

# Axes pédagogiques pour la formation des internes en médecine lors de stage en structures de soins palliatifs

*Teaching approaches targeting medical residents during their clerkships in palliative care structures*

Donatien MALLET<sup>1</sup>, Nathalie DENIS-DELPY<sup>2</sup>, Caroline GALLÉ-GAUDIN<sup>3</sup>, Godefroy HIRSCH<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Unité de soins palliatifs, Centre hospitalier de Luynes-CHU de Tours, France

<sup>2</sup> Unité de soins palliatifs, Centre hospitalier universitaire de Nantes, France

<sup>3</sup> Centre national de documentation et de ressources en soins palliatifs, Paris, France

<sup>4</sup> Equipe d'appui départementale de soins palliatifs du Loir et Cher, Blois, France

Manuscrit soumis à la rédaction le 12 décembre 2012 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 20 avril et le 20 novembre 2013 ; accepté pour publication le 22 novembre 2013

## Mots-clés

Pédagogie ; soins palliatifs ; référent de stage ; interne en médecine ; praticien réflexif

**Résumé – Contexte :** Dans le cadre des programmes nationaux visant à diffuser les soins palliatifs en France, un des chantiers prioritaires est la formation des internes à cette pratique de soins lorsqu'ils effectuent un stage dans une structure de soins palliatifs. **Objectif :** Définir des axes pédagogiques qui tiennent compte des spécificités de la clinique en soins palliatifs et du vécu des internes lors de leur stage en structure de soins palliatifs. **Méthodes :** Des responsables pédagogiques, fédérés au sein du Collège national pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP), ont coordonné le travail. Un groupe de travail comprenant des cliniciens et un chercheur en sciences de l'éducation ont colligé les programmes pédagogiques existants et recueilli les avis d'internes. Des axes pédagogiques ont été identifiés et discutés au sein du CNEFUSP. **Résultats :** Au terme de ce travail, trois grands axes pédagogiques sont proposés. Le premier est relatif à l'apprentissage centré sur le développement de compétences (clinique, relationnelle, éthique, coopération) en lien avec des situations cliniques fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies létales. Le second comprend une ouverture et une attention à la subjectivité de l'étudiant. Le troisième cherche à inscrire les apports du stage dans un parcours professionnel continu, fondé sur la spécialité initiale de l'étudiant. **Perspectives et conclusions :** Pour mettre en œuvre ces trois axes, des points de repères à destination des internes et des référents de stages sont proposés. Une attention particulière est portée à la réflexivité du référent de stage, sur le parcours de l'étudiant mais aussi sur sa propre pratique de formateur.

**Keywords**

Education;  
palliative care;  
resident;  
internship reflective  
practitioner

**Abstract – Context:** In the framework of national programs designed to disseminate palliative care in France, one of the top projects concerns clerk training in this type of care when they are involved in clerkships in palliative care structures. **Objective:** To define educational approaches taking into account the specificities of clinical palliative care and the experience of the clerks during their clerkships. **Methods:** Educational leaders, working together through the national college for academic training in palliative care (CNEFUSP), coordinated the project. A working group that included clinicians and a researcher in science education compiled existing educational programs and collected the opinions of clerks. Teaching approaches were identified and discussed within the CNEFUSP. **Results:** As a result, three major teaching approaches are proposed. The first approach relates to competency-based (clinical, social, ethical, cooperative) learning skills as they relate to clinical situations commonly encountered in palliative or terminal phases of fatal diseases. The second approach involves being open and responsive to the subjectivity of students. The third approach is designed to take into account the contribution of the clerkship in the students' career continuum, based on their initial specialty. **Prospect and findings:** To implement the three approaches, parameters are suggested for clerks and clerkship evaluators. Special attention is given to the reflexivity of the evaluating physicians, student progress and the evaluators' own trainer competence.

## Introduction

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'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, quels que soient sa pathologie ou son lieu de vie.

Cette volonté s'est traduite par des programmes nationaux<sup>[1]</sup>. Une des mesures du programme 2008-2012 vise à adapter le dispositif de formation médicale initiale afin de favoriser l'apprentissage des soins palliatifs pour tous les futurs praticiens. 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.

Le travail présenté concerne plus particulièrement la formation des internes lorsqu'ils font un stage dans une structure de soins palliatifs. Nous avons cherché à définir des axes pédagogiques qui tiennent compte des spécificités de la clinique en soins palliatifs et du vécu des internes lors de leur stage.

## Le contexte académique de la formation spécialisée post-graduée (internat) en France

En France, la période de formation post-graduée spécialisée, communément dénommée internat, débute après six ans d'études. Elle conduit à des diplômes d'études spécialisées (DES), dont le cursus dure de trois à cinq ans selon la spécialité choisie par l'étudiant. Ce parcours universitaire comprend une formation pratique assurée dans le cadre d'une séquence de stages cliniques de six mois, des séminaires en lien avec la discipline de l'étudiant et un double travail de recherche, l'un qui fait l'objet d'un mémoire de fin de DES, l'autre qui aboutit à la soutenance d'une thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine.

