



HAL
open science

Formation des internes dans les équipes de soins palliatifs : étude qualitative

Donatien Mallet, Caroline Galle-Gaudin, Godefroy Hirsch, Nathalie Denis-Delpierre

► To cite this version:

Donatien Mallet, Caroline Galle-Gaudin, Godefroy Hirsch, Nathalie Denis-Delpierre. Formation des internes dans les équipes de soins palliatifs : étude qualitative. *Médecine Palliative*, 2020, 19, pp.264 - 272. 10.1016/j.medpal.2019.08.015 . hal-03493573

HAL Id: hal-03493573

<https://hal.science/hal-03493573v1>

Submitted on 17 Oct 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Formation des internes dans les équipes de soins palliatifs : étude qualitative

Auteurs :

Donatien Mallet, Caroline Galle-Gaudin, Godefroy Hirsch, Nathalie Denis-Delpierre

Contact :

Donatien Mallet
Unité de soins palliatifs CH Luynes-CHU de Tours
Centre hospitalier de Luynes
Avenue du clos Mignot
37530, Luynes
Email : donatien.mallet@chluynes.fr

Présentation des auteurs :

- Donatien Mallet
Docteur en médecine interne, docteur en philosophie pratique, HDR
Professeur associé en soins palliatifs, Faculté de médecine, UFR de Tours
Equipe de recherche 7505 « Ethique, Education, Santé », UFR de Tours
- Caroline Galle-Gaudin
Docteur en sciences de l'éducation
Département des sciences de l'éducation, UFR de Tours
Equipe de recherche 7505 « Ethique, Education, Santé », UFR de Tours
- Godefroy Hirsch
Docteur en médecine générale
Equipe d'appui départementale de soins palliatifs, Centre Hospitalier de Blois, 41
- Nathalie Denis-Delpierre
Docteur en pneumologie
Unité de soins palliatifs CHU de Nantes, 44

Depuis plusieurs décennies, de nombreux rapports rédigés par des instances nationales françaises (1,2,3) insistent sur la nécessité de diffuser les soins palliatifs en formant les étudiants en médecine à cette pratique. Dans les faits, cet axe pédagogique se déploie progressivement dans de nombreuses directions.

Sur le plan national, le volume horaire consacré à l'enseignement des soins palliatifs en second cycle (Diplôme de formation approfondie en sciences médicales) est passé de 6 heures en 2013 à 10 heures en 2017 (3). Il est assuré en cours magistral ou en enseignement dirigé. En 2017, une instruction interministérielle a promu la réalisation par les externes en médecine de stage de sensibilisation de 5 jours dans des équipes de soins palliatifs ainsi que la création d'unité d'enseignement à la pratique interdisciplinaire. Une formation spécialisée transversale de soins palliatifs d'un an (FST) alliant formation pratique et séminaires théoriques pourra être réalisée dès novembre 2019 par les internes en médecine quelles que soient leurs spécialités. Un Master de médecine palliative et un Master de recherche dans le champ de la fin de vie sont en place depuis plusieurs années avec une coordination pédagogique par plusieurs universités.

Sur le plan institutionnel, les enseignants sont regroupés en un Collège national d'enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP). Des travaux sont menés pour formaliser des compétences (4) ainsi que des axes pédagogiques (5,6). Une sous-section universitaire de médecine palliative a été créée en 2016 et douze professeurs associés ont été nommés en 2019 afin de diffuser la formation et la recherche dans leur université et leur région.

Toutes ces actions témoignent d'avancées conséquentes même si on note une importante hétérogénéité selon les facultés, une carence actuelle du dispositif de formation initiale pour former des médecins à un niveau d'expertise en soins palliatifs, une sous-section universitaire caractérisée par une monodisciplinarité médicale.

Dans ce contexte de déploiement progressif d'une nouvelle discipline, il apparaît souhaitable de mener des recherches afin d'évaluer la pertinence des dispositifs pédagogiques (7). En effet, si la formalisation d'axes, de compétences, de méthodes pédagogiques est une nécessité, l'évaluation des dispositifs mis en place est un impératif car l'on constate souvent un écart entre ce qui est visé et ce qui est obtenu.

En amont de cette démarche d'évaluation des parcours pédagogiques, n'est-il pas nécessaire d'analyser ce que vivent les étudiants lors de leur formation en soins palliatifs en nous appuyant sur ce qu'ils en disent ? Dans cette optique, une étude qualitative est réalisée auprès d'internes en médecine ayant effectué un stage de 6 mois dans une équipe de soins palliatifs, fixe ou mobile. Cette étude exploratoire vise à recueillir le retour qu'ils font sur leurs vécus lors du stage, les compétences qu'ils ont acquises et potentiellement appliquées sur leur lieu actuel de soin, leurs appréciations sur les modalités pédagogiques.

