l'appropriation de la KC prend du temps. Parmi les trois piliers de la KC, c'est celui de l'invitation qui est revenu le plus souvent dans le discours des participants, suggérant une moindre appropriation des deux autres durant la formation. De même, les soignants apprennent des techniques de mobilisation qu'ils réutilisent à l'issue de la formation et d'autres qu'ils oublient ou qu'ils renoncent à utiliser par manque de maîtrise. Une soignante nous disait :

« Il y a le grand levier, le petit levier, ça c'est facile à utiliser et après je ne sais plus trop. »

Une autre technique, le tango, apparaissait comme particulièrement difficile à mettre en pratique :

« Le tango, c'est au lit, tu dois passer les mains dessous, revenir là, tu retournes... Il est dur celui-là, on l'utilise peu, et quand tu ne le pratiques pas tu le perds. » ; « j'aurais besoin qu'on me remontre les transferts assis debout. Je ne me lance plus dedans car j'estime que j'ai besoin de renouveler. »

Une soignante nuancait cependant l'importance de maîtriser telle ou telle technique car l'important était ailleurs : dans la manière de faire vivre les piliers de la KC, signifiant par là qu'il ne fallait pas la réduire à des techniques de mobilisation. Par ailleurs, l'appropriation de la KC, comme nous l'avons vu dans la première partie, passe par un accroissement des registres de sensibilité. Les soignants interrogés racontaient ainsi la difficulté de mettre en pratique ce qu'ils avaient d'abord ressenti sur leurs collègues en formation avec des patients qui n'avaient pas du tout les mêmes mobilités, le même tonus.

Une soignante exprimait ainsi sa frustration ressentie au moment de la formation :

« Ça m'arrivait très souvent au début de la formation, c'est hyper frustrant parce qu'à la fois tu as appris plein de trucs trop cool et en fait tu as l'impression qu'il n'y a rien qui marche dans le travail. On a l'impression que tout est hyper facile en formation et quand tu te retrouves avec des patients qui n'ont pas les mêmes limites, c'est plus difficile. »

Toutes ces difficultés exprimées durant l'enquête révèlent pour les participants un besoin d'être soutenus et accompagnés pour approfondir leur appropriation de la KC sur le terrain, dans les services. Ils ont formulé en ce sens des pistes d'action que nous résumerons dans la conclusion en guise de recommandations.

Une formation qui n'a pas rencontré l'adhésion de tous les soignants

Les participants ont également souligné que la formation n'avait pas rencontré l'adhésion de tous les soignants de la Maison. Une soignante disait ainsi que certains :

« Se seraient ennuyés à cette formation, que ça ne les avait pas du tout intéressés. »

Cela a fait l'objet d'une importante discussion entre les chercheurs et les participants pour tenter d'expliquer pourquoi certains pouvaient y adhérer moins que d'autres. Une participante disait :

« Il faut accepter de se laisser surprendre, de se dire que tu vas changer tes pratiques. Ce n'est pas évident pour tout le monde, ça dépend un peu où tu en es dans ta vie professionnelle. »

Une soignante avançait une autre explication :

« Ce n'est pas une formation anonyme, on est au-delà de la technique, donc elle est confrontante à l'autre et à soi. »

Nous avons rencontré au plan méthodologique une double difficulté pour tenter d'explorer cette question : il n'a pas été possible d'identifier précisément quels soignants de la Maison avaient moins adhéré à la formation et même s'il avait été possible de le faire, il n'est pas sûr qu'ils aient été volontaires pour parler de leur travail de la manière dont l'appelait l'enquête, c'est-à-dire du point de vue subjectif et affectif. Si nous ne pouvons donc rien affirmer, nous pouvons reprendre ici les deux hypothèses mentionnées par les soignants interrogés. Nous avons dit que cette formation avait impliqué pour les participants une période de