Pour chaque spécialisation, la séquence de stages doit être conforme à une maquette comprenant des stages obligatoires, parfois des stages « recommandés » mais facultatifs et des stages libres. Généralement, la maquette laisse un espace de liberté, permettant à l'étudiant de façonner en partie son parcours.

La plupart des internes peuvent, s'ils le souhaitent, effectuer un stage de six mois dans une structure de soins palliatifs. Ce peut être une unité de soins palliatifs avec des lits d'hospitalisation ou une équipe mobile de soins palliatifs intervenant de manière

transversale dans les hôpitaux ou au domicile des patients.

Les internes qui effectuent des stages en soins palliatifs sont issus de diverses disciplines : médecine générale, oncologie, radiothérapie, hématologie, médecine interne, etc. La majorité ne se destine pas à un exercice exclusif en soins palliatifs. Ils souhaitent demeurer dans leur discipline mais cherchent à compléter et améliorer leur formation car ils auront à prendre soin de patients atteints de maladies létales.

Quelques étudiants optent pour une formation plus approfondie en médecine palliative. Ils se destinent à travailler au sein d'équipes spécifiquement dédiées aux soins palliatifs. Ils effectuent alors un parcours supplémentaire avec deux ans de stages cliniques dans une unité spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou de soins palliatifs. Ils suivent des séminaires et réalisent un travail de recherche en lien avec ces secteurs d'activités.

## Problématique

Particularités de la clinique en soins palliatifs

### ***Des compétences médicales avec quelques spécificités***

Lors d'un travail préalable [2], nous avons mené une réflexion épistémologique sur la médecine. La pratique médicale repose sur une dimension intrinsèquement éthique. 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 situations » [3-5].

En ce qui concerne l'exercice médical auprès de patients en phase palliative, nous avons identifié quatre grandes compétences : « clinique », « relationnelle », « éthique » et « coopération ».

Le mot « éthique » renvoie donc à deux significations. 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.

Ces compétences présentent de nombreux points communs avec d'autres compétences décrites dans la littérature avec des dénominations voisines [6,7]. Cependant, la clinique palliative présente quelques spécificités [8-10].

### ***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.

De même, le recours à des savoirs issus du suivi de cohortes de patients est souvent limité. Très peu d'études de type expérimental, recourant à un traitement statistique des données, ont été validées en soins palliatifs. Leur qualité est souvent très modeste. Les recommandations, lorsqu'elles existent, sont souvent de bas grade et reposent sur un savoir empirique et expérientiel.

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 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 sollicitation des compétences « relationnelle », « éthique » et de « coopération »**

Une autre particularité de la clinique en soins palliatifs, bien qu'elle n'en ait pas l'apanage, est de mettre particulièrement en avant les compétences « relationnelle », « éthique » et de « coopération ».

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, 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, « 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, la clinique en soins palliatifs comprend de nombreuses interrogations éthiques relatives notamment à la proportionnalité des traitements. Dans ces situations, même s'il existe des critères ou des procédures décisionnelles, les prises de décisions sont toujours singulières. Elles nécessitent une élaboration personnelle et collective. 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 confrontation répétée à la souffrance, à la mort, aux limites et au sens**

Une autre caractéristique de la clinique palliative est qu'elle expose le médecin à la souffrance. Ce n'est pas une spécificité des 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 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.

Particularité du vécu des internes lors de leur stage en soins palliatifs

Dans ce contexte, l'interne découvre lors de son stage en soins palliatifs une pratique médicale qui s'inscrit dans le référentiel médical universitaire mais présente certaines spécificités. Cette atypie l'amène souvent à s'interroger sur les repères conceptuels qui ont jusqu'à présent façonné son exercice. Ce questionnement l'implique parfois très personnellement car il le conduit à revisiter ses fondements professionnels et personnels.

### **Une déstabilisation personnelle et professionnelle**

Nous pouvons prendre, à titre d'exemple, le cheminement qu'effectuent certains internes dans leur rapport à la personne souffrante.

Lors de son cursus d'externe et lors de ses précédents stages, l'étudiant a été confronté aux patients souffrants, au mourir et à la mort<sup>[8,11-14]</sup>. Face à la personne malade, il a acquis des modalités de fonctionnement, des manières d'établir une relation en conformité avec sa personnalité, son identité professionnelle, les habitudes des services. Cet apprentissage s'est fait en interaction avec les équipes où il a été en stage. L'étudiant se façonne en conformité avec certains modèles qu'il a identifiés<sup>[15,16]</sup>.