Méthode

Ce travail est effectué par un groupe comprenant 3 médecins exerçant dans des équipes de soins palliatifs de villes différentes, universitaires et non universitaire, ainsi qu'une docteure en sciences de l'éducation. Depuis plusieurs années, ils réfléchissent sur le thème de la formation des internes lors de stage dans des équipes de soins palliatifs. Trois axes pédagogiques sont formalisés : l'apprentissage de compétences clinique, relationnelle, éthique, coopérative ; l'ouverture à la subjectivité de l'étudiant en lien avec son exercice professionnel ; l'inscription des compétences dans la pratique de l'étudiant en tenant compte du contexte lié à sa spécialité

(6). Des méthodes pédagogiques sont définies valorisant des entretiens réguliers entre le référent de stage et l'étudiant, l'élaboration conjointe d'objectifs pédagogiques précis au fil des rencontres, la valorisation de travaux écrits impliquant personnellement l'apprenant (Récit de situation complexe et authentique, récit commenté), l'ouverture aux sciences humaines et sociales. Le référentiel pédagogique est celui de la pratique réflexive (8).

L'étude présentée est réalisée de juillet 2014 à décembre 2015. Pour recruter des participants, une invitation par courrier électronique est adressée à 30 internes ayant effectué depuis 2009 au moins six mois de stage dans une Unité de soins palliatifs (USP) en CHU (Tours, Nantes) ou en Equipe mobile extra hospitalière (Blois). Les objectifs généraux de l'étude sont exposés aux destinataires.

Vingt personnes acceptent d'être interviewées, deux refusent après le premier accord. Parmi les 18 sujets étudiés, 9 ont la spécialité de médecine générale, 6 d'oncologie, 1 d'hématologie, 1 de médecine interne et 1 de gériatrie.

Les entretiens ont lieu d'un an à 4 ans après la fin du stage (tableau 1). Ils sont menés à un domicile privé ou sur le lieu de travail, selon le choix de l'interne, par un des deux enquêteurs pendant une durée de 30 à 60 minutes. Les enquêteurs n'ont pas été impliqués dans une collaboration ou un enseignement auprès des personnes rencontrées. Toutes les entrevues sont enregistrées et transcrites textuellement. Les transcriptions d'entrevues anonymisées sont ensuite étudiées par une analyse thématique.

Une grille d'entretien est créée. Elle comprend 4 questions ouvertes relatives au vécu de l'étudiant, aux compétences acquises et au dispositif pédagogique lors du stage ainsi qu'à la transférabilité des acquis après le stage. La grille est testée sur deux sujets. Les 4 chercheurs analysent indépendamment les 2 transcriptions pour élaborer un cadre de codage préliminaire. Ils se rencontrent à deux reprises pour comparer les résultats afin de parvenir à un consensus sur les structures de codage préliminaires. La grille est complétée par des questions de relance (tableau 2).

Dans la suite de ces deux entretiens, les deux enquêteurs mènent individuellement des interviews qu'ils codent séparément. Puis, ils se réunissent pour discuter et s'accorder sur le codage. Ils continuent d'interviewer et d'analyser la transcription de chaque entretien, puis précisent ensemble le codage avant les entretiens suivants. Dans cette phase, les quatre chercheurs se sont rencontrés à trois reprises afin d'analyser les résultats, puis trois autres fois après que le processus d'entretien soit achevé. L'identification, le développement et la précision des thèmes mentionnés ont lieu tout au long du travail d'interview et d'analyse des 18 entretiens.

Résultats

Cinq thématiques sont identifiées. Les anciens internes décrivent une déstabilisation initiale en début de stage associée à la découverte d'une autre pratique de soins. Ils relatent un renforcement de leurs compétences professionnelles avec l'apprentissage d'un meilleur rapport à leurs émotions. Ils font le constat que de nombreuses compétences sont transférables dans leur spécialité, mais que, bien souvent, la compétence délibérative ne peut être vécue que solitairement. Ils mentionnent au cours de leur stage une expérience de questionnement et de réflexivité sur leur parcours professionnel, mais aussi personnel. Ils soulignent le rôle favorable de l'accompagnement pédagogique.

Une déstabilisation initiale associée à la découverte d'une autre pratique de soins

En début de stage, les internes éprouvent une déstabilisation avec la perception d'être immergés dans « *un monde en dehors* » des habitudes hospitalières que ce soient sur le plan du référentiel clinique, de la coopération médico-soignante, des organisations collectives, du rapport au temps et de la « *culture du service* ». « *C'est un stage vraiment complètement différent d'un stage normal* ».

La mort est « *quand même assez présente* » mais elle survient dans une atmosphère contenant avec « *des infirmières et des aides-soignantes qui nous intègrent, c'est très riche et fort humainement* ». Les services sont décrits comme étant ni « *triste, ni plombant* ». Cependant, il existe des situations de patients « *frappantes* » : c'était « *monstrueusement cadavérique... On aurait dit Auschwitz... Une grande claque dans la figure* ».

Progressivement, les internes s'intègrent dans une construction collective du soin où le référentiel biomédical a une place délimitée : « *On prend l'avis de tous et chacun est important ; le soin ce n'est pas que le médicament ! J'ai découvert le sens humain de la prise en charge globale* ».

Mais, en début de stage, ce qui semble frapper le plus est le rapport au temps avec des affects parfois initialement déplaisants : « *La première chose qui m'a choquée, c'est les longueurs de visite, autant de temps pour si peu de patients ; 4 heures pour 10 malades... Je ne sais pas comment je vais faire pour tenir 6 mois* ». Après ce choc pour certains, cette temporalité devient appréciable : « *Je ne passais pas mon temps à avoir une horloge dans la tête à me dire - ah, je n'arriverai jamais à tout faire - ; j'ai eu enfin du temps !* ». Ce vécu d'un temps plus étendu n'est pas qu'un ressenti individuel, il se colore d'une dimension collective : « *Le temps devient collectif, c'était nouveau pour moi ! On peut prendre l'avis de tous, des infirmières, des aides-soignantes* » ; on prend « *le temps de délibérer tous ensemble* ».

