

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Thibaut MARC

Né le 31/12/1990 à Chartres (28)

Formation continue du médecin généraliste : parcours et apports du DIU de soins palliatifs
Étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement le **2 décembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM, Pneumologie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Donatien MALLET, Soins palliatifs, PA, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale, Professeur honoraire, Faculté de médecine – Tours

Directeur de thèse : Professeur Donatien MALLET, Soins palliatifs, PA, Faculté de Médecine - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le
crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je
rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de
leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis
fidèle à mes promesses. Que je sois couvert
d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Résumé

Contexte : Le médecin généraliste, à l'instar de tout médecin, doit continuer à se former tout au long de sa carrière. Si la décision de faire une formation au soins palliatifs fait sens, l'offre de formation est pléthorique et le choix peut être difficile. Au sein de ces formations, le DIU de soins palliatifs constitue un choix ambitieux. Devant l'investissement demandé, il semble légitime de se demander ce que cette formation apporte réellement au médecin généraliste qui y prend part.

Objectif : Explorer les apports engendrés par le DIU de soins palliatifs pour un médecin généraliste.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 8 médecins généralistes. Enregistrement, retranscription intégrale et analyse thématique avec émergence d'une théorie.

Résultats : La participation au DIU était pour les médecins généralistes une expérience pédagogique inédite en lien notamment avec l'interdisciplinarité de la formation. On retrouvait un accroissement de la compétence relationnelle ainsi qu'un apprentissage de la pluriprofessionnalité et du travail avec les réseaux. Le médecin généraliste décrivait également un apaisement dans son rapport à lui-même et un sentiment de reconnaissance. Le DIU venait prendre place de façon singulière tant dans le parcours professionnel que dans le parcours de vie malgré l'hétérogénéité des itinéraires conduisant au DIU.

Conclusion : La formation se révèle bénéfique pour le médecin aussi bien dans l'approche des situations palliatives que dans les situations qu'il rencontre dans le reste de sa pratique. Il contribue à la construction de l'identité professionnelle du médecin généraliste.

Mots clés : Médecine générale, formation continue, soins palliatifs, inter-professionnalité.

Abstract

Title: Continuing education of the general practitioner: contributions of the palliative care IUD.

Context: The general practitioner, like all physicians, must train all along their career. If the choice of a palliative care training makes sense, there are numerous types of trainings, and choosing between them can be difficult. Among these trainings, the French palliative care inter-university degree (IUD) is an ambitious choice, and it seems legit to ask what this training really brings to the general practitioner.

Objective: The objective of this study was to explore the contributions and benefits of the palliative care IUD for the general practitioner.

Method: Qualitative survey, including 8 semi-directed interviews of general practitioners. Recording, full transcription and thematic content analysis with the emergence of a theory.

Results: The French palliative care IUD was a new experience for general practitioners, especially due to inter-professional nature of its content. We found an increase of social and cooperative skills including the ability to work with palliative care networks. General practitioners also described inner reassurance and recognition feelings. The palliative care IUD took a singular place in the professional and personal course of the general practitioners despite the heterogeneity of their expectations.

Conclusion: The French palliative care IUD training can help the general practitioner to manage both palliative and non-palliative situations. It contributes to building the professional identity of the practitioner.

Key words: General Practice, Continuing education, Palliative care, Inter-professionalism.

" Tout rapport au savoir est aussi rapport à soi-même : à travers l'apprendre, quel que soit la figure sous laquelle il se présente, est toujours en jeu la construction de soi. "

B. CHARLOT

"Le chemin est long pour l'homme *agissant et souffrant* jusqu'à la reconnaissance de ce qu'il est en vérité, un homme *capable* de certains accomplissements. "

P. RICCEUR

Remerciements

A monsieur le Professeur CAMUS,

Vous me faites aujourd'hui l'honneur d'accepter de présider mon jury. Au début de mes études, vous nous aviez initié aux sciences humaines, externe vous m'aviez accueilli à la CPU, interne j'ai une nouvelle fois eu l'occasion de bénéficier de votre enseignement lors du DIU de soins palliatifs. Vous êtes de ces fils rouges qui balisent nos parcours, occasion de se rappeler la richesse de ces études et le chemin parcouru. Je vous en remercie.

A monsieur le Professeur GYAN,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Il s'est écoulé quelques années depuis mon tout premier stage d'externat dans votre service où j'ai pour la première fois été confronté aux soins palliatifs, il en reste dans ma mémoire vos mots et votre humanité, je tenais également à vous en remercier.

A monsieur le Professeur MARCHAND-ADAM,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie et vous témoigne mes sincères remerciements et mon profond respect.

A madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ,

Je suis très honoré que vous ayez accepté de prendre part à ce jury. Sans votre combat pour permettre au plus grand nombre d'externe de découvrir la médecine générale, je ne serais probablement pas là aujourd'hui, je vous en remercie.

A monsieur le Professeur MALLET,

Merci pour la patience et la disponibilité dont vous avez su faire preuve dans l'élaboration de ce travail. Un merci encore plus grand pour votre bienveillance et l'intérêt porté à mon parcours et mes questionnements depuis près de 5 ans. Je tenais à vous exprimer toute ma gratitude.

Un grand merci également à madame le **Dr Caroline GALLE-GAUDIN,** pour avoir prolongé la dynamique d'accompagnement au-delà du DIU et m'avoir accordé votre aide à l'initiation et à la conclusion de ce travail.

Maman,

Merci pour ton amour, ta présence sans faille à mes côtés, et ton soutien indéfectible depuis tant d'années. Je ne peux que t'être reconnaissant de tout ce que tu m'as apporté et m'apportes encore aujourd'hui.

Papa,

Trente ans que mes yeux se sont ouverts,
Verts comme les tiens.

Vingt ans durant tu leurs as appris à voir,
Vingt ans d'amour dans le regard.

Dix ans que les tiens se sont fermés,
Dix ans que les miens continuent de voir ...

... toute une vie où ils ne cesseront de t'aimer.

Grand-mère

Palmyre de Paul Veyne. C'est le dernier livre que je t'ai offert. Le dernier livre que tu aies lu. Et alors que je mets un point final à cette thèse, ce même exemplaire est face à moi, dans ma bibliothèque. Il me transporte, non pas à Palmyre, mais chez toi. Un mercredi surement. Nous rangeons et faisons vivre tout ce qu'une vie donne à accumuler d'objets et de souvenirs. Tes yeux pétillent. Les miens aussi. Ça sent la mirabelle. Une tarte est dans le four. Sucre et beurre excitent mes papilles. Je suis heureux. Palmyre est devant moi. Pas la ville, le livre. Il me rappelle qu'un jour il y aura un dernier livre. Ça doit être beaucoup, une vie de livres. Combien ? C'est important le nombre ? Non. L'important c'est de toute sa vie s'autoriser à être bouleversé par des livres, comme Palmyre t'a bouleversé. Leçon de vie. J'aurais mon Palmyre. Il me bouleversera. Je penserai à toi Grand-mère.

Mathilde, il est des épreuves qui soudent, la famille Schickenburg est là pour en témoigner. La distance ne saurait distendre ces liens fraternels qui nous unissent. Grâce à toi **Luc** est venu nous rejoindre. Merci à vous d'être là aujourd'hui comme tous les autres jours.

Charlie, alors que tu t'aventures tout juste sur les chemins de l'école, ton parrain termine ses études. Il ne peut que te souhaiter d'y rencontrer comme lui des camarades et des professeurs à même d'attiser ta curiosité, de te questionner et de te faire grandir. Pour cette joie que tu nous apportes au quotidien, merci.

Mamie, l'ironie de la vie a voulu que ces souvenirs qui faisaient ta fierté et que tu te plaisais tant à raconter finissent par t'être dérobés. Isolée dans ce monde qui échappe parfois à notre entendement tu sembles sourire à la vie, sourire à ces inconnus que nous sommes devenus. Je me souviendrai pour deux qu'un jour, alors que j'entrais dans ta chambre d'hôpital, tu m'as appelé Docteur et que tu fus la première. Merci.

A mes cousin.e.s, camarades de jeux de mon enfance, solides ancrages lorsque tout s'effondre. Il n'est de plaies que vos rires ne sachent panser.
Dans la grisaille d'un dix-sept mars une promesse, on reste uni. Oui.

A mes tantes et oncles, pour m'avoir appris ce que Famille veut dire. Merci.

A tous mes camarades qui ont usé les bancs de cette faculté à mes côtés.

Ceux du début, quand tout cela semblait si incertain, Lison, BK, Nina, Vic', Jeanne, Benji, NJ. *Rater* avec vous me manque.

À ceux qui sont venus les rejoindre au fil des années et qui ont rempli mes études de joies et de fêtes. Amandine et Julien, Elodie et Alex, Jean-Baptiste et Clémence, Julien, Oliv et Sandra, Tif, Bouquet' et Méghane, Nana et Manu.

A mes compères de l'Institut', Alice, Simon, Esma, Adeline et Pierre, cette année passée au bureau du tutorat avec vous est sans aucun doute une des expériences les plus marquantes que j'ai pu vivre entre ces murs.