Parfois, cette construction personnelle et professionnelle est globalement adaptée à l'étudiant et aux patients. Mais cela n'est pas toujours le cas. Certaines études mettent en évidence que l'étudiant éprouve des difficultés lors de son cursus médical, qui peuvent limiter sa capacité à percevoir le vécu de l'autre ou à instaurer une relation avec lui<sup>[17,18]</sup>. La formation médicale semble avoir favorisé une distanciation passant par le recours à des investigations ou des traitements<sup>[8,9]</sup>. C'est parfois une objectivation de l'autre, voire la « pathologisation » de sa vie psychique dans une nosologie psychologique ou psychiatrique. C'est aussi la dévalorisation de toute sensation, la crainte ou le refoulement des émotions. Toute une variété de comportements, plus ou moins défensifs, est décrite<sup>[18]</sup>.

Lors de son stage en soins palliatifs, l'interne découvre d'autres modalités relationnelles. Son savoir, ses techniques de communication, ses classifications syndromiques, ses mécanismes de défense sont partiellement remis en question. L'écoute, la parole, le récit sont valorisés à la fois comme outil sémiologique mais aussi comme modalités de prendre soin du patient en soutenant son identité narrative<sup>[19]</sup>. Les émotions sont reconnues et leur expression est possible. Le contenu de l'entretien est différent avec la nomination de l'incurabilité ou la mention explicite de la séparation, des peurs de l'agonie, de la mort.

Le stage en soins palliatifs peut permettre à l'interne de conscientiser, d'élaborer, de modifier sa manière d'être en relation avec la personne souffrante<sup>[21-23]</sup>. Par exemple, il peut insérer son souci de

transmettre clairement des informations biomédicales dans une approche plus globale, attentive aux affects, à l'ambivalence des désirs, à l'insertion de la parole du patient dans son histoire personnelle. Il peut découvrir la pertinence de l'échange entre soignants, la richesse du croisement des interprétations disciplinaires, la reconnaissance de l'incomplétude des savoirs. Sa compétence relationnelle sera bonifiée, car complétée par ce « pas de côté ».

### **La sollicitation de sa subjectivité**

La clinique en soins palliatifs va renvoyer l'interne à sa propre subjectivité. Ce terme 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 autres<sup>[24]</sup>. C'est la manière singulière adoptée par chacun pour se configurer dans le rapport au monde. Elle s'associe à une dimension de réflexivité sur soi-même avec une certaine conscientisation de ce qui est en jeu.

La subjectivité repose sur des perceptions, des sensations, des émotions, des intentions. Elle comprend des interprétations qui s'appuient sur des repères personnels. Elle sollicite la pensée et le langage. Dans une perspective psychanalytique, la subjectivité ne se limite pas à une facette conscientisée, rationnelle. Elle s'articule avec une dimension inconsciente, accessible en partie par la médiation de la parole.

Les études médicales prêtent peu attention à cette subjectivité propre à chacun. Mais la clinique en soins palliatifs ne peut l'exclure car elle est un pilier essentiel de cette pratique de soins. Cette caractéristique n'est pas propre aux soins palliatifs. Elle se retrouve dans d'autres disciplines, voire est transversale à la médecine du fait du noyau éthique qui la structure.

La compétence clinique va solliciter la subjectivité de l'interne. Face à un patient douloureux, le clinicien est certes attentif au vécu du patient, mais aussi à ses propres perceptions, sensations, émotions. Dans une dialectique personnelle, il formule des interprétations. Il déroule sa pensée au sein d'une réflexivité en situation ou à distance. Il s'appuie sur lui-même pour construire sa clinique. Cette démarche qui l'engage est nécessaire pour exercer à bon escient sa profession.

Parfois, l'étudiant éprouve sa subjectivité suite à des entretiens avec des patients. Il prend conscience qu'il s'identifie ou rejette certains types de personnes malades. Il établit des correspondances entre cette attitude et certains événements de son histoire personnelle.

L'ouverture à la subjectivité de l'étudiant peut aussi se faire sur le champ éthique ou philosophique. En côtoyant certaines situations particulièrement dramatiques, l'interne s'interroge sur la valeur de l'existence humaine, les pratiques médicales, le sens du soin. Certains étudiants se questionnent sur leurs convictions, leurs repères ou l'absence de repères d'existence.

D'autres remettent en cause la formation universitaire qu'ils ont reçue. Ils s'interrogent sur les représentations de leur profession, la demande de la société, leur conception de la médecine<sup>[25,26]</sup>. Ils se questionnent sur le type de pratiques qu'ils souhaitent exercer.

Au cours de leurs six mois de stage, certains internes peuvent ressentir une certaine déstabilisation de leurs référentiels psychiques, éthiques, philosophiques ou autres<sup>[17]</sup>.

La clinique en soins palliatifs présente donc quelques spécificités, notamment car elle sollicite le clinicien dans des aspects très personnels de son identité. Il est dès lors nécessaire que ces spécificités soient prises en compte dans le cadre des dispositifs de formation qui préparent à l'exercice de cette pratique clinique.

L'objectif de la présente contribution est de rapporter un travail effectué sous l'égide du CNEFUSP, visant à définir des axes pédagogiques spécifiques pour orienter la formation clinique des internes lorsqu'ils effectuent une période de stage dans une unité clinique spécialisée en soins palliatifs.