Un renforcement des compétences professionnelles avec un apprentissage émotionnel

Tous les internes décrivent un renforcement de leurs compétences professionnelles. Sur le plan technique, ils se sentent « *plus costaud(s) pour gérer les symptômes* », notamment par l'usage des médicaments antalgiques ou utilisés pour réaliser une sédation.

Mais, c'est dans le champ relationnel que l'apprentissage semble le plus rapide et fécond : « *J'ai appris à la vitesse grand V sur la relation... ce que j'aurais mis 20 ans à apprendre sans cela* ». Cette progression n'est pas que quantitative ; elle est qualitative et s'associe à un déplacement de la manière d'établir la relation : « *Avant j'étais dans l'interrogatoire médical, et là plus dans la rencontre, mais pas avec ce côté médecin versus malade mais plus à égalité* ». L'interne s'autorise à aller plus loin, à approfondir l'échange y compris sur des sujets complexes ou mobilisant des émotions : « *J'ai appris à ne pas m'arrêter à ce que je vois* », « *à dénicher le caillou dans la chaussure et à partir du moment où on l'a identifié, on peut travailler autour et être beaucoup plus constructif* ». La relation est investie, non plus comme simple support de l'action médicale, mais comme visée du soin : « *le lien, c'est de s'enquérir des patients, de leur vécu, de leur questionnement ; on y arrive après à tenir aux quatre heures de visite ; en étant actif dans le lien* ».

Cette compétence relationnelle se déploie avec l'autorisation à éprouver, reconnaître et nommer ses propres émotions : *« en médecine, on nous apprend à agir et à réfléchir le plus objectivement possible, et là on vous dit : vous pouvez avoir des émotions ! »*. L'interne apprend à prêter attention à son vécu intérieur en situation ou à distance de la situation, à *« faire attention en gros à ses tripes... Quand le bide dit qu'il y a un truc qui ne va pas, il faut savoir s'arrêter... j'appelle cela l'alarme bidale »*. Mais cet apprentissage émotionnel n'est pas aisé, *« il y a une mise à nu, de soi, de nos sentiments, avec toute la tristesse que l'on peut voir dans une USP »*. Pour certains, il est nécessaire de se protéger de son vécu émotionnel car *« les situations étaient tellement difficiles et complexes que j'essayais de ne pas trop m'impliquer émotionnellement »*

La compétence coopérative est aussi développée. C'est parfois par des expériences heureuses avec l'expérimentation de la pluridisciplinarité : *« C'est le travail en équipe, l'écoute des autres soignants, infirmières, aides-soignants, psychologue qui aide à élaborer une analyse de la situation »*. Mais c'est aussi lors de tensions ou de prise de conscience d'erreurs : *« L'équipe avait été assez insistante avec moi pour un positionnement médical et j'avais voulu bien faire mais il y a eu beaucoup de désaccords, de conflits avec l'équipe. J'ai pris conscience qu'on ne pouvait pas comme ça d'un coup, décréter seul une décision médicale, ce n'était pas comme ça qu'il fallait faire ! Cela m'a touché au plus profond de moi »*. Dans ce travail collectif, certains internes soulignent l'intérêt des relectures de situations cliniques ou de discussions des désaccords au sein de l'équipe car il y a *« trop de services où l'on n'ose pas ressortir les cadavres des placards »*.

Des compétences acquises plus ou moins transférables

Lorsqu'on interroge les anciens internes sur la transférabilité des acquis dans leurs lieux actuels d'exercice, ils évoquent la persistance d'une aptitude à gérer les situations complexes notamment sur les aspects clinique, relationnel et délibératif. Ils disent avoir appris *« à hiérarchiser les objectifs, cibler les objectifs pour pouvoir avoir des objectifs atteignables »*. Ils se sentent assurés : *« On se reconnaît un savoir-faire technique et on sait s'organiser pour gérer la situation complexe »*.

Le rapport au temps apparaît plus paisible. *« Je peux sortir d'une consultation où j'ai beaucoup de travail en me disant : j'ai fait quand même du bon travail, j'ai réussi à être là pour ce patient-là à un moment difficile pour une annonce triste ; ce que j'aurais peut-être plus vécu comme un poids, une difficulté, si je n'étais pas passée dans le service »*. Il apparaît une plus grande aisance pour gérer le temps en relativisant la contrainte : *« Cela m'a appris qu'on a toujours le temps, même dans une situation complexe, on a toujours un laps de temps pour réfléchir à plusieurs », « j'arrive à prendre le temps le jour où c'est compliqué »*. Certains disent mieux savoir décaler l'action ou la décision : *« Cela m'a beaucoup aidé enfin à être plus claire dans le chaos des situations complexes, où on a l'impression qu'il faut décider n'importe quoi pourvu qu'on décide »*.

Cette capacité accrue ne se déploie pas pour autant vers une forme de toute puissance. Bien au contraire, les sujets étudiés mentionnent une plus grande aisance pour reconnaître leurs limites : *« On apprend à savoir dire que l'on a besoin d'aide, dire que là j'ai besoin d'aide sur les symptômes, sur le relationnel, sur le vécu »*.

