

ACCOMPAGNER L'INTERNE EN STAGE SOINS PALLIATIFS

EXPLORATION DES DIMENSIONS ÉTHIQUE, SUBJECTIVE, COOPÉRATIVE

CAROLINE GALLE-GAUDIN

Equipe de Recherche E.E.S. –TOURS- FRANCE

caroline.galle@univ-tours.fr

NATHALIE DENIS-DELPYERRE

Equipe de Recherche CREN EA 2661 –NANTES-FRANCE

nathalie.denis@chu-nantes.fr

DONATIEN MALLET

Equipe de Recherche E.E.S. –TOURS- FRANCE

donatien.mallet@chluynes.fr

Résumé

Cet article se fonde sur l'analyse qualitative thématique de 20 entretiens semi-dirigés menés auprès d'internes en stage de 6 mois dans des structures de soins palliatifs.

L'analyse de ces données a permis de mettre en lumière différentes dimensions rencontrées par ces professionnels interrogés. En rendant compte de la particularité de la clinique en soins palliatifs, ils nous décrivent et nous permettent de mieux comprendre, en quoi la pratique des soins palliatifs en structures spécialisées représente un réel challenge éthique, réflexif et coopératif pour eux.

Mots clés

Soins palliatifs, clinique, éthique, réflexivité, subjectivité, coopératif

ACCOMPAGNER L'INTERNE EN STAGE SOINS PALLIATIFS EXPLORATION DES DIMENSIONS ÉTHIQUE, SUBJECTIVE, COOPÉRATIVE

Introduction

Au regard du vieillissement de la population et de l'accroissement des maladies chroniques, graves ou létales, les responsables politiques, en partenariat avec des soignants et des bénévoles, cherchent à diffuser la pratique des soins palliatifs en France.

L'objectif visé est que toute personne en phase palliative ou terminale d'une maladie, puisse bénéficier de cette approche palliative, quels que soient sa pathologie, son environnement ou son lieu de vie.

Cette volonté s'est traduite politiquement par des programmes nationaux. Une des mesures du programme 2008-2012 visait notamment à adapter le dispositif de formation médicale initiale afin de favoriser l'apprentissage des soins palliatifs pour tous les futurs praticiens¹. Dans ce contexte, les responsables universitaires en soins palliatifs, fédérés au sein du Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP), mènent une réflexion afin de mettre en œuvre ces objectifs nationaux. Afin de contribuer à la diffusion des pratiques de soins palliatifs en France, un des objectifs prioritaires s'annonce être la formation des médecins. Dans cette optique, l'enjeu est de définir des axes et des méthodes pédagogiques qui tiennent compte des spécificités de la clinique en soins palliatifs, du cadre actuel de la formation médicale, des paramètres contextuels et sociétaux mais aussi du vécu singulier des médecins dans ces situations complexes.

Le travail présenté concerne plus particulièrement le vécu des internes lorsqu'ils font un stage dans une structure de soins palliatifs.

A travers l'analyse qualitative des entretiens menés auprès de 20 étudiants interne en médecine, nous avons cherché à repérer des axes pédagogiques qui tiennent compte des spécificités de la clinique en soins palliatifs et du vécu des internes lors de leur stage, en mettant en lumière les dimensions éthiques, subjectives et coopératives qu'inspirent ces accompagnements.

Particularités de la clinique en soins palliatifs

Il nous semble important de préciser tout d'abord quelques spécificités inhérentes à la clinique en soins palliatifs. Lors d'un travail préalable², nous avons mené une réflexion épistémologique sur la médecine. La pratique médicale repose sur une dimension intrinsèquement éthique.

La dimension éthique

¹ Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. 2008 [On-line] Disponible sur : www.sante.gouv.fr/http://www.sante.gouv.fr/programme-de-developpement-des-soins-palliatifs-2008-2012.html

² Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie Médicale* 2008;9:94-102.

Le mot « éthique » renvoie à deux significations en médecine. D'une part, il définit le noyau identitaire de la fonction médicale qui se déploie transversalement dans toutes les compétences. D'autre part, il caractérise une compétence pour délibérer, c'est-à-dire construire une détermination du bien dans certaines situations, notamment lorsqu'il existe une incertitude sur les orientations des traitements.