## Méthodes

Un groupe de médecins émanant du CNEFUSP a coordonné l'ensemble du travail. Ce groupe comprend des médecins seniors en soins palliatifs exerçant dans des structures différentes, fixes ou mobiles, universitaires ou non. Ils se sont associés avec une formatrice, docteur en sciences de l'éducation, dont un des objets de recherche est le diplôme inter-universitaire en soins palliatifs<sup>[27]</sup>. Ils se sont réunis huit fois au rythme d'une réunion par trimestre.

Ce groupe s'est appuyé sur douze internes ayant effectué ou effectuant des stages au sein des structures. Nous avons repris avec eux les comptes-rendus reprenant les quatre entretiens systématiques qu'ils avaient eus avec le médecin senior lors de leur stage. Nous avons complété ces apports par la relecture que les internes en faisaient à distance de leur stage. Les axes pédagogiques ont été présentés à chacun et nous avons recueillis leurs commentaires.

Le groupe référent a exposé ses travaux lors de deux séances du CNEFUSP à un an d'intervalle.

Une revue bibliographique dans les domaines de l'éducation médicale et dans le champ des soins palliatifs a été effectuée selon les critères recommandés par la littérature (bases de données PubMed, analyse critique de la littérature). Cette documentation a été complétée par le recueil de documents pédagogiques formalisés par des équipes qui accueillent des internes en soins palliatifs. Un appel a été adressé aux membres du CNEFUSP. Cinq documents, dont quatre émanant d'équipes exerçant dans des hôpitaux universitaires, ont été analysés. Nous avons été attentifs à l'existence d'une présentation de la clinique en soins palliatifs, à la nature des objectifs proposés, à la précision de leur déclinaison, à l'évocation de méthodes pédagogiques, aux méthodes d'évaluation.

S'appuyant sur ces premiers travaux, le groupe a élaboré un document initial et l'a soumis aux différents groupes. Six internes ont effectué leurs stages alors que les axes pédagogiques avaient été clairement énoncés et expliqués lors de la première rencontre avec le référent de stage. Une première présentation orale a été faite à l'ensemble des membres du CNEFUSP, puis une seconde, orale et écrite, un an après. Au fil de ces consultations et tests, le document initial a été remanié quatre fois.

## Résultats

Présentation de trois grands axes pédagogiques

Dans un contexte où l'on cherche à utiliser le levier de la formation pour diffuser cette pratique de soins, nous proposons trois grands axes pédagogiques. Chaque axe sera à décliner en s'appuyant sur des

pratiques pédagogiques cohérentes avec la perspective du praticien réflexif de Donald Schön<sup>[26]</sup>.

Schön part du constat qu'un praticien en action, confronté à des problématiques, ne les surmonte pas en s'appuyant exclusivement sur des modèles appris au cours de sa formation, mais plutôt en improvisant à partir de son expérience et de son savoir-faire. Il mobilise des savoirs cachés mais il rencontre des difficultés à justifier le choix de ses interventions et à expliquer les raisons de ses réussites ou échecs.

« À partir de ce constat, Schön propose comme axe pédagogique de susciter l'émergence d'une pensée réflexive. Cette réflexivité est un processus cognitif continu, un retour de la pensée sur elle-même, visant à faire émerger et conscientiser l'efficacité d'une pratique »<sup>[28]</sup>. Il s'agit de « se regarder faire »<sup>[29]</sup>. L'étudiant apprend à formuler en concepts ce qui est implicite en action ou en parole. Ce parcours valorise la dimension de délibération intérieure et de discussion argumentée. Cette posture réflexive passe donc par des allers et retours permanents entre la théorie et un réel, qui, même s'il la déborde sans cesse, ne peut être compris de façon purement intuitive, ni maîtrisé par de simples habilités acquises sur le tas<sup>[30]</sup>.

### **Apprentissage centré sur le développement de compétences en lien avec des problématiques cliniques et des situations professionnelles**

Le premier axe pédagogique est relatif à l'apprentissage centré sur le développement compétences - clinique, relationnelle, éthique, coopération - à mettre en œuvre face à des problématiques cliniques types en soins palliatifs.

– Un inventaire des problématiques cliniques et des situations professionnelles fréquemment rencontrées ou emblématiques.

Cet objectif nécessite d'établir au préalable, d'une part, un inventaire des principales problématiques cliniques rencontrées en soins palliatifs et une identification des situations professionnelles dans le contexte desquelles ces problèmes seront à résoudre. Il implique d'autre part une identification des capacités sollicitées selon les compétences. Une capacité est définie par l'aptitude (cognitive, réflexive, métacognitive, opérative, psycho-affective

ou sociale) mobilisable pour la mise en œuvre d'une compétence<sup>[31]</sup>.