A mes co-internes, en particulier Flo, Amaury et Mathilde, compagnons de galère, partenaires de doute, camarades de soirées.

A mes camarades de DESC venus des 4 coins de la France, mais aussi à celles venues d'un peu plus près.

A ces amis aux horizons divers, rencontrés deci-delà, fenêtre sur le monde et bouffées d'oxygène, qui chacun à leur façon ont contribué à construire avec moi l'Homme derrière la blouse. Vincent et Adrien, Jojo, Fred, Jeremy, Pandony, Mylène, Merci.

Merci à Antoine pour son aide dans la relecture de ce travail, il fallait bien un agrégé de lettres pour délier ma plume.

A mes maîtres d'internat, en particulier Nicolas Vaccaro, Nolwenn Bégat, Valérie Duchêne, Daniel Gerber. Que vous ayez accompagné mes pas hésitants de jeune interne, nourrit mon appétence pour les soins palliatifs, ou assisté aux doutes surgissant à la fin de ma formation initiale, il existe dans le médecin que je suis aujourd'hui une petite part de chacun d'entre vous. Merci.

Aux docteurs Petit, Flury, Calvagnac et Jandard, de m'avoir confié vos patients lors de mes premiers remplacements. Merci.

Aux équipes mobiles de soins palliatifs du 41 : Caroline, Stéphanie, Sandy, Alexia, Christelle, Bilitis, Stéphanie, Christine mais aussi Laurent et Héloïse. Merci pour votre accueil, travailler à vos côtés était un véritable plaisir.

Frédérique, merci pour ta bienveillance à mon égard et ton accompagnement dans mes premiers pas. Ton énergie n'aura pas été vaine. Ce travail et le médecin que je suis aujourd'hui te doivent beaucoup.

Godefroy, travailler à tes côtés, apprendre à faire un atout de mes sensations et identifier mes solidités plus que mes fragilités m'a beaucoup aidé. Merci.

Anne-Sophie, consœur et amie, tu m'as donné à voir ce qu'est un médecin dans toute sa complexité, dans toute son humanité. Merci.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail, merci pour ces moments d'échanges qui font toute la richesse de ce travail.

A ces patients rencontrés au fil des ans, dont les visages et les mots, plus que leurs maux, sont profondément *Enrés* sur le livre de mes pensées. La confiance que vous m'avez portée me permet aujourd'hui de prétendre sans trembler au titre de docteur en médecine. Merci.

Table des matières

Avant-propos	16
I- Introduction	17
II- Matériel et méthode	21
III- Résultats	22
1. Caractéristiques de la population et des entretiens	22
2. Analyse thématique	23
2.1 Un perfectionnement de la compétence relationnelle	23
2.1.1 Un accroissement de la sincérité dans la relation.....	23
2.1.2 Une reconnaissance de l'autre	23
2.1.3 Des compétences mobilisables au-delà du champ des soins palliatifs.....	23
2.2 Un apprentissage de la pluri professionnalité et du travail en réseau.....	24
2.2.1 Le constat d'une difficulté à travailler seul dans les situations palliatives	24
2.2.2 La pertinence du travail en équipe.....	24
2.2.3 Une modification de la dynamique relationnelle avec les professionnels	25
2.2.4 La reconnaissance de l'autre.....	25
2.2.5 Le développement du travail avec les réseaux.....	26
2.3 Une modification du rapport à soi, entre apaisement et reconnaissance.....	26
2.3.1 Un regard renouvelé, voie d'accès au recul sur soi	27
2.3.2 Une amélioration du rapport à soi en situation palliative	27
2.3.3 Une diminution du sentiment de culpabilité.....	27
2.3.4 Un éprouvé plus paisible du doute dans la durée	27
2.3.5 Le lâcher-prise	28
2.4 Une attention portée aux temporalités	28
2.4.1 Dans le parcours du patient.....	28
2.4.2 Et sur le plan personnel	28
2.5 L'expérimentation d'une pédagogie nouvelle.....	29
2.5.1 Une formation collective.....	29
2.5.2 Des apports techniques relégués au second plan.....	30
2.5.3 Un travail de recherche exigeant.....	30
2.5.4 Un désir de voir la formation se prolonger dans le temps	30
2.6 Une formation qui s'inscrit dans un parcours professionnel et personnel	31
2.6.1 Une hétérogénéité des motivations initiales.....	31
2.6.2 Des conceptions diverses de l'articulation de la médecine palliative avec la médecine générale.....	32
2.6.3 Une ouverture.....	33
2.6.4 L'induction de changements profonds sur le plan personnel	33
IV- Discussion	34
1. À propos de la méthodologie	34
2. À propos des résultats	35
2.1 De la compétence relationnelle	35
2.1.1 L'approche centrée patient en médecine générale	35
2.1.2 La relation d'accompagnement en soins palliatifs.....	36
2.1.3 La communication non verbale : un outil au service de la relation.....	36
2.1.4 La relation de soin : une fin en soi	37
2.2 De la collaboration interprofessionnelle	37
2.2.1 Un parcours de formation fait d'apprentissages théoriques mais surtout d'expériences.....	37
2.2.2 De la formation à la pratique.....	39
2.2.3 La spécificité du travail avec les réseaux.....	40
2.3 De la réflexivité	41
2.3.1 Le praticien réflexif.....	42
2.3.2 La formation du praticien réflexif.....	42
2.4 De la reconnaissance	44
2.4.1 La reconnaissance du patient	45
2.4.2 La reconnaissance de soi-même.....	46
2.4.3 La reconnaissance mutuelle des professionnels de santé.....	47

2.5 Une formation dans un parcours	48
2.5.1 Inscrire la formation dans le parcours du professionnel.....	48
2.5.2 Une formation dans le parcours de vie.....	48
<i>V- Conclusion</i>	50
<i>Bibliographie</i>	51
<i>Annexes</i>	54
Annexe 1 : Courriel de prise de contact	54
Annexe 2 : Grille d’entretien	55

Abréviations

ANDPC : Agence Nationale du Développement Personnel Continu

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CNEFUSP : Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EAPC : European Association for Palliative Care

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation À Domicile

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Avant-propos

Avant de commencer à exposer ce travail, il m'a semblé important de préciser le contexte dans lequel il a émergé.

En deuxième année d'internat de médecine générale, j'ai moi-même intégré le DIU de soins palliatifs. J'y ai développé mon appétence pour les soins palliatifs, et en fin de première année, je décidais de m'orienter vers un DESC de soins palliatifs sans réaliser la deuxième année. Ayant quitté la formation avant son terme, il m'était difficile de cerner ce qu'elle m'avait apporté précisément, d'autant que petit à petit est venu s'y mêler les apports du DESC et en parallèle mon internat de médecine général se poursuivait.

Je rencontrais également des médecins généralistes qui se tournaient vers moi pour me questionner à propos du DIU, curieux de savoir ce qu'ils pourraient en retirer pour leur pratique s'ils s'y inscrivaient, et je peinais à leur donner des éléments. Ils n'attendaient pas un résumé des enseignements qu'ils auraient pu trouver sur la plaquette descriptive, mais questionnaient l'apport concret pour leur pratique, et il était pour moi difficile de répondre à leurs interrogations.

I- Introduction

Le médecin a une obligation légale, morale et éthique de continuer à se former tout au long de sa carrière. Une obligation légale tout d'abord, qui prend actuellement en France le nom de développement professionnel continu ou DPC. Initié en 2009 par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires¹ puis modifié par la loi de modernisation du système de santé de 2016², cette obligation incombe non seulement aux médecins mais à l'ensemble des professionnels de santé. Cette démarche s'organise autour d'une obligation triennale à réaliser des formations sous la forme d'actions de DPC servant trois objectifs : l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques, le maintien et l'actualisation des compétences et des connaissances, et la prise en compte des priorités de santé publique. Le non-respect de cette obligation peut faire l'objet de sanctions, pouvant dans les cas extrêmes conduire à une interdiction d'exercice pour insuffisance professionnelle.

Au-delà du cadre légal, le fait pour le médecin de continuer à se former tout au long de sa carrière constitue une exigence morale aujourd'hui clairement codifiée dans le code de déontologie médicale, *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continue*³. Si la codification de la déontologie médicale au sein du code de santé publique et sa publication par des décrets lui donne aujourd'hui une apparence légale, elle n'en reste pas moins l'émanation d'une morale professionnelle, en d'autres termes, de règles et de devoirs établis par des médecins pour les médecins. En l'espèce, le devoir de délivrer des soins conformément aux données acquises de la science et donc de s'informer des progrès de la médecine nécessaires à son activité. La formation continue est ainsi obligation morale du médecin car elle contribue à ce qui fait le *bon médecin*.

De plus, l'impératif de se former tout au long de sa carrière est également une obligation éthique, une obligation qui, outre des sanctions, contraint le médecin en conscience. C'est une notion subjective dans le sens où c'est le médecin en tant que sujet et individu qui est convoqué. Il éprouve des questionnements quant à son idéal professionnel, quel médecin veut-il être ? La formation continue apparaît alors bien souvent comme nécessaire au cheminement vers cet idéal, mire professionnelle et accomplissement personnel du médecin.