Exercer la médecine, c'est accueillir une personne souffrante et soutenir une visée du bien avec et pour la personne dont on cherche à prendre soin. La mise en œuvre de cette aspiration se décline en compétences. Ce concept renvoie à la définition proposée par Tardif en termes de « savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations³. En ce qui concerne l'exercice médical auprès de patients en phase palliative, nous avons identifié quatre grandes compétences : clinique, relationnelle, éthique et coopérative. La dimension de subjectivité, non nommée ainsi par les internes interrogés pour cette étude, nous est apparue comme transversale et induite à chacun des entretiens.

Ces compétences présentent de nombreux points communs avec d'autres compétences décrites dans la littérature avec des dénominations voisines⁴. Cependant, la clinique palliative présente quelques spécificités. Une compétence clinique avec une relativité des savoirs biomédicaux, une intégration des savoirs issus des sciences humaines, une valorisation des qualités et expériences humaines. La compétence clinique reprend une démarche similaire à l'examen médical tel qu'il est classiquement enseigné. Mais, elle comprend des particularités épistémologiques relatives aux types de savoirs que le médecin peut mobiliser.

Alors que l'exercice médical auprès de patients atteints de maladie graves s'appuie classiquement sur de nombreux examens biologiques ou iconographiques, le praticien en soins palliatifs utilisera différemment ces savoirs biomédicaux. En effet, les investigations peuvent être contraignantes, impossibles à réaliser, voire délétères pour le patient. Leur utilité est parfois discutable car elles n'ouvrent pas sur des perspectives thérapeutiques contribuant à la prolongation de la vie ou au confort du patient. Parfois, il n'existe pas d'investigation pertinente pour analyser ou objectiver ce qui pose problème. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, certaines expériences de la douleur où s'entrelacent des facteurs organiques, psychiques et relationnels.

Dans ce contexte, même s'il ne s'agit pas d'occulter l'importance des connaissances médicales ou issues des sciences bio-physico-chimiques, la compétence clinique en soins palliatifs va s'appuyer sur

³ Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière Education, 2006.

⁴ Centeno C, Noguera A, Lynch T, Clark D. Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries. *Palliat Med* 2007;21:683-7.

4. Duong PH, Zulian GB. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliat Med* 2006;20:551-6.

d'autres savoirs issus notamment des sciences humaines et sociales. Plus encore, elle va solliciter le clinicien dans sa sensorialité, sa finesse d'analyse, sa justesse d'interprétation, sa potentialité à formuler des hypothèses en lien avec diverses disciplines.

Une pratique qui mobilise la subjectivité du clinicien

L'ouverture à la subjectivité de l'étudiant interne, nécessite une attention particulière. Cette orientation pédagogique apparaît nécessaire mais aussi atypique, voire même suspecte pour certains. Elle constitue un « pas de côté » vis-à-vis de la formation médicale actuelle.

A l'instar des autres disciplines médicales, la pratique des soins palliatifs repose sur des connaissances objectives, des données technoscientifiques et des protocoles collectivement validés. Mais, dans de nombreuses situations, elle ne se limite pas à l'application conforme d'une démarche diagnostique ou d'un schéma thérapeutique. Par nature, elle fait aussi appel à la subjectivité du clinicien.

Le terme « subjectivité » évoque étymologiquement « ce qui est placé dessous », ce qui fonde et anime la personne humaine dans son rapport à soi, à l'autre et aux autres⁵. C'est la manière singulière adoptée par chacun pour se configurer dans le rapport au monde. La subjectivité repose sur des perceptions, des sensations, des émotions, des intentions. Elle s'associe à une dimension de réflexivité sur soi-même avec une certaine conscientisation de ce qui est en jeu. Elle sollicite la pensée et le langage mais comprend aussi une dimension inconsciente. Elle requiert des interprétations qui s'appuient sur des repères personnels et collectifs.

Ainsi, face à un patient douloureux, le médecin est attentif à la description de la douleur, à son évaluation par des échelles ou des grilles adaptées. Dans une optique diagnostique et thérapeutique, il recherche des liens de causalité entre la plainte ressentie et une lésion organique en s'appuyant sur l'examen clinique et des investigations para-cliniques.