Dans cette démarche, il s'agit d'identifier les problématiques cliniques et les situations professionnelles les plus fréquentes ou les plus emblématiques en soins palliatifs. Par exemple, la compétence clinique devra se décliner dans les phases d'agonie. Ce moment particulier est généralement peu élaboré sur les autres lieux de stages.

– L'adaptation du parcours : une progression étalée dans le temps avec une complexité croissante.

Ces points de repères sont à utiliser de manière personnalisée. En effet, les étudiants ont des connaissances, des savoirs, des pratiques très hétérogènes. Compte tenu de cette diversité, il apparaît souhaitable de définir avec l'étudiant au fil du stage le type de compétences et de capacités à favoriser.

L'apprentissage devra être construit dans un rapport au temps avec une complexité croissante. Prenons l'exemple d'un interne pour lequel la compétence éthique serait un axe privilégié. La formulation orale d'un questionnement éthique sur l'indication ou non d'une transfusion sanguine pour un patient donné est une première étape. L'analyse de la situation dans sa globalité, la déclinaison des options possibles, la balance avantages/inconvénients, les enjeux éthiques, l'argumentation de la décision finale peuvent être des étapes intermédiaires. La rédaction d'un compte rendu synthétisant l'ensemble d'une délibération peut-être un objectif de fin de stage.

– Des entretiens réguliers pour faire le point sur son parcours et favoriser une pratique réflexive.

Une fois définis ces objectifs et cette temporalité, l'apprentissage des compétences est apprécié dans le cadre d'une supervision, qui recourt notamment à des entretiens et des questionnaires adaptés. L'objectif de ces entretiens est de faire un point sur la progression de l'étudiant en identifiant les acquis, les progrès, les difficultés, les manques. Ces analyses contribuent à parfaire le parcours formatif que fait l'interne en identifiant de nouvelles situations à rencontrer ou savoirs à acquérir. Il permet aussi au référent de stage de réfléchir sur les modalités de mise en œuvre de sa responsabilité pédagogique.

Dans notre expérience, ces entretiens ont lieu une semaine, un mois, trois mois ou six mois après le début

du stage. Des questions ouvertes, des grilles avec des items prédéfinis ou le récit de situations qui ont particulièrement posé problème, servent de points d'appui.

Pour l'apprentissage de la compétence relationnelle, nous avons établi une liste de dix questions à destination de l'étudiant afin de faciliter son questionnement. Cette liste est remise à l'interne avant l'entretien. Elle sert à préparer l'entretien mais, afin de favoriser une liberté d'élaboration, l'interne n'est pas obligé de remettre le document complété au référent de stage.

Ces questions favorisent une réflexivité sur sa pratique<sup>[26]</sup>. Parfois, elles permettent à l'étudiant de prendre conscience d'éléments plus personnels qu'il évoquera ou non. Lors de l'entretien, le référent de stage aide l'étudiant à approfondir ces analyses. Il favorise le dialogue dans une optique maïeutique. Il liste avec l'interne les situations cliniques qu'il a rencontrées. Dans un second temps, il peut livrer son point de vue, pointer des avancées ou difficultés observées, formuler des propositions ou recommandations. Au terme de l'entretien, interne et référent de stage s'accordent sur des objectifs.

Ce peut être de prêter plus particulièrement attention à développer une capacité choisie. C'est aussi veiller à s'impliquer dans une situation que l'interne n'a pas encore rencontrée. Si cela semble pertinent, le référent de stage peut proposer des outils pédagogiques tels l'entretien d'explicitation, des rétroactions, des lectures bibliographiques, voire un travail de recherche plus approfondi.

### **Ouverture et attention à la subjectivité de l'étudiant**

Le second axe est plus personnel. Il implique la dimension subjective de l'étudiant. En effet, comme nous l'avons précédemment décrit, beaucoup d'internes lors de leurs stages sont interpellés dans des dimensions constitutives de leur identité professionnelle et personnelle. Cela se manifeste sous forme de questionnements, de prises de conscience, de remémorations de situations cliniques qui les ont marqués. Ces interrogations s'inscrivent dans un parcours toujours singulier. Il se construit en interaction avec divers interlocuteurs, patients, famille, acteurs de

soins. Il comprend des dimensions conscientes et inconscientes, secrètes ou potentiellement verbalisables. Le référent de stage peut témoigner d'une ouverture et d'une attention à cette dimension plus personnelle.

Sur cet axe plus subjectif, une prudence est nécessaire. L'enjeu est de prêter attention au vécu de l'étudiant afin de l'accompagner dans son parcours, s'il le veut et le peut, en gardant comme cible son identité professionnelle. Il ne s'agit pas de faire entrer l'étudiant dans un processus psychothérapeutique, de lui imposer un cheminement ou de le conformer à un modèle normatif. Sur ce sujet, il n'existe ni impératif, ni normes, ni critères d'évaluation.