Cependant, ce qui est appris lors du stage n'est pas systématiquement transférable car les habitudes, référentiels, organisations des services et des spécialités ne le permettent pas

toujours. Cela est particulièrement nette pour les délibérations collectives avec un ressentiment « *Violent ! Parce que justement on n'a pas le temps de collaborer et de délibérer en équipe* ». Cet écart entre le souhaitable et le possible est vécu douloureusement : « *Ma grande limite aujourd'hui, c'est de savoir ce que l'on peut faire et de ne pas pouvoir le mettre en place dans d'autres services* », « *Ce n'est pas possible d'exporter ailleurs... Ça a été un peu la claque dans les autres services après avoir goûté à ça !* ».

Un questionnement sur son parcours professionnel et personnel

Lors de son stage, l'étudiant rencontre en permanence des patients en situation palliative et où la mort est, à court ou moyen terme, le point final. Cette confrontation provoque un questionnement sur le sens que l'étudiant souhaite donner à sa pratique médicale. « *Je me suis vraiment posé des questions sur mon métier, ça c'est sûr, sur la façon dont j'allais l'aborder, la façon dont j'allais le pratiquer, sur la façon dont j'allais me comporter avec les patients, avec leur entourage...C'était des questions que je ne m'étais jamais posées avant !* ». Cette interrogation vient interroger la conception, voire l'idéal du soin, vers lequel l'étudiant souhaite tendre : « *Ce stage, ça confronte au médecin que l'on est et celui que l'on voudrait être. Ça questionne... Je ne peux plus travailler seule* ». Une remise en question de la médecine et du cadre de la formation médicale est souvent constatée. La prolongation de la quantité de vie, la lutte contre la mort n'apparaissent plus comme étant les seuls objectifs. Ils peuvent se conjuguer avec d'autres finalités de soin : « *J'ai l'impression de voir, de donner du sens, d'avoir quelque chose de beau dans mon métier même quand j'accompagne les gens en fin de vie* ».

Cette élaboration ne concerne pas que la sphère professionnelle. Elle se déploie dans un parcours personnel où les 6 mois en stage jouent un rôle de « catalyse ». « *On se pose plein de questions sur sa propre vie, on s'aperçoit que pour bien soigner les gens, il faut être bien dans sa peau, savoir dans quel état d'esprit on est* ». Un travail d'introspection s'effectue : « *Ce stage m'a donné une meilleure connaissance de soi, de nos limites et même de nos qualités* ». Il sollicite parfois des événements significatifs de son histoire, de sa vie personnelle et familiale. « *Et si c'était ma grand-mère, mon mari, ceux que j'aime... on ne sort pas comme avant* », « *J'ai vu défiler toute la famille pendant le stage* ». Parfois, il se prolonge vers une modification de sa manière de vivre : « *Je suis plus attentive à mes proches, à mes enfants. Je dis à mes amis de ne pas fumer !* ».

Un encadrement pédagogique favorable

L'encadrement pédagogique est perçu comme bienveillant. Il n'est pas assuré que par les médecins mais relève plutôt d'une démarche collective. « *Il y a une bienveillance de l'équipe qui n'est pas que pour les patients. Elle protège les patients mais elle est adressée aussi aux familles mais aussi au reste du personnel, aux stagiaires* ». La présence des médecins seniors est perçue comme sécurisante. « *Ils étaient là au moment où soit il y avait une décision à prendre, soit des annonces à faire, et les premières fois, systématiquement présents pour faire les entrées* ».

Dans les 3 équipes étudiées, la mise en responsabilité de l'interne se fait de manière progressive. Cette graduation est vécue difficilement par certains internes, surtout au début : « *Le temps d'observation au début (une semaine) était quand même frustrant, j'ai eu l'impression de me retrouver externe. La passivité, c'est quelque chose de difficile lorsque l'on est auprès du malade* ». D'autres internes soulignent au contraire l'intérêt de cet apprentissage

progressif avec une phase d'observation, puis d'acquisition des habilités techniques associée à une réflexivité de plus en plus accrue : « *Un stage très structuré, c'est étonnant ce service ! Un temps d'observation, un temps pour apprendre les médicaments, un temps pour la réflexion !* »

En ce qui concernent les méthodes pédagogiques, les internes soulignent l'intérêt de l'apprentissage par modèle de rôles : « *C'est comme une formation en simulation, mais là dans le réel ; on apprend en regardant les seniors faire, comme parler au patient, comment gérer des situations conflictuelles et il y a des choses que je lui ai reprises aussi* ». Observant leurs aînés le faire, les étudiants s'autorisent plus aisément à mentionner leurs limites : « *On les voit faire et on se dit moi aussi j'ai le droit de ressentir ça et de dire mes limites* ».

Lors du stage, certains internes s'initient à la relecture des situations qui leurs ont posé problème : « *Ce qui m'a marqué et m'a importé aussi, c'est l'entretien en début de stage dans le bureau du responsable de stage pour discuter de mes motivations, s'il y avait eu auparavant des situations qui m'avaient mise en difficulté par exemple* ». Cette démarche d'analyse *a posteriori* peut se faire par oral mais aussi avec un support écrit, voire pour certains aboutir à un récit de situation complexe et authentique (RSCA) : « *J'ai fait un travail écrit à partir des difficultés avec cette patiente, j'en ai fait un récit pour travailler sur la notion de limites, apprendre aussi qui je suis* ».