Cette approche biomédicale est nécessaire mais pas suffisante car la douleur est « *une sensation et une expérience émotionnelle désagréable*⁶ » comprenant certes une composante organique mais aussi psychique, sociale, voire existentielle.

Du fait de cette pluralité de l'expérience douloureuse, le praticien doit allier une lecture objectivante de la douleur à une attention au vécu de la personne souffrante. Cela implique une dialectique personnelle où le clinicien formule des interprétations en s'appuyant sur ses sensations, intuitions, mouvements intérieurs, savoirs et expériences. Il s'appuie sur lui-même pour construire sa clinique et son projet thérapeutique.

Dans d'autres situations, le clinicien éprouve sa subjectivité en dehors de toute plainte symptomatique du patient. Ce peut être lors de l'annonce d'un diagnostic, l'inefficacité d'un traitement ou une

⁵ Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990.

⁶ Définition de l' International Association for the Study of Pain

impasse thérapeutique. L'angoisse générée, la perspective future d'un chaos croissant nécessitent une prudence, une finesse d'expression, une attitude « contenante » qui implique le clinicien dans ses perceptions, affects, expériences et visées.

Ce peut être aussi lors de relations prolongées avec les personnes malades ou leurs proches. Dans ces temps de rencontre, le médecin peut être pris dans des mouvements de projection, d'identification, de fusion ou de rejet de certains types de personnes. Il peut établir des correspondances entre l'attitude qu'il adopte et des événements de son histoire personnelle, passée ou présente. Le témoignage des internes rencontrés nous a régulièrement montré une « identification personnelle et familiale » des patients rencontrés en soins palliatifs. « *Et si c'était ma grand-mère dans ce lit, ma mère, mon frère... qu'est-ce que j'aimerais que l'on lui fasse ou que l'on ne lui fasse pas ?* ». Ce stage semble permettre aux internes de mieux articuler leur fonction professionnelle et leur identité personnelle. Cette dimension subjective peut se manifester aussi bien dans le champ de la relation, que dans l'appréciation d'une sensation douloureuse chez un malade, ou dans la construction d'une délibération, d'une argumentation avec l'équipe. La relation est toujours singulière, et comprend par essence des éléments subjectifs. Cette reconnaissance d'une nécessaire subjectivité dans la pratique des soins palliatifs n'implique pas pour qu'elle doive être laissée souveraine, sans point de repère ou règle de vigilance. Le mouvement des soins palliatifs fonde ses apports en remettant la relation au cœur du soin. Ce souci de la relation n'est pas que théorique. Il est mis en œuvre dans les pratiques de soins et dans les organisations collectives et coopératives des équipes de soins palliatifs.

Face à la souffrance, la sollicitation des compétences relationnelle et coopérative

La souffrance, en soins palliatifs, est omni présente, multiforme, répétitive et réactivée par la perspective inéluctable de la mort. Elle n'est pas sectorisée. Elle est globale et s'applique à toutes les facettes de la personne malade, la submergeant aussi bien dans ses aspects corporels, psychiques, relationnels, sociaux et spirituels. Elle altère l'humain dans l'ensemble de ce qui le constitue.

Elle est diffuse, contagieuse, contaminant à des degrés divers les protagonistes qu'il s'agisse du patient, de son entourage ou des soignants. De plus, elle ne peut pas toujours être supprimée, voire atténuée. Elle présente une résistance évolutive. Elle s'achève souvent par la mort.

Dans ce contexte de souffrances quotidiennes, le clinicien en soins palliatifs est confronté sans cesse à l'inefficacité partielle ou totale de ses actions, aux limites de son savoir, à l'incertitude sur la détermination de ce qu'il serait souhaitable de faire. Cette confrontation le renvoie à un questionnement sur le sens de sa pratique et finalement de sa présence auprès de l'autre souffrant⁷.

Confronté à des pertes et à sa mort, la personne malade est renvoyée à de nombreuses problématiques psychiques où s'entrelacent espoir de vie et dépit, conscientisation du pronostic et dénégation,

⁷ E.J. Cassel, The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Jour Med* 1982 ; 306 : 639-645.

relecture pacifiée de son existence et réactivation de conflits anciens. Le médecin devra en permanence tenir compte de cette complexité psychique mouvante.