La séparation entre les dimensions professionnelle et personnelle n'est pas toujours aisée, voire est artificielle. Mais la posture du référent de stage est de veiller à ce que le contenu des entretiens demeure essentiellement ciblé sur l'identité professionnelle, quitte à proposer à l'interne d'autres interlocuteurs si des aspects plus intimes sont trop prégnants.

Pour honorer ces points de vigilance, l'attention à la subjectivité de l'étudiant est à vivre sur une modalité d'accompagnement marquée essentiellement par une écoute et une bienveillance respectueuse.

Selon les étudiants, ce questionnement et cette réflexivité sur son identité professionnelle s'élaborent avec divers interlocuteurs : référent de stage, médecins seniors, psychologue, soignants, lors de différents types de rencontres formalisées ou non (entretiens informels, groupe de paroles,...). Pour d'autres internes, la démarche sera plus solitaire avec l'écriture de récits, le recours à des travaux écrits, des recherches. Cela peut être encouragé par le référent de stage. Il peut proposer des outils pédagogiques tels les récits de situation complexe et authentique ou des typologies de mémoires de recherche, dans une démarche de « praticien réflexif »<sup>[32,33]</sup>.

Dans cette optique d'ouverture au vécu de l'étudiant, le responsable médical du stage a une fonction et une responsabilité singulières. Cependant, le parcours de l'étudiant peut se faire en lien avec les autres membres de l'équipe. La responsabilité pédagogique est donc collective et justifie à la fois ouverture et prudence.

**L’inscription de l’apprentissage dans un parcours professionnel**

Le troisième axe cherche à favoriser l’inscription de l’apprentissage acquis lors du stage en soins palliatifs dans le parcours professionnel de l’étudiant. En effet, la plupart des étudiants n’exerceront pas ultérieurement dans des structures de soins palliatifs. Un des enjeux pédagogiques est donc de veiller à ce que le stage en soins palliatifs s’inscrive dans une continuité de parcours professionnel en lien avec la spécialité originelle de l’étudiant.

Cet objectif ne se réalise pas spontanément, il nécessite que le référent et l’interne adoptent une posture volontaire. L’étudiant doit se projeter dans sa future activité en s’appuyant sur ce qu’il en a perçu lors de ses stages antérieurs. Pour maintenir cet axe, il est souhaitable que le référent de stage initie ce processus, lors des premières rencontres formalisées avec l’étudiant. Cela passe par des questions ouvertes : « compte tenu de ta pratique, qu’est-ce qu’il te semble surtout pertinent de développer lors de ton stage en soins palliatifs ? » ; « si tu te projettes dans ton futur exercice, avec des fonctionnements, des habitudes, des repères, des moyens humains différents, qu’est ce qu’il te semblerait possible de faire lors des phases palliatives ou terminales des patients ? »

Des supports écrits, tels des portfolios, peuvent être des aides et permettent de maintenir l’étudiant dans une dynamique pédagogique continue en lien avec leur propre spécialité<sup>[34-36]</sup>. Des travaux de recherche en lien avec la discipline de l’étudiant peuvent aussi contribuer à l’insertion de la pratique des soins palliatifs dans une culture professionnelle différente.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ces axes pédagogiques, nous proposons des points de repères (encadré 1) à destination des étudiants et de leurs référents lorsque les internes effectuent un stage dans une structure de soins palliatifs.

**Discussion**

De nombreuses limites méthodologiques, pédagogiques, conceptuelles

Le travail présenté, rédigé essentiellement pas des cliniciens, présente de nombreuses limites.

**Encadré 1**

**Points de repères pour stages des internes en structures de soins palliatifs**

- Lors de son stage, l’étudiant accomplit un parcours, professionnel et personnel.
- Ce parcours est singulier.
- Le référent de stage, en lien avec l’ensemble de l’équipe, est co-constructeur du parcours de l’étudiant.
- L’étudiant et le référent de stage doivent s’accorder pour construire conjointement des objectifs, des étapes, des évaluations avec des temps de rencontre plus ou moins formalisés. Cela s’inscrit dans un partenariat comprenant une dimension d’accompagnement.
- Concernant l’apprentissage des compétences médicales, l’interne et le référent de stage peuvent s’accorder sur des objectifs vers lesquels il s’agit de tendre.
- En ce qui concerne l’ouverture et l’attention à la subjectivité de l’étudiant, il n’existe pas de repères, ni de normes. Mais la prudence et la bienveillance du référent de stage sont requises.
- Un des enjeux du parcours est de favoriser une dynamique de réflexivité de l’étudiant sur sa propre pratique<sup>[44]</sup>.
- Cette approche nécessite que le référent de stage développe une pratique réflexive dans une visée pédagogique.

Le recueil des axes pédagogiques déjà formalisés par les équipes ne peut prétendre à une exhaustivité. Les documents colligés sont peu nombreux malgré le souci du groupe de travail de s’appuyer sur l’ensemble des cliniciens français exerçant des responsabilités pédagogiques en soins palliatifs. En pratique, il est probable que de nombreuses équipes de soins palliatifs n’ont pas formalisé d’axes pédagogiques précis.