Réduire la formation continue du médecin à une contrainte résultant de cette triple obligation serait réducteur, en effet, elle est également service rendu à lui-même par le médecin. En plus des apports engendrés pour sa pratique, la formation est également une parenthèse au sein de son exercice professionnel, occasion d'une prise de recul sur sa pratique.

Au médecin généraliste qui souhaite se former, s'offre un panel important de formations compte tenu de sa pratique diversifiée. En 2020 si l'on ne tient compte que des

¹ Article 59 de la loi n°2009-879 dite loi HPST. Journal Officiel de la République Française; 21/07/2009.

² Article 114 de la loi n°2016-41 dite loi de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de la République Française; 27/01/2016.

³ Article R.4127-11 du code de la santé publique.

formations avalisées par l'ANDPC, il était proposé aux médecins 5806 actions de DPC⁴. Il doit alors faire le choix d'un domaine de connaissance dans lequel il souhaiterait se perfectionner pour enrichir sa pratique et renouveler ses connaissances. En effet, si se former résulte comme nous l'avons vu d'une triple obligation, le thème de la formation reste le choix personnel du médecin généraliste, et le celui-ci peut parfois se révéler délicat.

Ce choix peut être guidé, en effet nombre de rapports et de travaux incitent les médecins généralistes à se former dans différents domaines. L'ANDPC a ainsi établi pour les médecins généralistes pas moins de dix actions de DPC dites prioritaires en sus des quarante-cinq actions prioritaires communes à l'ensemble des professionnels de santé. Pour l'année 2020, l'action prioritaire la plus choisie par les médecins généralistes était aussi celle dont le champ est le plus large, la n°103 : démarche diagnostique en médecine générale⁵. Quant aux soins palliatifs ils bénéficient également d'une action prioritaire commune à l'ensemble des professionnels de santé au sein du DPC, la numéro 40. L'inscription de cette action prioritaire intitulée *Accompagnement des patients en fin de vie et développement de l'accès aux soins palliatifs*, fait suite à la volonté du plan national de soins palliatifs 2015-2018 de renforcer l'enseignement des soins palliatifs pour l'ensemble des professionnels et était préconisée dans l'action 4-3 de ce plan⁶. De même, l'IGAS dans son rapport sur les soins palliatifs et la fin de vie à domicile⁷ rappelait le rôle de pivot du médecin généraliste dans les prises en charge palliatives au domicile et recommandait sa formation, notamment à la détection des situations relevant de soins palliatifs.

Ces incitations fortes à la formation en soins palliatifs ne sauraient faire sens pour le médecin s'il ne faisait pas lui-même l'expérience de difficultés dans la prise en charge de ses patients. De nombreuses études montrent de réelles difficultés vécues par les médecins généralistes dans les situations de fin de vie qui justifient en elles-mêmes la participation à des formations en soins palliatifs. Ainsi on retrouve⁸ tout d'abord des difficultés dans le champ de la relation, liées à l'attachement au patient, à la collusion entre vie professionnelle et personnelle, à la confrontation à la souffrance, à la pression des proches et du patient, et à l'identification au patient. On retrouve également des difficultés liées aux conditions de travail tel que la charge de travail, le manque d'expérience, le manque de formation, la rémunération et l'isolement. Ce sentiment d'isolement et de solitude était également retrouvé dans une autre étude traitant du ressenti du médecin généraliste face à la mort de ses patients⁹, il venait alors renforcer sentiments de culpabilité, d'injustice, de tristesse mais aussi d'indifférence.

Ces difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans les prises en charge de fin de vie peuvent avoir pour conséquence une insuffisance de soulagement des patients, parfois

⁴ ANDPC. Rapport d'activité 2020 de l'agence nationale du développement professionnel continu, [En ligne]. p.28. <https://www.agencedpc.fr/agence-nationale-du-dpc-publication-du-rapport-d'activite-2020> (Consulté le 15/09/2021).

⁵ ANDPC. Rapport d'activité 2020 de l'agence nationale du développement professionnel continu. op. cit.

⁶ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie. Paris. 2015.

⁷ Duhamel G, Mejane J, Piron P (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Paris: La documentation française; 2017. Rapport n°2016-064R.

⁸ Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Med Pal. 2011;10:286-291.

⁹ Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Pratique et organisation des soins. 2010;41:65-72.

provoquer un défaut dans la continuité des soins¹⁰, et peuvent même aller jusqu'à entraîner des refus de prise en charge terminale au domicile. Dans ce dernier cas, le refus n'est pas seulement motivé par un manque de moyens ou de temps, mais également par une souffrance personnelle du médecin¹¹.

Si le choix d'une formation dans le domaine des soins palliatifs peut alors sembler opportune au médecin généraliste, il lui faut désormais choisir parmi la multitude de formation qui s'offre à lui. En effet, il existe de nombreuses formations proposant au médecin généraliste de compléter et d'actualiser ses connaissances en soins palliatifs. Ainsi une recherche réalisée sur le site de l'ANDPC pour une formation à destination d'un médecin généraliste pour l'année 2021 avec les mots clés « soins palliatifs » donnait 149 résultats. On retrouvait au sein de ces formations quelques formations universitaires (à Toulouse, Bordeaux et Tours), de plus nombreuses formations proposées par des hôpitaux universitaires ou non, mais surtout des formations proposées par des organismes de formation privés. Si bon nombre de ces formations se déroulaient en interprofessionnalité, quelques-unes néanmoins étaient à destination exclusive des médecins généralistes.

Le DIU de soins palliatifs peut dans certaines circonstances compter dans les obligations de DPC, mais il se révèle néanmoins être un choix audacieux tant l'investissement dans la formation est important, en termes d'implication mais également de volume horaire. Le manque de temps étant un frein parfois évoqué par les médecins. En effet les DIU de soins palliatifs et d'accompagnement sont des formations universitaires se déroulant sur deux années dont le contenu minimal a été défini par le CNEFUSP (Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs) en 2002. Il est souhaité un volume horaire de 200 heures minimum comprenant un stage pratique d'une semaine d'au moins 40 heures à réaliser en deuxième année dans une structure spécifique de soins palliatifs agréée par la commission pédagogique du DIU. La formation doit être accessible aux médecins, pharmaciens et internes ainsi qu'aux professionnels des secteurs sanitaire, social, et éducatif de niveau Bac+3 justifiant d'au moins 2ans d'exercice professionnel. La validation est conditionnée par la réussite en première année d'un examen écrit, et en deuxième année par réalisation d'un travail personnel, de la soutenance d'un mémoire et la validation du stage pratique.

Ces lignes directrices servent de socle à l'organisation des 24 DIU¹² proposés par les universités Françaises et sont ensuite adaptée localement. Le DIU proposé à la faculté de médecine de Tours¹³ a un volume horaire de 220heures de formation théorique (129 en première année et 91 la seconde) et 35heures de stage pratique. Le programme de première année a pour objectif l'acquisition de connaissances théoriques et l'élaboration d'une réflexion sur la pratique de soin, tandis que la seconde se concentre sur l'éthique, l'enseignement et la recherche. Le DIU de Tours a la particularité en plus des professionnels

¹⁰ Poterre M, Taounhaer S. Défaut de continuité de la prise en charge médicale en fin de vie au domicile. Med Pal. 2017;16:112-9.

¹¹ Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? Med Pal. 2013;12:55-62.

¹² Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. SFAP – Site internet, [En ligne]. <http://www.sfap.org> - Liste des DU et DIU - version de novembre 2020. (Consulté le 20/09/2021).

¹³ Université François Rabelais de Tours – Formation continue. Plaquette de présentation du DIU de Soins palliatif et d'Accompagnement, [En ligne]. <https://formation-continue.univ-tours.fr/version-francaise/offre-de-formations/formations-compatibles-avec-une-activite-professionnelle/medecine/soins-palliatifs-et-accompagnement-2eme-annee-du-soins-continus-1ere-annee>. (Consulté le 20/08/2021).

de santé précités, d'accueillir des aides-soignants et des aides-médecopsychologiques ayant au moins 4ans d'exercice professionnel, augmentant ainsi la diversité des publics accueillis.

Le médecin généraliste pour répondre à son obligation de formation continue fait face à une offre importante de formation. De nombreuses thématiques lui sont offertes, au sein desquelles la formation aux soins palliatifs semble tout à fait opportune. Le DIU de soins palliatifs constitue pour lui une possibilité, mais il demande un investissement important. Il paraît dès lors légitime de se demander, au-delà des objectifs affichés, quels sont les apports du DIU de soins palliatifs pour le médecin généraliste dans l'approche des situations palliatives et comment ces apports peuvent venir enrichir son exercice de la médecine générale.

Le choix du terme apport, ici au sens de ce qui est procuré, est volontairement imprécis en ce qu'il laisse ouvert le champ des réponses. Il ne s'agit pas de se limiter aux seules compétences apportées ou bien aux connaissances, mais d'explorer tout ce que cette formation procure au médecin généraliste qui y prend part. C'est cette dimension exploratoire du questionnement qui nous oriente vers le choix d'une méthodologie qualitative.

II- Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative, descriptive, de 8 entretiens semi-dirigés, menés entre avril 2019 et août 2020.

Le recrutement était effectué par courriel (Annexe 1) à partir d'une liste des médecins ayant réalisé un DIU de soins palliatif à la faculté de médecine de Tours depuis 2008. Cette liste précisait leur année d'inscription et l'adresse courriel qu'ils avaient fournie à ce moment-là. Il était parfois mentionné la discipline d'exercice et le lieu d'exercice. Ces informations ont pu être complétées via les informations disponibles sur internet. S'ils satisfaisaient aux critères, un rendez-vous était fixé, de préférence sur le lieu d'exercice professionnel des participants.

Étaient inclus des médecins ayant suivi une formation initiale de médecine générale, et qui avait réalisé un DIU de soins palliatifs à la faculté de médecine de Tours entre 2008 et 2019. Étaient exclus les médecins d'autres spécialités, ayant réalisé leur DIU de soins palliatifs dans une autre faculté, et ceux ayant refusé de participer à notre étude ou n'ayant pas répondu à nos sollicitations.

Afin d'obtenir un panel de réponses le plus large possible, les médecins étaient raisonnés selon leur sexe, leur âge, le nombre d'années d'installation, le nombre d'années écoulées depuis la réalisation du DIU, le caractère rural ou urbain de leur activité et le type d'activité exercée au moment de la réalisation du DIU et au moment de l'étude (libérale, hospitalière ou autre).

Une déclaration de conformité à une méthodologie de référence a été faite auprès de la CNIL - Commission Nationale Informatique et Libertés sous le N°2212387.

La grille d'entretien (Annexe 2) a été élaborée par l'enquêteur avec l'aide de son directeur de thèse. Elle n'a pas été modifiée au cours des entretiens. Elle était constituée de six questions ouvertes. Les deux premières questions évoquaient les motivations et le vécu du participant pendant la formation. Les questions suivantes abordaient les apports de la formation sur leur pratique et leur identité professionnelle. L'entretien se terminait par une question invitant le participant à traiter des sujets qui n'auraient pas été soulevés au cours de l'entretien.

L'unique enquêteur était un étudiant en troisième cycle d'études médicales. Les entretiens qu'il a menés étaient enregistrés par un dictaphone numérique avec l'accord oral des participants. Ils ont été ensuite retranscrits intégralement et anonymisés, les noms de lieu et les personnes cités en cours d'entretien pouvant amener à une levée de l'anonymat ont été supprimés. Les données non verbales ont été conservées dans le verbatim.

A partir des verbatim, une analyse thématique des données a été réalisée manuellement par l'enquêteur. Puis, il a effectué le codage et l'interprétation, une supervision du codage a par ailleurs été réalisée par le directeur de thèse sans réel double codage. De cette analyse ont émergé des thèmes et des sous-thèmes permettant l'élaboration d'une théorie.

III- Résultats

1. Caractéristiques de la population et des entretiens

Huit médecins généralistes ont été rencontrés en entretien pour cette étude entre avril 2019 et août 2020, parmi lesquels six femmes. Ils étaient âgés de 30 ans à 59 ans, avec une moyenne d'âge de 47 ans. Ils exerçaient la médecine depuis 2 ans à 34 ans, avec une moyenne de 18 ans d'exercice.

Lorsqu'ils ont été interrogés, ils avaient réalisé leur DIU depuis 7 ans en moyenne, avec des délais s'étalant de 2 ans à 10 ans. Au moment de leur entrée dans le DIU, trois travaillaient en libéral, trois en établissement de santé (court et moyen séjour), un en HAD, et un dernier effectuait sa formation initiale. Lorsqu'ils ont été rencontrés, quatre exerçaient en établissement de santé dont deux en équipe spécialisée en soins palliatifs, deux en libéral, un en EHPAD, et enfin un avait une activité partagée entre le libéral et un EHPAD.

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes, le plus court ayant duré 14 minutes et le plus long 40 minutes.

Les caractéristiques de la population explorée sont présentées dans le tableau 1.

MG	Age	Sexe	Durée d'exercice	Année de réalisation du DIU	Mode d'exercice au moment du DIU	Mode d'exercice actuel	Rural, Urbain ou Mixte	Durée de l'entretien
MG1	59	M	34	2014	HAD	Hospitalier	Rural	39'42
MG2	39	F	12	2010	Hospitalier	Libéral + EHPAD	Mixte	18'03
MG3	47	F	16	2008	SSR	EHPAD	Urbain	14'29
MG4	53	M	20	2015	Libéral	Libéral	Rural	20'30
MG5	54	F	25	2010	Hospitalier	Hospitalier	Urbain	18'17
MG6	30	F	2	2016	Formation initiale	Équipe spécialisée en soins palliatifs	Mixte	14'05
MG8	42	F	16	2010	Libéral	Équipe spécialisée en soins palliatifs	Urbain	18'28
MG9	50	F	21	2018	Libéral	Libéral	Rural	31'46

Tableau 1 : Caractéristiques de la population explorée et des entretiens

2. Analyse thématique

De l'analyse des résultats, six grandes thématiques à propos des apports du DIU ont émergé : le perfectionnement de la compétence relationnelle, l'apprentissage de la pluriprofessionnalité et du travail en réseau, la modification du rapport à soi, le changement de l'attention portée sur les temporalités, l'expérimentation d'une nouvelle pédagogie, et l'inscription de la formation dans un parcours personnel et professionnel.

2.1 Un perfectionnement de la compétence relationnelle

Les médecins interrogés reconnaissaient unanimement un développement de leurs compétences relationnelles.

« Je prends du temps, j'arrive à beaucoup mieux me poser, à regarder les gens, à soutenir le regard, vraiment être congruent par la gestuelle. Au niveau compétence relationnelle j'ai beaucoup progressé. » (MG4)

2.1.1 Un accroissement de la sincérité dans la relation

Plus précisément, ils décrivaient des relations plus vraies avec les patients.

« J'ai beaucoup progressé en termes de respect de l'autre, de vérité auprès de l'autre, d'authenticité dans l'accompagnement » (MG4)

« Regarder les gens dans les yeux, avoir un vrai contact avec eux, être vrai sur le plan humain. » (MG2)

2.1.2 Une reconnaissance de l'autre

Il en découlait une reconnaissance du patient, et une meilleure prise en considération de ses choix.

« Ça me permet d'être plus en accord avec ce qu'étaient les gens, de les accepter comme ils sont, et que leurs objectifs ne soient pas les mêmes que les miens » (MG2)

Le patient est ainsi mieux perçu en tant que sujet.

2.1.3 Des compétences mobilisables au-delà du champ des soins palliatifs

2.1.3.1 En médecine générale

Les médecins estimaient que ce perfectionnement de la compétence relationnelle pouvait être réinvesti dans de nombreuses familles de situations rencontrées en médecine générale.

« Ça me sert dans toutes les dimensions de mon métier de médecin généraliste » (MG4)

Et en particulier : *« Pour annoncer de mauvaises nouvelles » (MG8), « Pour le suivi de pathologies chroniques » (MG6), « Pour l'éducation thérapeutique » (MG4), « Pour la relation avec les personnes en difficulté psychique » (MG4), « Même en pédiatrie, la relation avec les parents des enfants » (MG6).*

2.1.3.2 Dans la vie privée

Certains des médecins interrogés ressentait des effets de cet accroissement de compétence jusque dans la sphère privée.

« Il y a des cours de communication, et ça sert aussi dans la vie privée, et à se connaître soi-même, (...) il y a une prise de conscience sur ce qu'on est, et comment on communique. » (MG3)

2.2 Un apprentissage de la pluri professionnalité et du travail en réseau

Il ressortait également de l'analyse la prise de conscience par les médecins généralistes d'une difficulté à travailler seul dans les situations palliatives, et de l'apport que pouvait constituer en pareille situation le travail en équipe pluridisciplinaire. Ces constats ont engendré une modification de leurs interactions avec les autres professionnels de santé et ont amélioré leur capacité à travailler avec les réseaux.

2.2.1 Le constat d'une difficulté à travailler seul dans les situations palliatives

Les médecins admettaient être plus vigilants lorsqu'ils atteignaient leurs limites, qu'ils parvenaient désormais à mieux identifier.

« Passer la main si je me sens débordé physiquement et émotionnellement (...). J'ai conscience de mes limites en gros, et ça le DIU me l'a appris. » (MG4)

La connaissance nouvellement acquise de ces limites les incitait à rompre avec une certaine forme d'isolement induite par l'exercice de la médecine générale.

« Ça m'a appris à faire attention à ne pas être seul, à travailler en équipe. » (MG4)

2.2.2 La pertinence du travail en équipe

De surcroît, les médecins interrogés observaient d'autres bienfaits liés au travail d'équipe. De fait, ils soulignaient la pertinence d'une construction collective du parcours de soins ainsi que l'intérêt de la pluralité de regard dans la prise en charge du patient.