remise en question inconfortable. Tout le monde en effet n'est pas prêt à endurer un tel état affectif au moment où il ou elle se retrouve en formation. Nous avons vu aussi dans la première partie que la KC impliquait un autre rapport à la peur et que certaines techniques pouvaient apparaître comme dangereuses du point de vue de soignants non formés. La peur est une émotion très puissante et tout le monde ne s'en défend pas de la même manière. La KC pourrait fragiliser de manière trop importante la manière dont certains soignants ont appris à vivre avec au travail. Une autre hypothèse est que la KC invite à la réciprocité dans la relation de soin. La distance affective qu'elle implique dans la relation avec les patients peut, ici encore, fragiliser la manière dont certains soignants ont appris à se positionner. Il nous apparaît donc contre-productif d'obliger que l'ensemble du personnel soit formé et applique la KC, mais il est fortement recommandé que l'ensemble des équipes soient sensibilisées à cette dynamique dans l'objectif d'aboutir à une culture commune. Il nous semble que la culture de soin qu'elle véhicule peut s'épanouir et s'étendre avec le temps à travers les nombreux espaces de discussion formels et informels que favorise l'organisation du travail en soins palliatifs.

Des conditions pas toujours favorables à l'utilisation de la KC

La dernière difficulté soulevée par les participants relève justement de l'organisation du travail. Si les soignants interrogés ont dit de manière unanime que la KC n'exigeait pas de prendre plus de temps pour réaliser les soins, ils ont dit qu'elle exigeait d'avoir du temps et une disponibilité d'esprit. Contrairement à des approches plus standardisées ou plus mécaniques, la KC implique pour le soignant un effort pour être *présent*, pour vivre *l'invitation* et pour rechercher *l'intentionnalité vitale* des patients. Cette présence, cette disponibilité d'esprit reviennent, comme l'a exprimé une soignante interrogée, à créer une bulle autour du patient. Nous comprenons que cette bulle équivaut à se mettre dans un certain état psychique, habileté qui relève entièrement du travail et qui consiste à faire abstraction de tout le reste :

« On est vraiment dans l'instant présent et on profite. Cela revient à être pleinement présent avec le patient. On passe un bon moment, le patient passe un bon moment, et en fait hop exit tout ce qui se passe autour avant, après. On en perd la notion du temps, on est dans une bulle à ce moment-là ».

Se mettre dans cette bulle, dans cette présence avec le patient s'apprend avec le temps mais demeure un état psychique fragile et vulnérable aux variations de l'organisation du travail.

La coopération dans le travail en équipe prend du temps pour se construire. Avec le temps, les soignants se comprennent sans même se parler et le soin au lit du malade devient fluide. Les règles de travail en équipe s'affinent, évoluent dans le temps si bien que tout changement d'équipe oblige un effort important pour en reconstruire de nouvelles. De même, certaines journées ou certaines périodes imposent de travailler sous une contrainte de temps plus importante, ce qui peut majorer la difficulté de recourir à la KC.

Comme dit une soignante :

« C'est la pendule notre ennemi ».

Si ces difficultés relatives à l'organisation du travail perdurent, c'est toute la dynamique du plaisir au travail que nous avons décrite qui se trouve compromise. La frustration et la fatigue perdent alors leur potentiel créateur, le sentiment de rogner sur la qualité du travail augmente, ce qui peut ouvrir la porte à une souffrance dite pathogène. Cet enjeu est particulièrement bien résumé par une soignante interrogée, à qui nous laissons le mot de la fin.