L’analyse du vécu des internes lors de leur stage a des limites. La récolte des données s’est appuyée sur des notes d’entretiens ou sur des échanges avec des

internes ayant déjà effectué leurs stages. Le décryptage de leur vécu demeure imprécis.

Le groupe qui a initié ce travail ne prétend pas à une expertise en pédagogie. Bien qu'exerçant depuis de nombreuses années des responsabilités d'enseignant et de formateur, les membres du groupe ne sont pas chercheurs en pédagogie à l'exception d'un membre du groupe. La supervision par le CNEFUSP témoigne d'une reconnaissance du travail effectué mais ne peut prétendre à une certification de la qualité des propositions faites.

La validation des trois axes pédagogiques nécessite qu'ils soient formalisés de manière plus précise, expérimentés et évalués. Ce travail est en cours en ce qui concerne l'apprentissage de la compétence relationnelle.

L'axe d'attention à la subjectivité est difficile à décliner, alors qu'il apparaît essentiel si l'on s'appuie sur les propos des internes et l'expérience des cliniciens. Mais, le parcours effectué par l'étudiant est très variable. Il dépendra en partie de la personnalité de l'étudiant, de la capacité du référent de stage à accompagner l'interne et des interactions entre les divers protagonistes. Sur le plan conceptuel, on peut s'interroger sur la tentative de démarcation entre une identité professionnelle et une identité personnelle. L'être humain n'est pas clivé, notamment lorsqu'il est confronté de manière répétée à la souffrance et à la mort.

L'axe d'inscription d'un acquis dans un parcours professionnel nécessite que soit définies des modalités pédagogiques qui ne se limitent pas à des entretiens où l'interne tente de se projeter dans son futur exercice.

Nous pouvons aussi nous interroger sur la possibilité de diffuser ces axes pédagogiques à des cliniciens qui n'auraient pas mené la réflexion qui a précédé leur élaboration. Par exemple, l'axe d'attention à la subjectivité nécessite que le clinicien ait conscience du vécu des internes, qu'il investisse ce champ et entre dans un apprentissage réflexif de ce type d'accompagnement.

Enfin, les propositions sont générales. Elles ne différencient pas les lieux de stages alors que, dans la logique d'une ingénierie des compétences, ces derniers devraient pouvoir être mis en concordance avec

des familles de situations professionnelles et alors que les pratiques diffèrent entre les unités de soins palliatifs et les équipes mobiles. Elles ne distinguent pas les internes selon leur orientation disciplinaire.

Une démarche débutante effectuée par des cliniciens dans une discipline naissante

Malgré ces limites, ce travail présente cependant des intérêts.

La formulation des trois axes est une première construction d'axes pédagogiques dans une discipline encore récente. Elle s'appuie sur une conception épistémologique et éthique de la clinique palliative. Cette conceptualisation a permis de décliner une pratique professionnelle émergente en termes de compétences, de spécificités disciplinaires et d'orientations pédagogiques.

La porte d'entrée pédagogique est originale. En effet, peu de travaux effectués par des cliniciens ont été consacrés à la formation des internes sur leurs lieux de stages. Cela peut apparaître paradoxal alors que la formation des internes repose en grande partie sur l'apprentissage d'une pratique en situation. Une autre particularité de ce travail est de valoriser la dimension de rencontre et de partenariat entre l'interne et le référent de stage afin de co-construire le parcours de l'étudiant.

Les trois axes permettent d'articuler la volonté nationale de diffuser une pratique de soins, la prise en compte des spécificités de la clinique palliative et l'attention au vécu des étudiants.

L'axe d'attention à la subjectivité de l'étudiant, bien qu'original, apparaît essentiel pour de nombreux étudiants. En effet, la formation médicale actuelle prête peu attention à l'implication subjective des étudiants. Bien au contraire, elle tend à considérer péjorativement tout ce qui ne peut être objectivable. Certains étudiants tout comme certains internes souffrent de cette orientation réductrice. Ils relatent qu'ils éprouvent un malaise entre leurs aspirations et leur quotidien<sup>[11,24,25]</sup>. Dans ce contexte, un des enjeux est d'accompagner, si l'étudiant le souhaite, l'instauration d'une meilleure articulation entre une fonction

professionnelle et une recherche d'identité personnelle, tout en tenant compte du contexte institutionnel et sociétal.

## Conclusion

Ce travail de recherche, orienté vers la pédagogie, a justifié d'abord une réflexion approfondie sur la clinique. Cette démarche a conduit les cliniciens à mieux conscientiser, analyser et définir leurs pratiques médicales. Cette réflexivité sur la clinique s'est prolongée par un questionnement sur la fonction pédagogique qu'exerce le médecin référent de stage vis-à-vis de l'interne.

Il nous semble que c'est en assumant cette double réflexivité, clinique et pédagogique, que le clinicien pourra exercer au mieux sa fonction de formateur mais aussi d'accompagnant du parcours singulier de chaque étudiant.