Cela est d'autant plus nécessaire que l'évolution de la maladie nécessitera information, ré-information, « annonce de mauvaises nouvelles », dialogue avec l'entourage du patient.

Dans ce tumulte, les savoirs issus de la psychologie peuvent être une aide. Mais la dimension relationnelle justifie surtout un engagement associé à une tempérance, une finesse d'analyse, une adaptabilité, une relecture de sa pratique.

Parallèlement à cette dimension de rencontre et de la réflexion en équipe, la clinique en soins palliatifs comprend de nombreuses interrogations éthiques relatives notamment à la proportionnalité des traitements. Dans ces situations, même si les prises de décisions affichent une responsabilité singulière, il existe des critères ou des procédures décisionnelles collectives.

Le travail en équipe et en interdisciplinarité fait ainsi appel à la subjectivité du clinicien que ce soit lors du choix des termes jugés le plus adéquats pour présenter collectivement un patient ou la décision de ne pas révéler des propos intimes.

Le médecin va délibérer en s'appuyant sur des savoirs médicaux ainsi que sur le dialogue établi avec les autres acteurs. C'est dans ce creuset qu'il construira sa propre réflexion, déterminant un sens à l'action. Enfin, dans un contexte de chronicité des maladies, des partenariats sont nécessaires, requérant une aptitude à construire collectivement un projet de soins dans une optique de continuité de prise en charge. La coopération se fera au sein de l'équipe de soins mais aussi avec les autres intervenants, hospitaliers ou libéraux, issus de la filière sanitaire ou médico-sociale.

Une autre caractéristique de la clinique palliative est qu'elle expose le médecin comme les autres acteurs du soin, à la souffrance.

Cette confrontation répétée à la souffrance, à la mort, aux limites et au sens n'est pas une spécificité uniquement rencontrée en soins palliatifs car l'exercice médical repose le plus souvent sur une rencontre entre un médecin et une personne qui vient lui exposer sa souffrance, mais la souffrance en soins palliatifs présente quelques particularités.

Elle est omni présente, multiforme, répétitive et réactivée par la perspective inéluctable de la mort.

Elle n'est pas sectorisée. Elle s'applique à toutes les facettes de la personne malade, la submergeant aussi bien dans des aspects corporels, psychiques, relationnels, sociaux et spirituels. Elle altère l'humain dans sa globalité. Elle est diffuse, contagieuse, contaminant à des degrés divers l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse du patient, de son entourage ou des autres soignants. De plus, elle ne peut pas toujours être supprimée, voire atténuée.

Dans ce contexte, le clinicien en soins palliatifs va être confronté sans cesse aux limites de son savoir, à l'inefficacité partielle ou totale de ses actions, à l'incertitude sur la détermination de ce qu'il serait souhaitable de faire. Cette confrontation éprouvante aux limites le renvoie à un questionnement sur le sens ou non-sens de la médecine, de sa pratique, voire de l'existence humaine. L'échange avec les

diverses équipes rencontrant le malade s'avère donc nécessaire pour mieux explorer ces zones de questionnements, d'adaptabilités. Ces limites réfléchies, visitées et discutées à plusieurs, en plur-professionnalité sont ainsi mieux traitées.

Ainsi, les internes lors de leur stage en soins palliatifs découvrent une pratique médicale inscrite dans une confrontation pluri-professionnelle avec laquelle ils rapportent être assez peu habitués. Ce questionnement l'implique parfois très personnellement car il le conduit à revisiter ses fondements professionnels et personnels. Nous poursuivons ce propos en l'illustrant par des citations des internes rencontrés.

Analyse des entretiens des internes de notre étude à l'issue du stage en structures de soins palliatifs.

Une déstabilisation personnelle et professionnelle

A leur arrivée dans la structure spécialisée de soins palliatifs, les internes découvrent les grands repères de la prise en charge palliative et une organisation des soins spécifique. Ils décrivent un vécu "d'intégration" dans cette structure. Ce sentiment d'intégration est vécu de manière contrastée et en rupture avec ce qui leur est connu.