« L'importance de croiser les regards, du travail d'équipe, de la concertation pluridisciplinaire, et l'écoute de tous les soignants » (MG1)

« Travailler en équipe pour le bien du patient » (MG4)

« J'ai appris dans les cours de soins palliatifs que les aides-soignantes étaient le mieux au diapason avec l'évaluation exacte de la douleur, ensuite les infirmières, et ensuite les médecins. » (MG1)

2.2.3 Une modification de la dynamique relationnelle avec les professionnels

En pratique, le travail d'équipe se concrétisait notamment par la provocation de temps de rencontre, qui n'existaient pas jusqu'alors, avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

« Tout ce qui est démarche participative, ça m'a vraiment apporté comme façon de faire, l'importance de se rencontrer en équipe, d'avoir de vrais moments d'échange. C'est vrai qu'on fait des rencontres, soit quand il y a un patient en fin de vie, soit quand il y a des patients « à problème » pas forcément en fin de vie : on se pose, on en parle. Et ça, ce n'est pas quelque chose que je provoquais avant. » (MG9)

De plus, les médecins qui travaillaient déjà en équipe remarquaient quant à eux une mutation des rapports hiérarchiques au sein de leur service.

« Moi j'étais à ma place de médecin, ma place de chef d'orchestre (...) et finalement j'étais tombé de mon piédestal. » (MG4)

« Je m'étais retrouvé responsable de service, ça m'avait beaucoup questionné sur la chaîne hiérarchique (...) la démarche participative aide beaucoup » (MG2)

2.2.4 La reconnaissance de l'autre

2.2.4.1 Du soignant par le médecin

Par conséquent, les médecins jugeaient porter une plus grande considération aux autres membres de la communauté soignante, et corollairement à l'expertise que chacun apporte.

« J'ai appris à respecter le travail des autres et à travailler en équipe. » (MG4)

« Ce que ça m'a apporté aussi, c'est le travail en équipe, (...) dans l'importance de prendre en compte tout ce que les autres soignants perçoivent de la situation de ce patient en fin de vie, l'aide-soignante, l'aide à domicile... » (MG9)

Le renforcement de l'attention portée au vécu des autres professionnels de santé s'avérait être aussi l'un des aspects favorisé par cette reconnaissance de l'autre dorénavant établie.

« Être attentif à ce qui se passe dans les équipes (...) partager leurs difficultés. » (MG4)

« Je travaillais avec des équipes qui n'étaient pas habituées à faire des soins palliatifs ... ça permettait de leur dire, on va accompagner le patient et je vais vous accompagner aussi dans votre démarche. » (MG3)

2.2.4.2 Du médecin par le soignant

Réciproquement, parce qu'il était plus attentif aux besoins des équipes, le médecin se voyait reconnu comme interlocuteur de choix dans les situations palliatives. La combinaison de ces deux phénomènes conduit logiquement à une reconnaissance mutuelle de chacun.

« Ce n'est pas parce que l'on est médecin que l'on est supérieur aux autres. Et en fait chacun a sa richesse à apporter dans la prise en charge. Et en fait en questionnant plus les soignants, aide-soignante, ASH, infirmière, et bien maintenant elles vont venir vers moi de façon très spontanée sans que je ne questionne rien du tout. » (MG9)

2.2.4.3 Du médecin par l'institution

En revanche, la reconnaissance institutionnelle, elle, était inégalement ressentie en fonction des médecins interrogés. En effet, si l'institution a pu confier à certains de nouvelles missions en lien avec la formation reçue, tirant profit des compétences acquises, elle a pu aussi se montrer indifférente à celle-ci.

« Suite à cette formation en soins palliatifs, et bien la direction, l'institution, m'a demandé de faire des formations intra-muros, pour essayer d'instituer une démarche palliative dans tout l'établissement. » (MG5)

« En arrivant à l'hôpital, ils n'en ont rien à faire quel diplôme supplémentaire vous avez, il n'y a pas de reconnaissance par rapport à ça. » (MG3)

2.2.5 Le développement du travail avec les réseaux

Concomitamment à l'épanouissement du travail en collaboration avec les différents professionnels de proximité, les médecins généralistes sollicitaient plus fréquemment l'équipe d'appui départemental de soins palliatifs.

« Je n'hésite plus non plus à faire appel à l'équipe mobile, pas forcément pour une difficulté de prescription, mais aussi pour une difficulté de lecture. » (MG3)

Des raisons multiples viennent justifier ce recours plus spontané : une meilleure connaissance du fonctionnement des réseaux et de ses bénéficiaires, le dépassement de l'appréhension du regard des professionnels spécialisés et enfin l'acquisition d'un langage commun.

« Ce que je fais sûrement plus depuis que j'ai fait le DIU, c'est contacter l'équipe ambulatoire. (...) Je n'hésite pas à appeler l'équipe pour avoir un œil différent et complémentaire du mien. Pour être sûr que je ne sois pas dans l'erreur ou pousser le questionnement. J'ai l'impression que je le faisais moins avant par crainte d'être jugé. » (MG9)

« Je me sentais plus à l'aise pour parler avec eux, pour me faire comprendre. » (MG2)

2.3 Une modification du rapport à soi, entre apaisement et reconnaissance

Pour la plupart des médecins interrogés, la participation au DIU a permis le développement de pratiques réflexives.

« C'est un apport (...) dans mon raisonnement médical : savoir quelles sont nos intentions, clarifier sa pensée sur ses intentions, pourquoi on fait ça ? dans quel but ? » (MG3)

2.3.1 Un regard renouvelé, voie d'accès au recul sur soi

Grâce à la réflexivité acquise sur leur pratique, les médecins généralistes ont tout d'abord constaté se trouver parfois dans une position professionnelle en inadéquation avec les valeurs qu'ils associent au soin et avec leur approche du métier.

« J'avais l'impression de devenir méchante, (...) la toute-puissance du soignant était en train de me modifier l'esprit, j'étais vraiment en train de changer de personnalité, donc ça me faisait aussi réfléchir, ça me fait mûrir. » (MG2)

2.3.2 Une amélioration du rapport à soi en situation palliative

D'une manière générale, le parcours formatif et la réussite au diplôme ont fait croître leur assurance et leur aisance dans les situations palliatives, levant ainsi doutes, gênes et obstacles dans la pratique.

« Ça m'a donné plus confiance en moi, le fait de savoir que j'avais un diplôme, que j'étais reconnu capable de. » (MG3)

« Je suis plus subtil, moins maladroit, plus à l'aise. » (MG1)

Fort de cette expertise, une partie d'entre eux n'ont pas hésité à s'investir avec conviction dans la formation et à diffuser à leur tour la culture palliative auprès des autres professionnels de santé, assumant désormais, après avoir été étudiant, un rôle de formateur.

« J'ai expertisé un séminaire sur les soins palliatifs ...c'était très sympa de le faire, je me sentais à ma place » (MG4)

2.3.3 Une diminution du sentiment de culpabilité

Être compétent signifie alors pour eux dépasser un sentiment d'illégitimité à assurer le soin dans les situations palliatives si bien que le médecin se conçoit maintenant comme apte à délivrer au patient des soins de qualité.

« Ça m'a déculpabilisé. Clairement. (...) Avant j'avais pitié des gens qui tombaient sur moi, et après je me disais ils ont de la chance d'être tombé sur moi. » (MG2)

2.3.4 Un éprouvé plus paisible du doute dans la durée

C'est pourquoi l'incertitude est acceptée en tant qu'élément envisageable dans la mise en place d'un raisonnement médical par le praticien et non plus perçue seulement comme une entrave à l'élaboration du parcours de soin.

« Ça m'a permis d'être moins dans le doute, ou lorsque je suis dans le doute de pouvoir avoir plus de conviction, de pouvoir établir des stratégies plus claires. » (MG1)

2.3.5 Le lâcher-prise

En entretenant un rapport plus décomplexé à soi-même, la liberté et l'inventivité se décuplent et s'inscrivent avec évidence dans la pratique du médecin, qui apprend à modérer les effets inhibants générés au cours de sa construction professionnelle.

« *Je suis plus moi-même.* » (MG1)

« *Tu vas dans les hôpitaux, tu vois la manière de travailler, tu te dis « Est-ce que c'est moi qui suis vraiment ... ? » Puis tu te rends compte que finalement il y a des endroits où ce que tu as envie de faire c'est faisable. Alors que tu viendrais plutôt les cadrer ou les canaliser (...) tu te rends compte que tu peux être créatif, que tu peux construire des trucs, ou t'autoriser à faire des choses.* » (MG8)

2.4 Une attention portée aux temporalités

2.4.1 Dans le parcours du patient

En premier lieu, le médecin ancre le sujet dans une temporalité longue en lui assignant une identité individuelle particulière, ce qui se manifeste principalement par la mise en récit d'un passé, d'un présent et d'un futur. Cette temporalité longue se révèle un moyen d'outrepasser le statut d'objet de soin du patient.