### Contributions

Les différents auteurs ont contribué de manière équivalente à la réalisation de ce travail. Nathalie Denis-Delpierre et Caroline Galle-Gaudin se sont plus spécifiquement occupés de la recherche bibliographique. Godefroy Hirsch a coordonné le recueil des données auprès des étudiants. Donatien Mallet a effectué le travail de rédaction. La relecture a été effectuée par l'ensemble des auteurs.

## Approbation éthique

Non sollicitée

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

## Références

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](http://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.
3. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière Education, 2006.
4. Parent F, Jouquan J. Penser la formation des professionnels de la santé. Bruxelles: De Boeck, 2013.
5. Fernandez N, Dory V et al. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Med Educ* 2012;46:357-65.
6. 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.
7. 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.
8. Mallet D. La Médecine entre science et existence. Paris : Vuibert, 2007.
9. Mino JC, Fournier E. Les mots des derniers soins. La démarche palliative dans la médecine contemporaine. Paris : Editions Les belles lettres, 2008.
10. Sullivan AM, Lakoma MD, Billings JA, Peters AS, Block SD. PCEP Core Faculty. Teaching and learning end-of-life care: evaluation of a faculty development program in palliative care. *Acad Med* 2005;80:657-68.
11. Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: student voices. *J Palliat Med* 2005;8:372-81.
12. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, Arnold RM. This is just too awful; I just can't believe I experienced that...: medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med* 2005;80:634-40.
13. Wear D. "Face-to-face with it": medical students' narratives about their end-of-life education. *Acad Med* 2002;77:271-7.

14. Fernandes R, Shore W, Muller JH, Rabow MW. What it's really like: the complex role of medical students in end-of-life care. *Teach Learn Med* 2008;20:69-72.
15. Hafferty F, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71.
16. Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med* 2005;80:641-7.
17. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer* 2010;46:2708-15.
18. Ruzsniowski M. Face à la maladie grave. Paris : Dunod, 2004.
19. Ricoeur P. Temps et récits. Paris : Editions du Seuil, 1985.
20. Waldock J. Evaluation des stages en soins palliatifs des étudiants en médecine. *Journal Européen de Soins Palliatifs* 2006;13:160-62.
21. Salas S, Dany L, Michel R, Cannone P, Dudoit E, Duffaud F et al. Représentations, attitudes et pratiques associées aux soins palliatifs : une enquête auprès des responsables d'unités et d'équipes de soins palliatifs en France. *Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Ethique* 2008;7:130-9.
22. Dany L, Rousset M-C, Salas S, Duffaut F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. *Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Ethique* 2009;8:238-50.
23. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris : Editions du Seuil, 1990.
24. Fraser HC, Kutner JS, Pfeifer MP. Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med* 2001;4:337-43.
25. Sulmasy P, Cimino JE, He MK, Frishman WH. U.S. Medical students' perceptions of the adequacy of their schools' curricular attention to care at the end of life: 1998-2006. *J Palliat Med* 2008;11:705-16.
26. Schön D. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Editions Logiques, 1994.
27. Gallé-Gaudin C. Un tournant réflexif dans la pratiques soignante : la formation au DIU de soins palliatifs. *Pratiques réflexives en formation, Ingéniosité et ingénieries émergentes*. Paris : L'Harmattan, 2009;69-89.
28. Mallet D. Enjeux pédagogiques d'une formation médicale en soins palliatifs. In: Jacquemin D, Broucker (de) D. *Manuel des Soins Palliatifs*. Paris : Dunod, 2014, *sous presse*.
29. Gallé-Gaudin C. Formation aux soins palliatifs et dynamique relationnelle. Thèse de doctorat d'université de sciences de l'éducation, Université de Tours, 2009.
30. Perrenoud P. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers pédagogiques* 2001;390:42-5.
31. Parent F, Jouquan J, Kerkhove L, Jaffrelot M, De Ketele JM. Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé. *Pédagogie Médicale* 2012;13:183-201.
32. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique. Le modèle nantais. *Revue du Praticien-Médecine Générale* 2004;655:724-6.
33. Le Mauff P, Senand R, Urion J. Groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques. *Revue du Praticien-Médecine Générale* 2004;699:831-2.
34. Bail P, Le Reste JY, Boiteux F. Le portfolio, expérience du département de médecine générale de la faculté de Brest. *Revue du Praticien-Médecine Générale* 2004;646:445-7.
35. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale* 2006;7:110-27.
36. Buckley S, Coleman J, Davison I, Khan KS, Zamora J, Malick S et al. The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a Best Evidence Medical Education systematic review. *BEME Guide N°11. Med Teach* 2009;3:282-98.

---

Correspondance et offprints : Donatien Mallet, Unité de soins palliatifs, Centre hospitalier de Luynes-CHU de Tours, avenue du clos Mignot, 37540 Luynes, France.  
Mailto : donatien.mallet@chluynes.fr