Ils rencontrent simultanément un nouvel « univers », des personnes en grande souffrance et le travail en équipe pluridisciplinaire. Ils découvrent aussi un rapport au temps "différent".

1) Immersion dans un service, un « monde » différent

" C'est tout un univers: L'univers des soins palliatifs". int 1, " c'est tout un monde, le monde des soins palliatifs" int 3, " Un stage très marquant, très différent, un service un peu hybride"

- L'endroit est gai, l'ambiance est bonne

"A côté de la réalité des choses, de la mort quand même assez présente, ce n'est pas un service triste, ni plombant. "

« C'était plutôt une bonne ambiance, j'attendais d'un service où il y avait plein de décès ; qu'il soit triste mais les soignants étaient plutôt des gens joyeux. »

- L'accueil est personnalisé

"J'ai trouvé un cocon, on te demande ton prénom pour te préparer ta blouse, tu te sens attendu."

" Tous les 6 mois, les équipes nous voient défiler, habituellement on ne connaît nos prénoms qu'après un certain temps"

2) Découverte de la personne en situation palliative

➤ Le patient, sa famille dans une nouvelle temporalité clinique

"Il m'a fallu comprendre que ce n'était pas un service comme les autres, que l'on a du temps pour les patients et les familles, tout ce temps de paroles avec les gens "

"Les soins palliatifs n'étaient pas inconnus pour moi car j'avais été externe en pneumologie mais en arrivant dans le service, devant cette patiente monstrueusement cadavérique, j'ai pris une grande claque dans la figure, on aurait dit une patiente d'Auschwitz. C'était pas du tout ce à quoi je m'attendais!"

"Cela faisait 7 jours que j'étais là, je pense que je m'en souviendrais toute ma vie. J'ai compris certaines limites, médicales et personnelles."

3) Décryptage de l'organisation spécifique des soins, et de la prise en charge globale

➤ Ils découvrent le travail en équipe, un « temps collectif »

" Le temps devient collectif, c'était nouveau pour moi"

" J'ai découvert là-bas effectivement ce qu'est vraiment un travail en équipe, la possibilité de prendre le temps de délibérer tous ensemble, d'avoir l'avis des autres; infirmières et aides-soignantes".

" On peut prendre l'avis de tous, des infirmières, des aides-soignantes, on peut parler une demi-heure d'un détail ; on se dit au départ; je vais m'ennuyer si c'est comme ça tous les jours!"

« Ce que j'ai trouvé long au début, ce sont les débriefings réguliers, plusieurs fois dans la journée »

Approfondissement des compétences techniques, relationnelles et de coopération.

L'acquisition de la compétence technique se fait rapidement et ne leur pose aucune difficulté.

Les internes mettent l'accent sur le développement de la compétence relationnelle et la compétence de coopération. Ils affirment que l'acquisition de ces compétences leur apporte beaucoup dans leur pratique clinique mais sont également sources de difficultés.

1) *Compétence technique: Acquisition de "clés techniques"*

➤ L'usage des morphiniques, la gestion des principaux symptômes de fin de vie

« Techniquement, j'ai beaucoup appris, en terme de symptômes ; j'ai eu beaucoup de clés »

« Pour tout ce qui est symptôme douloureux, anxiété, autres symptômes difficiles ; j'ai beaucoup appris car ça manque ailleurs, et on a peu de cours pendant l'externat »

« Apprendre à manier des traitements que l'on n'a pas l'habitude de manier, antalgiques, sédation et pec des grands symptômes »

« L'approche médicale, savoir mieux gérer la douleur et les symptômes inconfortables et gênants de la fin de vie »

« J'ai beaucoup appris à anticiper les prescriptions pour les complications »

2) Développement de la compétence relationnelle

- Ils développent leur compétence en communication, langage non verbal, corporel.

« Le soin ce n'est pas que le médicament ; j'ai découvert le sens humain de la prise en charge. »

" J'ai appris beaucoup en terme de communication avec le patient, l'entourage, tout ça! J'ai énormément appris!"

" Le stage m'a appris: quoi dire, enfin, comment dire, pas avoir peur de dire, se préparer à dire et savoir quand est ce qu'il faut dire ou pas."