Bien que les internes se disent intégrer à l'équipe, ils évoquent aussi un vécu singulier : « *J'ai trouvé que le groupe de parole était trop centré sur les soignants et dans lequel le médecin n'avait pas sa place ; j'ai donc monté un groupe de paroles d'internes* ». Ils apprécient d'être deux internes pour étayer leur propre identité ou pallier les difficultés : « *C'est vraiment une ressource d'être à deux internes ; quand il y a des difficultés de prise en charge avec un patient, on peut en discuter ou échanger les patients* ».

Discussion

Des limites méthodologiques

Ce travail exploratoire présente des limites méthodologiques.

Tout d'abord, il existe à l'évidence un effet centre car les médecins des équipes étudiées travaillent depuis de nombreuses années la thématique de la formation sur les lieux de stage. Ils ont développé des axes et des méthodes pédagogiques qu'ils déclinent avec leurs propres spécificités. Les résultats ne sont donc pas exportables aux autres équipes de soins palliatifs même s'il existe très probablement des similarités. De plus, les lieux d'accueil des internes sont deux USP et une équipe mobile extra hospitalière. Il n'y a donc pas de résultat applicable aux équipes mobiles de soins palliatifs intra hospitalières.

La thématique de l'étude est très large puisqu'elle recouvre le vécu des internes, l'apprentissage de compétences, leurs transférabilités, l'analyse de la pédagogie. Dans le cadre d'une recherche exploratoire, cette multitude de thèmes est une richesse mais elle nuit à la rigueur des résultats, et donc des interprétations possibles.

Comme de nombreuses études qualitatives, une possible influence des interviewers ne peut être exclue même si les internes n'ont pas eu de relation médicale ou pédagogique avec eux. Mais, les étudiants connaissent l'objectif de l'étude et les liens existants entre leurs anciens référents de stages et les personnes qui les questionnent. Peut-on exclure que les propos formulés par les

internes ne s'inscrivent pas dans une forme de reconnaissance ou de craintes ? La parole était-elle pleinement libre ?

De plus, bien que les interviewers se sont évertués à respecter scrupuleusement une analyse lexicale rigoureuse, l'ensemble des chercheurs sont très impliqués dans la recherche. Dans quelle mesure l'analyse des verbatims n'est-elle pas influencée par le souhait de valider les axes pédagogiques précédemment élaborés ?

Malgré ces limites méthodologiques, l'étude permet de souligner quelques caractéristiques du parcours de formation effectué par les internes lors de stages de 6 mois dans des équipes de soins palliatifs.

Un renforcement des compétences transversales mais une transférabilité partielle

Le stage en soins palliatifs s'inscrit dans une dynamique d'approfondissement de compétences transversales à la pratique médicale. En effet, les compétences nécessaires en soins palliatifs présentent des spécificités imputables aux situations palliatives et à la confrontation à la mort. Mais ces compétences ne sont pas spécifiques à la clinique palliative. Elles sont transversales à la médecine et déclinées dans la plupart des spécialités médicales avec des terminologies équivalentes ou voisines (9). En pratique, la formation médicale actuelle privilégie un socle scientifique et l'acquisition des compétences relationnelle, éthique et coopérative est souvent insuffisante. Dans ce contexte, le stage en soins palliatifs apparaît comme un complément qui permet de renforcer certains apprentissages incomplets.

Cependant, la compétence relationnelle en soins palliatifs présente des spécificités par rapport à d'autres disciplines. Elle effectue un pas de côté vis-à-vis d'une compétence limitée à une facette communicationnelle. En situation palliative, ce qui importe n'est pas d'abord ce que le médecin va transmettre comme information mais plutôt comment il permet au patient d'avancer à son rythme, par sa propre parole, dans l'intégration de la maladie qu'il subit. Dans cette perspective, la relation n'est pas conçue comme un moyen permettant la délivrance d'un résultat, mais plutôt comme une visée du soin. Pour tendre vers cet objectif, la démarche biomédicale - marquée par la succession de l'interrogatoire, du diagnostic, des investigations et du traitement - doit s'intégrer avec fluidité dans une relation qui est à soutenir et à entretenir avec justesse. Une attention est à porter aux sensations, aux émotions, aux comportements car la dimension apparente de la communication orale est parfois en discordance avec le vécu du patient, des proches et des soignants. Ce qui est en jeu n'est pas uniquement le discours du patient ou du médecin mais également la subjectivité et l'intersubjectivité des différents acteurs.

L'apprentissage de la compétence relationnelle en situation palliative présente donc des particularités. Un des objectifs du stage est d'accompagner l'interne dans la compréhension de la valeur de la relation, dans une capacité pratique d'intégrer la démarche médicale au sein d'une rencontre ainsi que dans le perfectionnement d'une habileté relationnelle.