« *Je vois beaucoup plus le patient en termes de trajectoire (...) je construis toujours un schéma qui inclut ce qu'ils ont été, leur histoire, comment ils en sont arrivés là, (...), leur façon de penser, et ce que ça va donner, vers quoi on va.* » (MG1)

Cependant, c'est aussi le temps effectif passé auprès du patient qui n'est plus vu sous un angle exclusivement comptable parce qu'il devient attention portée au soin.

« *Je me suis rendu compte que passer du temps avec les gens c'est bien, mais du temps de qualité, c'est mieux* » (MG2)

Parallèlement, la meilleure prise en considération du temps dans la prise en charge du patient est gage de maturation de la réflexion et de mise en œuvre de pratiques anticipatoires.

« *Il faut prendre du temps dans ces moment-là (...) Je prends du temps, j'arrive à mieux me poser* » (MG4)

« *À la maison de retraite (...) j'essaie assez tôt dans le cursus, voir ce que l'on fait si le patient ne va pas bien : est-ce que c'est une hospitalisation ? Est-ce qu'on le garde ? Dans quel cas on hospitalise ? Dans quel cas on ne l'hospitalise pas ? Et du coup ça m'apporte du confort dans la pratique au quotidien, il y a moins de coup de stress* » (MG9)

2.4.2 Et sur le plan personnel

Prêter davantage attention aux temporalités s'avère aussi bénéfique sur le plan personnel en dehors du temps de présence professionnelle : le temps se fait au moins autant attention à soi qu'attention au soin.

« Donc la temporalité n'est pas la même de toute façon, donc il faut prendre le temps, il faut prendre le temps de lire aussi par exemple. » (MG5)

2.5 L'expérimentation d'une pédagogie nouvelle

L'expérience pédagogique vécue au cours du DIU était inédite pour les médecins rencontrés. Trois aspects nouveaux ont été évoqués : la pluridisciplinarité du DIU, le rapport aux savoirs techniques et les exigences du travail de recherche. Cette expérience a d'ailleurs parfois pu servir de modèle lorsqu'ils se sont eux-mêmes retrouvés en position d'enseignant.

« De voir une autre manière d'aborder et de former les gens, je pense que ça m'a servi après, quand moi j'ai eu à le faire. » (MG8)

2.5.1 Une formation collective

La principale force de cette formation, rapportée par l'ensemble des médecins, était son caractère pluridisciplinaire. En effet l'ouverture à de multiples professionnels de santé (Infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, ...) occasionnait des échanges fructueux.

« Le gros intérêt du DIU c'est qu'il est pluridisciplinaire, (...) j'ai été on peut le dire bouleversé par ce que j'ai entendu pendant ces deux années, des échanges avec les autres, les aides-soignantes, les infirmières ... faut voir tout ce qu'ils disaient, enfin ce qu'ils ressentaient. » (MG4)

Les étudiants décrivaient un phénomène d'acculturation et d'émulation lors de conversations moins nettement formalisées par le cadre institutionnel qui se prolongeaient hors des murs de la salle de classe, favorisé par la dimension proprement collective de la formation.

« Il y a quelque chose qui procède d'un esprit. Et ça se jouait déjà par le fait des enseignements qu'on recevait mais aussi des expériences qui étaient échangées, et donc d'un phénomène d'osmose. Il y a vraiment eu un effet promotion pour ma part. » (MG1)

« Je pense que mine de rien c'est une acculturation. C'est être aussi dans un mouvement de réflexion, dans un mouvement où on parle de soins palliatifs, démarche palliative, avec d'autres personnes, d'autres professionnels. » (MG6)

Néanmoins, la pluridisciplinarité présentait toutefois les défauts de ses qualités : l'hétérogénéité des publics concernés induisait un écart dans le degré d'approfondissement attendu par les étudiants selon leur profession.

« Oui, c'est intéressant qu'une formation de soins palliatifs soit pluridisciplinaire, mais c'est vrai que ça a aussi des inconvénients, c'est qu'on n'a pas tous les mêmes niveaux et (...) du coup je pense que tout le monde est un petit peu frustré à un moment donné de la formation. » (MG6)

2.5.2 Des apports techniques relégués au second plan

La plupart des médecins ont fait part d'une première impression décevante à propos du manque d'apports techniques lors de la formation.

« Il y avait une part de frustration technique (...) ce bidouillage m'a manqué. Je l'ai plus eu dans mes formations continues, bidouiller, apprendre des petites recettes qui sont bien pratiques pour le coup. Je pense que pour un médecin généraliste si on veut qu'il soit plus autonome et qu'il gère mieux, il faut lui apprendre à gérer tous les traitements de fin de vie. » (MG4)

Bien que leur objectif initial trouvait sa source dans la recherche des apports techniques, un certain nombre d'entre eux ont jugé au terme de la formation que ceux-ci n'avaient pas une place centrale dans l'approche palliative et qu'ils pouvaient se contenter de ceux dont ils disposaient.

« Finalement ce n'était pas tellement dans le champ de la connaissance, c'était plus dans le champ d'une façon de penser. Les connaissances techniques finalement je les avais déjà acquises. » (MG1)

« Sur deux ans ça fait peu, mais c'était suffisant pour la pratique de tous les jours. » (MG2)

2.5.3 Un travail de recherche exigeant

L'exigence requise par le travail du mémoire constituait, du point de vue des étudiants, la complexité majeure rencontrée lors de la réalisation du DIU. Ils ont été surpris du niveau demandé par cet exercice de recherche, qui s'est révélé plus ardu à élaborer que leur thèse de médecine.

« La plus grosse difficulté c'est quand même la somme de travail pour le mémoire. » (MG5)

« Il a fallu travailler plus pour le mémoire que pour la thèse. Il a fallu creuser plus. » (MG1)

Les avis émis sur la nécessité de rédiger un mémoire de recherches divergent. S'il s'apparente pour certains à un instrument pédagogique ouvrant la porte à une réflexion personnelle, pour d'autres, il appartient à la catégorie des formalités certificatives gratuites sans apporter de plus-value au parcours.

« Je l'ai vraiment perçu comme un outil constructif, qui m'a donné des stratégies sur la façon de penser, la façon de voir les choses. » (MG1)

« C'est une expérience intéressante, le fait d'écrire, de réfléchir (...) ça me manque un peu, j'aimerais pouvoir le refaire plus souvent. » (MG4)

« Je n'ai pas vu l'utilité de faire le mémoire à la fin, autre que pour valider le diplôme. » (MG3)

2.5.4 Un désir de voir la formation se prolonger dans le temps

L'un des souhaits les plus vifs formulé par les médecins interrogés serait de voir cette formation être continuée sur la durée, à la fois sous la forme de mise à jour des

connaissances mais aussi comme un moyen d'entretenir les liens tissés tout au long du parcours avec les autres professionnels de santé.

« *S'il y a des journées de remise à niveau, de mise à jour, de rencontre, j'irai avec plaisir.* » (MG4)

« *Des séminaires de remise à niveau, de mise à jour, de discussion sur des thématiques particulières.* » (MG3)

Un participant a même justifié ce souhait par le besoin de rompre avec la solitude éprouvée depuis l'achèvement de la formation.

« *Revenir discuter je trouve que ça serait pas mal, moi ça me manque (...) je suis isolé. Les situations que je rencontre, je n'en rediscuterai avec personne d'autre que moi-même et je trouve ça dommage.* » (MG3)

2.6 Une formation qui s'inscrit dans un parcours professionnel et personnel

2.6.1 Une hétérogénéité des motivations initiales

La première question posée « Quelles étaient vos motivations à réaliser ce DIU ? » a reçu des réponses variées à l'image du public accueilli.

2.6.1.1 Des motivations personnelles

Pour certains médecins, l'inscription répondait à une carence de la formation initiale dans l'approche des situations palliatives.

« *Après une formation initiale chaotique j'avais des lacunes et je m'en rendais compte. Je ne me sentais pas forcément bien préparé à affronter ça et je m'en rendais compte* » (MG4)

Pour d'autres, il s'agissait de confronter l'expérience professionnelle obtenue par la pratique à un savoir académique accrédité par le diplôme.

« *Appuyer les connaissances acquises sur le terrain, et les valider par des connaissances théoriques et un diplôme.* » (MG3)

Pour un médecin il s'agissait de redonner du sens à sa pratique.

« *Retrouver du sens à ce pourquoi j'avais vraiment fait médecine.* » (MG6)

Pour d'autres encore, il s'agissait avant tout de faire des rencontres, de partager un intérêt pour les soins palliatifs et de se constituer un réseau.

« *Rencontres des gens qui avaient la même appétence que moi pour les soins palliatifs.* » (MG9)

« *Rencontrer des personnes qui pourraient être intéressées, en me disant aussi que ça me permettrait peut-être de développer un réseau.* » (MG8)

Une partie d'entre eux y ont vu une ouverture vers de nouvelles opportunités professionnelles.

« Je me suis dit que c'était un moyen, puisque j'avais aimé les soins palliatifs, de pouvoir travailler en équipe et faire ce que j'aimais, et donc j'ai fait le DIU pour éventuellement après trouver un poste. » (MG8)

Enfin, un autre motivait son inscription au DIU en réaction à un sentiment d'impuissance face à la mort de ses patients.