- Ils disposent de temps pour rencontrer le patient et apprennent à savoir où en est le patient dans la connaissance de sa maladie

"On a du temps à l'USP, on a du temps pour être vraiment dans la rencontre, 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."

" En soins palliatifs, tous les jours, il y a des nouveautés, de vraies rencontres humaines et c'est ça qui me plaît!"

« On apprend à prendre le temps de savoir où en est le patient de la connaissance de sa maladie »

" Oui le stage, oui, oui, effectivement, parce que, pendant ce semestre effectivement, on essaie de comprendre chaque patient, la manière dont il vit, son histoire et heu d'essayer de l'accompagner dans quelque chose qui lui parle ou qui a du sens pour lui"

- Ils se rendent disponibles pour les familles

« Quand il y avait beaucoup de personnes qui n'allaient pas bien, qui étaient sédâtées, j'ai appris à préparer une explication, à être disponible pour les familles »

3) Approfondissement de la compétence de collaboration

Ils approfondissent leur compétence de collaboration au sein de l'équipe et avec les consultants extérieurs.

- Au sein de l'équipe

" C'est un travail de complémentarité, le médecin a une parole sur la thérapeutique mais il n'apportera jamais ce que peut apporter une assistante sociale, il faut couvrir tous les champs, pas que le champ thérapeutique, comprendre le champ social, le champ psychologique".

« Travailler avec une équipe fine, avec une psychologue très présente, c'est génial ! »

- Ils expérimentent la collaboration, ses apports en termes de partage des savoirs

"Dans le service, la collaboration entre les différentes spécialités médicales est enrichissante; le partage des savoirs."

*"J'ai appris sur la **relation** avec les équipes paramédicales, avec les infirmières, c'est un lieu d'écoute où chacun a voix au chapitre"*

*" On apprend à **porter une attention au vécu** de l'équipe"*

"En équipe, on réfléchit, on apprend à se calmer pour ne pas faire de l'acharnement thérapeutique. On se dit: bien; j'ai envie, mais est-ce qu'on a le droit ? »

- Ils se confrontent à des avis différents et aux conflits d'équipe

" 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 difficultés. J'ai pris conscience qu'on ne pouvait pas comme ça d'un coup décréter une décision médicale, ce n'était pas comme ça qu'il fallait faire ! Cela m'a touché au plus profond de moi. "

"Il y a des soignants qui savent mieux que nous; il y a parfois la mise en groupe de l'équipe face à l'interne."

« Cela m'a appris que face aux critiques du corps médical, d'opposition, de colère envers le corps médical, il ne fallait pas s'arrêter là, et du coup ça prend du temps, on a besoin de l'équipe pour comprendre tous ensemble. »

« On apprend à ne pas se braquer pour expliquer notre prise en charge à l'équipe si elle le demande »

- Avec les intervenants extérieurs à l'équipe: ils apprennent l'importance de l'avis extérieur dans la délibération

"Ce qu'il y a de bien, c'est que quand il y a des situations difficiles; on fait venir quelqu'un de l'extérieur pour réfléchir sur ce que l'on a fait. "

" On apprend l'importance de l'apport d'une personne extérieure pour la délibération"

" Quand le collègue sollicité arrive pour donner son avis, et il faut recommencer à décrire toute la situation dans sa complexité..."

Cette notion de devoir expliquer et réexpliquer les situations est assez nouveaux pour des internes. Ils ont le sentiment dans un premier mouvement de répéter et de « perdre leur temps » face à l'urgence des situations. Puis ils décrivent que prendre cette habitude d'expliquer aux nouveaux arrivant du groupe, ou à quelqu'un n'ayant pas vécu la situation aide à prendre du recul et à mieux s'en tenir à présenter des faits.

4 – Collaboration et production de savoirs

- Le développement de la compétence collaborative est l'un des axes les plus développés par les internes à l'issue de ce stage. Ils découvrent le sens humain de la prise en charge. Ils disposent de temps pour rencontrer le patient, sa famille, les collègues. Ils développent leur compétence en communication, explorent et donnent du sens au langage non verbal, au corporel.