Considérons maintenant la transférabilité des acquis du stage. C'est un enjeu majeur si l'on souhaite réellement diffuser les pratiques de soins palliatifs. A distance de leur stage, les internes déclarent avoir acquis une compétence technique leurs permettant de faire face à la plupart des syndromes rencontrés. En cas de situations complexes, ils ont plus d'assurance et acceptent de faire appel à d'autres personnes lorsqu'ils éprouvent leurs limites. Leur rapport au

temps est plus ajusté avec la possibilité de tempérer des sentiments d'urgence, finalement illégitimes. S'ils sont plus aptes individuellement à délibérer, ils font le constat amer de difficultés pour construire des délibérations collectives dans leur propre spécialité. C'est aujourd'hui une limite qu'ils ne parviennent à franchir d'autant plus que ces jeunes médecins n'ont pas de légitimité hiérarchique permettant de modifier les habitudes collectives de soin. La transférabilité des compétences acquises individuellement est donc possible mais demeure incomplète car elle sera limitée par les déterminants liées à la spécialité, aux cultures de services et aux organisations collectives.

Une ouverture à sa subjectivité

Un des autres apports du stage est d'ouvrir l'étudiant à sa subjectivité. Cette ouverture se déploie dans plusieurs champs : sensoriel en prêtant attention aux sensations éprouvées ; émotionnel avec la reconnaissance de l'existence et de la valeur des émotions (10) ; réflexive par la formalisation de questionnements et la construction de sa pensée.

L'attention aux éléments subjectifs ne se déploie pas uniquement vers le patient et ses proches. Elle concerne l'étudiant qui est impliqué en tant que sujet. En effet, la clinique palliative repose sur une alliance entre la démarche biomédicale objectivante et l'attention à la subjectivité des acteurs. Le stage en soins palliatifs permet de reconnaître et de valoriser cette intégration de la dimension subjective du soignant dans l'acte de soigné. Elle relève d'un apprentissage. Là encore, ce n'est pas une spécificité des soins palliatifs car le chirurgien décidant ou non d'opérer ou le réanimateur de poursuivre ou non un traitement le font à partir d'éléments certes objectifs mais aussi subjectifs. Le propre de la clinique palliative est de reconnaître explicitement la valeur de la subjectivité plutôt que de la considérer comme suspecte, notamment vis à vis d'un référentiel uniquement scientifique.

Pour l'étudiant, cette ouverture s'associe parfois à une critique des études de médecine car la formation reçue apparaît limitée et limitante. Les étudiants se distancient alors d'un prisme pédagogique et s'interrogent sur le type de médecin qu'ils souhaitent être (11, 12). Le stage en soins palliatifs joue un rôle maïeutique, induisant non point un changement de spécialité médicale, mais au contraire la volonté d'habiter sa discipline avec singularité.

Ce questionnement intime ne concerne pas que la sphère professionnelle. Il s'étend à la vie personnelle. Il induit souvent une relecture et une mise en perspective du parcours, professionnel et personnel, effectué par l'étudiant depuis qu'il a choisi de faire des études de médecine. Il s'associe à une certaine exigence, imputable à la confrontation à la mort et à un avenir marqué par la fin d'une identité d'étudiant.

Des méthodes pédagogiques qui favorisent l'expérience, la mise en langage et la pluridisciplinarité

En ce qui concerne les méthodes pédagogiques, les internes apprécient d'être immergés dans un réseau humain pluridisciplinaire, bienveillant et contenant. L'équipe a explicitement une fonction pédagogique car la formation ne se limite pas à l'application d'un référentiel biomédical mais au contraire à l'expérimentation d'une démarche collective de soin où chaque professionnel exerce sa responsabilité singulière et en rend compte collectivement (13).

L'apprentissage des compétences, notamment relationnelle et éthique, repose sur un modèle de rôle avec l'observation des médecins seniors ou des soignants, puis des mises en situation avec la possibilité de discuter à distance les actions menées.

Une attention est portée au langage avec la volonté d'intégrer des termes qui puissent exposer la dimension subjective du patient, des proches ou des soignants. Le vocabulaire ne se limite donc pas à une sémantique médicale mais intègre d'autres vocables. Dans cette optique de mise en langage, les récits écrits en « je » sur des situations cliniques qui ont interpellé les étudiants apparaissent des pédagogies pertinentes. Il en est de même de l'ouverture aux sciences humaines et sociales qui permettent de compléter une formation médicale essentiellement technoscientifique.

La formation en soins palliatifs : une responsabilité singulière dans la formation médicale

Cette étude exploratoire sur le vécu des internes et les apports qu'ils constatent suite à un stage dans des équipes de soins palliatifs conduit à s'interroger plus généralement sur le rôle spécifique que peut jouer la formation en soins palliatifs dans le parcours universitaire des internes.

Le référentiel actuel de formation des étudiants en médecine est essentiellement fondé sur des connaissances technoscientifiques permettant le déploiement d'un agir biomédical auquel l'apprenant doit se conformer. L'étudiant apprend un savoir et applique une démarche professionnelle en s'appuyant sur des recommandations scientifiquement et collectivement validées. Compte tenu de ce prisme scientifique, sa subjectivité est peu valorisée car la démarche scientifique implique une suspicion méthodologique vis à vis de ce qui n'est pas objectivable, démontrable ou vérifiable par l'expérimentation.

En ce qui concerne la relation médecin-malade, l'enseignement insiste certes sur sa dimension empathique mais l'insère aussi dans une contractualisation balisée par la loi avec l'édiction de droits du patient et de devoirs du médecin qu'il doit respecter.