« Il y a tellement un retour agréable et positif avec la KC que je ne trouve pas que ce soit fatigant de travailler de cette manière. C'est plutôt l'inverse, c'est quand tu es fatigué que ça peut être difficile de travailler comme ça. Ce n'est pas la méthode qui te fatigue, c'est la fatigue qui rend difficile son utilisation. Parce que c'est vrai que ça demande de la disponibilité, ça demande une écoute. Alors ça ne prend pas forcément beaucoup plus de temps, mais il faut quand même en avoir pour pouvoir faire un soin correctement. Mais des fois tu n'en as pas, et c'est difficile. Des fois la charge de travail dans le service fait que tu cours partout, parce que ça arrive de partout. Et c'est peut-être un petit peu plus difficile à vivre en soins palliatifs puisque tu as envie que chaque patient ait du temps pour lui, en fonction de ses besoins ce jour-là. Ça ne prend pas plus de temps, en revanche, ça demande au soignant d'être disponible, d'être à l'écoute, de se mettre dans le soin ».

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette enquête réalisée auprès de soignants de la MMJG formés à la KC, nous avons découvert une approche de soin qui nous semble rejoindre en tout point la philosophie et la culture palliative. Si la KC peut trouver une application dans n'importe quelle spécialité, elle apparaît tout particulièrement pertinente en soins palliatifs. Elle s'appuie en effet, comme les soins palliatifs, sur le principe selon lequel c'est aussi la relation qui soigne. Or, comme nous l'avons vu, les soins dits relationnels n'ont rien de naturels, ils s'apprennent. Ils se composent de toute une somme de savoir-faire discrets et d'habiletés sur lesquels la KC met des mots et des notions. En encourageant les soignants à rechercher *l'intentionnalité vitale* et à inviter les soignants à guider le soin et non à l'imposer, la KC témoigne et signifie que les patients sont bien vivants jusqu'à la mort, ce qui est la raison d'être des soins palliatifs. Si la KC résonne au plan éthique avec les soins palliatifs, elle apparaît aussi très efficace au plan technique. Elle offre aux soignants interrogés de nouvelles habiletés qui leur permettent de réaliser des soins complexes. Il faudrait une autre recherche pour l'attester, mais il se pourrait que l'introduction de la KC permette de recourir moins souvent à des thérapeutiques médicamenteuses et qu'elle diminue de manière significative les accidents du travail liés à la répétition des charges. Elle pourrait en cela éventuellement être financée dans le cadre du PRAP.

Les efforts consentis par la MMJG pour former son personnel pour la troisième année consécutive apparaissent, à l'issue de cette enquête, comme un trésor à faire fructifier. Une soignante nous a par exemple livré qu'elle aurait démissionné si elle n'avait pas été formée à la KC. De même, nous avons dit à quel point la KC ouvrait le champ des possibles pour les soignants, en indiquant un horizon de progression et de perfectionnement. A notre connaissance, aucune autre équipe ou institution de soins palliatifs n'est en France aussi avancée. Cela pourrait conférer à la MMJG une marque distinctive et renforcer son identité. Au vu des résultats rapportés ici, la formation à la KC et le déploiement des pratiques qui en découlent participent de la qualité des soins et de la santé au travail des soignants à certaines conditions liées notamment à l'organisation du travail.

Les soignants interrogés ont tous partagé de manière unanime le besoin d'approfondir leurs connaissances à l'issue de la formation. Voici, pour conclure, les recommandations qu'ils ont formulées :

- Des référents KC pourraient être désignés au sein de la MMJG parmi les soignants formés. Ils viendraient ainsi en soutien de Monique de Kerangal qui joue à l'heure actuelle un rôle central pour soutenir les collègues formés.
- Une « formation référents » pourrait être envisagée, tout comme des temps, dont la fréquence est à déterminer, durant lesquels les soignants formés pourraient échanger entre eux sur leurs pratiques en KC. La présente enquête a en effet montré que le simple fait d'en parler dans un cadre collectif permettait aux soignants de réactiver des habiletés en sommeil. Ces temps de discussion, animés par un référent, pourrait s'enrichir de supports vidéos, réalisés par exemple durant la formation et qui soutiendraient les échanges.
- Enfin, un compagnonnage ponctuel au lit du malade réalisé par les formateurs pourrait renforcer le déploiement de cette culture de soin.