« Les gens meurent et je ne sais pas ... je ne sais pas ce qui se passe. (...) Les gens ne mouraient jamais comme il faut. » (MG4)

2.6.1.2 Des motivations induites par la dynamique d'équipe et par l'institution

Cependant, avant de s'affirmer comme un projet seulement personnel, cette formation a pu être la concrétisation d'une réflexion collective élaborée en équipe.

« On utilisait des PCA, on faisait des évaluations, il y avait un travail d'équipe qui était assez bien construit, et on a pensé qu'avoir un des médecins qui avait le DIU, ça apporterait une plus-value, et donc c'est moi qui m'y suis collé. » (MG1)

Enfin l'inscription au DIU s'est parfois révélée principalement motivée par une demande institutionnelle.

« Il n'y avait pas de référent soins palliatifs à l'hôpital de X, et donc c'était une demande de l'établissement. » (MG5)

« On ouvrait des lits identifiés de soins palliatifs. » (MG2)

2.6.2 Des conceptions diverses de l'articulation de la médecine palliative avec la médecine générale

En premier lieu deux visions des relations qu'entretiennent les deux pratiques s'opposent. Si pour les uns, on peut tracer un signe égal entre celles-ci, si bien qu'il n'y a pas de dissemblances remarquables, pour un médecin généraliste en cours de formation initiale, il était difficile de construire simultanément une autre attitude professionnelle, conséquence de deux métiers distincts selon lui.

« Si on prend les définitions, les référentiels métier de la médecine générale, le suivi au long cours, la démarche centrée sur le patient, démarche globale, accompagnement du proche ... Enfin voilà, si vous reprenez la Marguerite¹⁴, tout peut s'appliquer à la médecine palliative. » (MG4)

« Ce n'est pas facile de travailler sa posture, de se construire dans ces deux voies qui avancent parallèlement. » (MG6)

¹⁴ Le médecin interrogé fait explicitement référence au concept de Marguerite des compétences élaboré par le groupe « niveau de compétence » du Collège National des Généralistes Enseignants.

2.6.3 Une ouverture

2.6.3.1 Une ouverture à d'autres modes d'exercice

Un des médecins attribuait au DIU son changement de lieu d'exercice d'un service hospitalier vers un EHPAD.

« *Ça m'a fait quitter l'hôpital qui était un lieu de soins, pour un lieu de vie.* » (MG2)

2.6.3.2 Une ouverture à d'autres champs de connaissance

Parce que le DIU offre à l'étudiant un accès à de nombreuses ressources intellectuelles, sa réalisation constitue un élargissement de soi. Au sein de ces champs de connaissance, c'est la sensibilisation à la réflexion éthique qui a été particulièrement mise en exergue.

« *Ils nous ont amené à entendre des gens de tous horizons qui m'ont ouvert sur un champ de pensée auquel je n'avais pas accès auparavant.* » (MG1)

« *Il y avait une intervention, le thème était la dignité et je trouve que ça avait été très intéressant pour moi. Ça m'avait ouvert pleins de pistes de réflexion, de perspectives. Donc il y a certaines choses comme ça qui m'ont vraiment ouvert des portes à la réflexion surtout.* » (MG6)

2.6.4 L'induction de changements profonds sur le plan personnel

Certains médecins estiment que le DIU a eu des effets importants sur leur vie personnelle, conduisant même à une redéfinition de leurs objectifs de vie.

« *Ça m'a permis de cibler ce qui était important pour moi, que je n'avais qu'une seule vie et qu'il fallait que je la mène.* » (MG2)

Plus intimement encore, un médecin a exprimé avoir modifié son rapport au deuil ; pour un autre, la formation suivie lui a, de son point de vue, fait porter un regard plus serein sur sa propre mort.

« *Lors de deuils avant ou après le DIU, je me suis comporté très différemment.* » (MG2)

« *Je pense qu'avant ... (silence) j'aurais peut-être eu un peu plus peur de mourir.* » (MG1)

IV- Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'apport que constituait pour un médecin généraliste la réalisation d'un DIU de soins palliatifs.

1. À propos de la méthodologie

Pour répondre à cette question, une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés semblait adaptée dans la mesure où il s'agissait d'un travail exploratoire. En effet, peu de travaux avaient traité ce sujet et la seule vérification des apports prévus par l'équipe pédagogique de la formation n'aurait pas été satisfaisante. Le principal élément de comparaison dans la littérature était le corpus d'entretiens réalisés par GALLE-GAUDIN à l'occasion d'un travail plus large dans le cadre d'une thèse de science de l'éducation portant sur la formation en soins palliatifs et la dynamique relationnelle¹⁵. Un sous-groupe de ce corpus était constitué de 13 médecins, la question 8 de sa grille d'entretiens explorant les modifications de la pratique professionnelle générées par le DIU. Parmi les principales différences méthodologiques, il faut remarquer que ces entretiens étaient réalisés directement à l'issue de la formation, qu'il s'agissait de médecins toutes spécialités confondues, et que l'enquêteur appartenait à l'équipe pédagogique du DIU.

La population de notre corpus était diversifiée, avec des durées et des modalités d'exercices très variables. Le choix des médecins était réalisé aléatoirement dans notre liste de contacts, le seul paramètre soumis à notre contrôle étant le délai écoulé entre la réalisation du DIU et l'entretien. Face à des difficultés de recrutement et une liste des contacts incomplète, un des derniers entretiens a été réalisé sur proposition du directeur de thèse. Un biais de recrutement est possible, le vécu de la formation ayant pu influencer sur la réponse à nos sollicitations pour réaliser l'entretien.

Les entretiens ont été de durée très variable, pouvant témoigner de l'inexpérience de l'enquêteur, en particulier pour les relances, puisqu'il s'agissait du premier travail de ce type qu'il réalisait.

Le délai important entre la fin de la formation et la réalisation de nos entretiens, 6 ans en moyenne, s'il était nécessaire pour pouvoir évaluer pleinement les apports du DIU et leur intégration à la pratique du médecin, était aussi à l'origine d'un biais de mémorisation, les médecins, de leur propre aveu, peinant parfois à se souvenir du contenu de la formation et à discerner ce qui relevait des apports de cette formation de leur propre expérience ou d'autres formations.

L'ensemble de l'analyse, codage et interprétation, ont été réalisés par l'enquêteur. Il n'y a pas eu de réel double codage, mais le directeur de thèse a supervisé cette analyse. Un biais d'interprétation est possible, les préjugés de l'enquêteur ayant pu conditionner le codage.

La saturation des données a été obtenue après le dernier entretien. Les difficultés de recrutement n'ont pas permis de réaliser un entretien supplémentaire de vérification.

¹⁵ Galle-Gaudin C. Formation en soins palliatifs et dynamique relationnelle – Recherche à partir de la formation au Diplôme Inter Universitaire de Soins palliatifs et d'Accompagnement. [Thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation]. Tours: Université François Rabelais UFR Arts et Sciences Humaines; 2009. p.254-279.

2. À propos des résultats

2.1 De la compétence relationnelle

La compétence relationnelle est au cœur du métier de médecin ; pour certains auteurs, elle fait ainsi partie des quatre grandes compétences nécessaires à la pratique médicale : la compétence technico-scientifique, la compétence relationnelle, la compétence éthique et la capacité de coopération¹⁶. En médecine générale, ce rôle central est symbolisé par sa place occupée au milieu de la *marguerite des compétences* représentant les compétences nécessaires à l'exercice du médecin généraliste¹⁷. Cette compétence est définie en l'occurrence comme étant la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutions, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. Cette compétence est non seulement au centre de la pratique médicale, mais elle est également au centre des attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste¹⁸¹⁹.

2.1.1 L'approche centrée patient en médecine générale

Le médecin généraliste intègre le DIU fort d'une vision de la relation médecin malade forgée au cours de ses études médicales, principalement au cours du troisième cycle, et qu'il a pu développer tout au long de son parcours professionnel.

Cette vision de la relation de soin se dessine au travers de l'approche centrée patient. Il s'agit d'un modèle théorique dans lequel le patient est placé au centre de sa prise en charge. Si le concept n'a cessé d'évoluer depuis sa création, on considère aujourd'hui qu'il recouvre quatre composantes²⁰. La première consiste à explorer la maladie et l'expérience vécue par le patient à travers sa représentation de la maladie, ses préoccupations et ses attentes. La seconde vise à comprendre le patient dans sa complexité biopsychosociale : il s'agit de remettre le patient dans son contexte de vie actuel en tenant compte de son histoire passée. La troisième dimension a pour but de trouver un terrain d'entente avec le patient sur le problème, de décider en partageant les responsabilités. Enfin la dernière composante, est celle du développement de la relation proprement dite dans le temps, une relation médecin patient délibérative pour construire une alliance thérapeutique.

Ce modèle prend tout son sens en médecine générale en venant placer le patient au cœur du soin, et en se substituant au modèle biomédical qui plaçait la maladie au centre de la relation de soin. Le patient est alors considéré avec toute l'expérience de son vécu, et peut exercer un pouvoir décisionnel en délibérant avec son médecin.