Quant aux institutions accueillant les apprenants lors de leurs stages, elles sont déterminées par des normes et des procédures, contrôlées par des certifications, soumises à une exigence d'efficacité et de rendement médico-économique auxquels chaque étudiant et soignant doivent se conformer.

Ce paradigme de formation se révèle extrêmement efficace permettant de former des jeunes médecins afin de diffuser une médecine active, efficace, organisée, validée et sans cesse en progrès. Il contribue le plus souvent au bien des patients. Cependant, cette structuration de la formation médicale présente des limites.

C'est notamment le cas lorsque le soin s'adresse à des personnes atteintes de maladies chroniques ou létales et/ou en fin de vie. Dans ces situations, l'objectif ne peut se réduire à l'application d'un savoir et d'un pouvoir technoscientifiques pour lutter contre une maladie. L'enjeu est plutôt d'intégrer la démarche biomédicale au sein d'une approche plus globale et contextualisée, attentive à la singularité des acteurs, à la création d'une rencontre, au soutien de la relation, à la délibération sur les possibilités et limites thérapeutiques, aux éléments environnementaux afin de construire un parcours continu de soin adapté au patient.

De plus, l'occultation de la dimension subjective par le cadre pédagogique se révèle parfois éprouvante pour l'apprenant. Elle l'est sur le plan émotionnel, notamment lorsqu'il est confronté à l'atteinte des corps et à la souffrance des personnes ou est immergé dans des entretiens complexes ou conflictuels. Elle l'est également sur le plan éthique car l'étudiant est parfois témoin, voire participant, à une forme de chaos, violent et insensé, qui heurte ses repères de soins ou son idéal professionnel. Dans ces situations, l'absence de reconnaissance de sa subjectivité conduit l'étudiant à un désarmement, voire un dépit, relatif aux institutions dans lesquelles il évolue, à la médecine à laquelle il aspire, et plus profondément, au médecin qu'il souhaite devenir.

Dans ce contexte, quelles fonctions spécifiques peut assurer une formation en soins palliatifs (14) ?

Une première visée est de favoriser l'insertion du savoir scientifique au sein d'une approche globale attentive aux éléments subjectifs, relationnels, contextuels et existentiels. Dans cette optique, l'enjeu n'est surtout pas d'induire un clivage de l'étudiant entre technique et humanisme, objectivité et subjectivité, science et existence. Bien au contraire, il s'agit de favoriser l'apprentissage d'une reprise intégrative de l'objectivation technoscientifique au sein d'une perception et d'une représentation élargie et interdisciplinaire de la situation.

Cette démarche nécessite une réflexion épistémologique afin de circonscrire, par une pensée critique, la valeur du savoir médical. Elle requiert une ouverture aux autres acteurs et une habilité dialogique. Elle se prolonge par une réflexion sur la finalité de la médecine en tenant compte du contexte légal, institutionnel et sociétal. Elle convoque le clinicien dans sa propre intériorité en sollicitant sa subjectivité sur des aspects sensoriels, émotionnels, interprétatifs, langagiers, relationnels, réflexifs et éthiques. Elle engendre une attention à soi et un souci de l'autre qui ne déploie plus uniquement dans un agir biomédical.

Une seconde visée est d'accompagner l'étudiant, s'il le veut, dans la constitution de sa propre identité professionnelle en lien avec la formation médicale reçue, sa propre spécialité, sa personnalité, ses repères de vie, ses aspirations et le type de médecin qu'il souhaite à terme devenir. Cet accompagnement offre la possibilité à l'apprenant de poursuivre la construction de son identité professionnelle en fidélité aux aspirations personnelles qu'il pressent et cherche à déployer.

Dans un contexte où de nombreux internes expriment une forme de désenchantement de l'exercice contemporain de la médecine, la participation respectueuse à la genèse de la singulière identité professionnelle de l'étudiant peut être un des enjeux de la Formation Spécialisée Transversale (FST) en soins palliatifs. Mais, cette éventuelle maïeutique ne peut se faire que si le référent de stage, en lien avec ses pairs et l'équipe de soins, est lui-même habité par une pratique réflexive qui engage sa subjectivité de clinicien et de formateur.

Conclusion

Dans une optique d'accès généralisé aux soins palliatifs quels que soient l'âge, la pathologie, le lieu de vie ou de soin de la personne malade, la formation des étudiants en médecine est un enjeu majeur. Des stages prolongés dans des équipes de soins palliatifs permettent aux futurs professionnels d'acquérir des compétences, pour la plupart transférables, et de vivre un parcours, professionnel et personnel, convoquant leur propre subjectivité.

Sur le plan sociétal, le besoin d'une reconnaissance institutionnelle des soins palliatifs et la nécessité que cette pratique de soins émergente s'insère dans le champ universitaire doivent conduire à une vigilance. En effet, cette intégration peut induire une conformité aux référentiels épistémologique et pédagogique actuels de la formation médicale.

Pour demeurer fidèle à la clinique en situation palliative, les formateurs ont à assumer un « pas de côté » vis-à-vis de la médecine et son paradigme actuel de formation. Ce déplacement n'est pas une opposition mais plutôt une recherche de complémentarité. Il s'agit d'habiter un « entre-deux » où l'on est à la fois « en dedans » et « en dehors » de l'institution et du cadre médical (14). Pour tenir cette posture singulière, une réflexion éthique est nécessaire afin de bien comprendre les fondements de la clinique palliative mais aussi les décalages, les tensions, voire les paradoxes vis à vis du référentiel médical actuel. Cette exigence est une nécessité afin que les professionnels de soins palliatifs continuent d'occuper une place singulière en écho aux questionnements existentiels éprouvés par les patients.