« Le soin ce n'est pas que le médicament ; j'ai découvert le sens humain de la prise en charge. »

*"Ça m'a forcé à comprendre que beaucoup de patients, notamment dans les expressions de refus, de critiques du corps médical, d'opposition ou même de colère ou d'agressivité envers le corps médical et bien là, on ne reste pas dans le frontal et du coup ça prend du temps, mais on arrive à **"dénicher le caillou dans la chaussure"** et à partir du moment où on a trouvé le caillou dans la chaussure ou qu'on l'a identifié, on peut travailler autour et être beaucoup plus constructif que quand on dit... le patient il est en colère, il n'accepte pas son diagnostic, ou la femme ne veut pas gérer son mari à domicile... oui sauf que quand on sait que la femme a eu le décès de son frère de 20 ans quand elle en avait 17, à domicile, qu'elle a vécu ça comme horrible on comprend mieux pourquoi quand le mari rentre chez lui en permission, elle met son réveil toutes les 2 heures pour vérifier qu'il est vivant. Là on peut avancer ensemble, en partenariat."*

- Ils réalisent que construire une relation prend du temps

« Le lien ; c'est de s'enquérir des patients, des équipes, de leurs vécus, de leur questionnement; on y arrive en étant actif dans le lien. Même si ça prend du temps, c'est indispensable pour continuer ensemble" »

Pour Danièle Zay⁸, l'apparition du terme de partenariat dans le champ professionnel fait suite aux changements des rôles des différents acteurs. En professionnalisant la formation médicale et en se centrant sur l'activité et dans milieu professionnel apprenant spécifique (comme celui des soins palliatifs), Guy Pelletier, explique que les résistances au partenariat ne sont pas liées à une non remise en question des pratiques professionnelles mais à une crainte quant à une évolution identitaire probable. Face à ce changement, les individus doivent développer des formes de coopération où chacun essaiera de trouver sa place et où il devra accepter de nouvelles missions. Des jeux de pouvoir peuvent avoir lieu. Caroline Gallé-Gaudin écrit ; *« Il faut donc qu'il y ait négociation, ce qui est énergiquement coûteux mais indispensable puisque c'est elle qui va aider à tout instant, à tout niveau du système, à construire le rapport entre les identités en présence. »*⁹

⁸ Zay, D., 1994, *Formation des enseignants au partenariat : une réponse à la demande sociale?*, Paris, PUF, Collection Pédagogie d'aujourd'hui.

⁹ Gallé-Gaudin, C., (2014). *Penser la formation aux soins palliatifs. Entre repères relationnels et pratique réflexive*. P 65

Pour conclure

Ce travail d'écriture nous a permis de mieux comprendre les dimensions éthiques, subjectives, relationnelles et collaboratives rencontrées par les internes en stage en service spécialisés de soins palliatifs et surtout d'y être attentif en tant que chercheur en pédagogie. En effet, alors que certains domaines de la pratique médicale sont très normés, les composantes relationnelles et coopératives en soins palliatifs sont moins balisées. Elles nous apparaissent néanmoins comme dépendantes les unes des autres. La conscientisation de ces champs avec l'étude effectuée auprès de 20 internes à l'issue de leur stage, nous permet une réflexion, une analyse et une proposition de formalisation de l'accompagnement de ces stagiaires afin de sortir de ce flou et d'être attentif à leur vécu professionnel et personnel.

Références bibliographiques

Ouvrages

- Gallé-Gaudin, C. (2014). *Penser la formation aux soins palliatifs. Entre repères relationnels et pratique réflexive*. Paris : L'Harmattan.
- Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990.
- Tardif, D., *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière, Education, 2006.
- Zay, D., 1994, *Formation des enseignants au partenariat : une réponse à la demande sociale ?*, Paris, PUF, Collection Pédagogie d'aujourd'hui.

Chapitres d'ouvrages

- Aubry, R., Mallet, D., Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie Médicale* 2008;9:94-102.
- Centeno, C. Noguero, A, Lynch T. Clark, D. Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries. *Palliat Med* 2007;21:683-7.
- Duong, PH. Zullian, GB. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliat Med* 2006;20:551-6.
- Cassel, E.J.. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Jour Med* 1982 ; 306 : 639-645