C'est peut-être là qu'est aussi le défi pour les formateurs en soins palliatifs : continuer à porter et à diffuser une pratique, sans hégémonie ni certitude, tout en témoignant d'une interrogation et d'une réflexion sur le soin même si la mise en scène institutionnelle et le contexte sociétal semblent apparemment peu propices à entendre les intuitions profondément modernes et réformatrices des soins dits « palliatifs ».

Déclaration de liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références :

(1) Présidence de la République (2012). *Rapport de Didier Sicard « Penser autrement la fin de vie »*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000675.pdf> (page consultée le 4 juin 2018).

(2) Comité consultatif national d'éthique (2014). *Rapport du CCNE sur les débats concernant la fin de vie*. http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/.../rapport_ccne_sur_le_debat_fin_de_vie (page consultée le 4 juin 2018).

(3) Inspection générale des affaires sociales (2018), *Rapport de l'IGAS de 2018 sur les soins palliatifs au domicile*. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Soins_palliatifs-resume-DEF-2.pdf (page consultée le 4 juin 2018).

(4) Aubry R., Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie médicale* 2008;9: 94-102.

(5) Schaefer KG, Chittenden EH, Sullivan AM, Periyakoil VS, Morrison LJ, Carey EC, Sanchez-Reilly S, Block SD. Raising the Bar for the Care of Seriously Ill Patients: Results of a National Survey to Define Essential Palliative Care Competencies for Medical Students and Residents. *Acad Med.* 2014 July;89(7):1024–1031

(6) Mallet D, Denis-Delpierre N, Galle-Gaudin C, Hirsch G. Axes pédagogiques pour la formation des internes en médecine lors de stage en structures de soins palliatifs. *Pédagogie médicale* 2013;14:285-296.

(7) Ross DD, Shpritz D, Hull MM, Goloubeva O. Long-term evaluation of required coursework in palliative and end-of-life care for medical students. *J Palliat Med.* 2005;8:962–974.

(8) Schön D. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l’agir professionnel. Montréal: Les éditions Logiques ; 1994.

(9) CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiel métier et compétences. Paris: Berger Levrault; 2010.

(10) Meghan M. McConnell, PhD, and Kevin W. Eva, PhD. The Role of Emotion in the Learning and Transfer of Clinical Skills and Knowledge. *Academic Medicine* 2012;87(10) : 1316-22.

(11) Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, Collett T & Regan de Bere S. The transition from medical student to junior doctor: today’s experiences of Tomorrow’s Doctors. *Medical Education* 2010;44: 449–458.

(12) Crawford GB1, Zambrano SC. Junior doctors' views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine. *Acad Med.* 2015 Mar;90(3):338-44.

(13) Reeves S, Xyrichis A & Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care* 2018;32(1):1–3.

(14) Mallet D, Denis-Delpierre N, Galle-Gaudin C, Hirsch g. « La formation en soins palliatifs : enjeux éthiques et repères pédagogiques », in *Ethique et paradoxes de l’accompagnement en santé, travail social et formation* sous la direction d’H.Breton et S.Pesce, Teraedre, collection « Passages aux actes », 2018, p. 119-138.



Tableau 1 : Description des 18 sujets étudiés

Caractéristiques des 18 sujets étudiés	
Age	26,6 ans
Sexe	Masculin : 7 / Féminin : 11
Spécialités	
Médecine Générale	N = 9
Oncologie	N = 6
Autres : hématologie, médecine interne, gériatrie)	N = 3
Localisation du stage	
Tours (USP)	N= 8
Blois (EMSP extra hospitalière)	N= 5
Nantes (USP)	N= 5
Délais entre le stage et l'interview	
1 an	N=2 (médecine générale)
2 ans	N=4 (médecine générale)
3 ans	N= 7 (3 oncologie, 3 médecine générale, 1 hématologie)
4 ans et plus	N= 5 (3 oncologie, 1 médecine interne, 1 gériatre)

Tableau 2 : Grille d'entretien

Domaines	Questions
<p>Domaine général</p>	<p>Qu'avez-vous vécu lors de votre stage de soins palliatifs ?</p> <p>(Question de relance : en termes de vécu personnel, de questionnement ?)</p>
<p>Domaine des compétences (auto-évaluation)</p>	<p>Qu'est-ce que ce stage vous a permis d'acquérir comme savoir-faire ?</p> <p>(Question de relance : en termes de compétence clinique, de relation avec les patients et leurs proches, de construction d'une délibération, de collaboration avec les équipes ?)</p>
<p>Processus</p>	<p>Qu'avez-vous mis en œuvre depuis la fin du stage ?</p> <p>(Question de relance : utilité du stage pour la pratique actuelle, qu'avez-vous pu transposer ?)</p>
<p>Domaine pédagogique</p>	<p>Qu'est ce qui a été aidant pendant le stage ?</p> <p>(Question de relance : pour la compréhension, pour apprendre ?)</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Qu'avez-vous envie d'ajouter ?</p>