¹⁶ Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie médicale*. 2008;9(2):94-102.

¹⁷ Compagnon L, Bail P, Huet J-F, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-155.

¹⁸ Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patient's priorities with respect to general practice care : an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)*. *Family practice*. 1999;16:4-11.

¹⁹ Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondaent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions économiques de la santé Irdes*. 2011;163.[En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf> (Consulté le 10/08/2021).

²⁰ Stewart M, Brown J, Weston W et al. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Third edition. Oxon: ed Radcliff medical press;2014.

2.1.2 La relation d'accompagnement en soins palliatifs

La conception de la relation utilisée en soins palliatifs diffère de celle élaborée en médecine générale. Ainsi, si en soins palliatifs la relation conserve pour fonction la transmission d'informations biomédicales et la construction d'un partenariat médecin-patient²¹, elle porte également en elle une fonction d'accompagnement. Il s'agit alors pour le médecin de cheminer avec le patient dans sa complexité et ses ambivalences.

Cette dimension de la relation fait partie intégrante de la culture palliative depuis ses origines, elle s'inscrit dans l'ADN de la discipline.

Cheminer ensemble, c'est d'abord être côte à côte en même temps, c'est le temps de la rencontre, puis avancer au même rythme. L'accompagnement est donc avant tout histoire de dimension temporelle, à la fois dans la rencontre puis dans la progression. Ce n'est pas chose aisée, cela nécessite de faire coïncider plusieurs temporalités, celle du patient et celle du médecin. Cela procède de l'organisation d'un chaos. Pour le patient il peut être trop tôt pour entendre la mort approcher, ou bien que le temps s'écoule trop vite et qu'il reste tant de choses à faire, mais encore qu'il soit insupportable de vivre avec cette ombre qui plane au-dessus, que chaque minute qui passe est souffrance. Ce chaos n'épargne pas le médecin non plus qui est pris dans d'autres problématiques, il peut-être trop tard pour renvoyer le patient à son domicile, le temps d'hospitalisation peut s'éterniser soulevant des difficultés administratives et financières, la question de la continuité des soins peut se poser notamment à l'approche des vacances, ... Aux temporalités du patient et du médecin il ne faut pas oublier d'ajouter celle des autres soignants et des proches, multipliant les temps de rencontre et d'échange nécessaires pour accorder les différentes temporalités et construire un rythme commun. Accompagner s'est ainsi accorder les temporalités, et c'est donc assez justement que les médecins rencontrés nous ont parlé de cette attention portée aux temporalités à l'issu du DIU.

2.1.3 La communication non verbale : un outil au service de la relation

Comme il est indiqué dans sa définition, la relation nécessite la mise en œuvre d'habiletés communicationnelles. L'enseignement de la communication au sein du DIU est conçu autour de deux séminaire organisés le week-end, l'un en première année, l'autre en seconde, et qui participent grandement à la constitution d'un groupe d'apprenants soudé. Ces séminaires, animés par un intervenant spécialisé extérieur au monde de la santé sont constitués d'enseignements théoriques articulés autour de jeux de rôles explorant ses applications dans différentes typologies de situations suivi de rétroaction.

Lors de la formation, le formateur insiste particulièrement sur la communication non-verbale et para verbale. Plusieurs années après, on constate que ces éléments sont toujours très présents dans le discours des médecins, ils estiment par exemple avoir progressé dans la congruence de la gestuelle et avoir appris à poser leur voix. Cette attention portée à sa communication non verbale est de première importance, en effet, si l'on sait depuis longtemps qu'il s'agit d'une part essentielle de la communication médecin-patient²², il a également pu être montré dans un précédent travail portant sur les stratégies de

²¹ Denis-Delpierre N, Mallet D, Galle-Gaudin C, Hirsch G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. Med Pal. 2016; 15: 115-126.

²² Schmidt Mast M. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Education and Counseling. 2007;67(3):315-318.

communication des médecins généralistes que la communication non-verbale était délaissée par les médecins généralistes²³.

2.1.4 La relation de soin : une fin en soi

La relation n'est pas seulement une interaction avec l'autre, elle porte une dimension sociale, ainsi FISCHER remarquait que *la notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine*²⁴. A travers la relation, le patient se voit ainsi définir comme un être social et inséré dans un tissu social. Chez le patient isolé ou en fin de vie, la dimension sociale est essentielle, elle vient soutenir un Homme dont l'insertion sociale se trouve bien souvent mis à mal par la maladie.

Ainsi, si comme nous l'avons vu, la relation est un moyen au service du soin, elle doit également être un objectif du soin. Parce qu'elle est attention à l'autre, elle est un soutien important à la dynamique psychique du patient, et de l'Homme qu'il est. Pour les médecins de notre échantillon, la relation de soin devient alors *respect de l'autre*.

2.2 De la collaboration interprofessionnelle

La capacité du praticien à coopérer fait également partie des quatre grandes compétences de la pratique médicale²⁵. Elle se décline ici au travers de la construction d'une pratique soignante pluriprofessionnelle, élément essentiel à la mise en œuvre de la démarche palliative venant enrichir la pratique du médecin généraliste. Dans le domaine de la santé, la collaboration interprofessionnelle est synthétisée par D'AMOUR²⁶ comme étant « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients, et pour le plus grand bien de ceux-ci ». En cela, la collaboration interprofessionnelle est une notion plus pragmatique (registre de l'action) qu'épistémique (registre des connaissances)²⁷.

2.2.1 Un parcours de formation fait d'apprentissages théoriques mais surtout d'expériences

La collaboration interprofessionnelle n'est pas inscrite dans nos habitudes professionnelles. C'est pourquoi, depuis plus de dix ans maintenant, l'OMS encourage la

²³ Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin patient. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. Nice: Université de Nice Sophia Antipolis Faculté de médecine; 2018.

²⁴ Fischer G-N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod; 1996.

²⁵ Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. Op cit.

²⁶ D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences sociales et santé 1999;17:67-94.

²⁷ Aiguier G. Travailler en équipe : position du problème. In: Jacquemin D. Manuel de soins palliatifs. p. 646-652. Paris: Dunod; 2014. p.646-652.

mise en place de programmes de formation en interprofessionnalité pour les professionnels de santé²⁸. S'il peut être aisé d'échanger avec l'infirmière libérale d'un patient, ou bien de partager nos difficultés autour d'une situation avec un collègue, il l'est moins de coopérer, d'agir ensemble. Cela nécessite expérimentations et apprentissages théoriques.

Le DIU de soins palliatifs est, à de très rares exceptions près, une formation continue s'adressant à des professionnels de santé exerçant leur profession au préalable, et en parallèle de la formation. Les étudiants démarrent donc la formation, forts des nombreuses situations rencontrées sur le terrain, et imprégnés des difficultés déjà rencontrées ayant pour certains motivé leur inscription au DIU. Ainsi, les médecins de notre étude faisaient le constat d'une solitude antérieure à la formation ressentie dans leur exercice professionnel, et principalement dans les situations palliatives, situations complexes par essence, et donc empreintes d'incertitude. Cette solitude ressentie par le médecin généraliste est régulièrement retrouvée dans des études explorant les difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans les prises en charge de fin de vie²⁹ ³⁰. C'est ce constat de solitude qui les mène à rechercher le travail en équipe dans les situations complexes, surtout lorsqu'ils sont débordés émotionnellement. Le travail en équipe est alors vu initialement par le médecin comme une stratégie pour faire face à ses difficultés.

La promotion du travail en équipe et de la collaboration interprofessionnelle était un des messages clés du DIU tel qu'il a été conçu, et cela se retrouve de façon explicite dans les enseignements théoriques à travers deux sessions organisées au cours de la première année de formation : la session 3 intitulée « Soins palliatifs : Organisation – Démarche palliative », et dans une moindre mesure la session 8 « Prise en charge globale » dans sa sous partie « Équipe de soins et souffrance des soignants »³¹. Comme la grande majorité des enseignements théoriques, ces modules ont lieu en première année, la seconde étant préférentiellement dévolue au mémoire. Il s'agit principalement de donner aux étudiants, des bases théoriques. Ces enseignements n'ont été abordé dans nos entretiens que de façon épisodique et anecdotique, notamment par l'évocation de « la démarche palliative ».

Il est établi depuis plus d'un siècle et les travaux de DEWEY³², que l'apprentissage n'est efficace que lorsqu'en interagissant avec son environnement, l'étudiant fait des expériences en continuité avec ses expériences passées. Ici, l'expérience aboutissant au développement de la capacité de coopération et du travail en pluriprofessionnalité tient au déroulement de la formation en elle-même. Les médecins de notre étude faisaient remarquer la nouveauté que constituait, dans leurs différents parcours de formation, la pluri professionnalité du

²⁸ World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [En ligne]. <http://apps.who.int> (Consulté le 15/08/2021).

²⁹ ¹ Elefterion Hérault M. Les émotions du médecin généraliste dans la prise en charge de la fin de vie : Modalités d'expression et stratégies de gestion. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux UFR des sciences médicales; 2015.

³⁰ Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine palliative* 2010;10:286-291.

³¹ Université François Rabelais de Tours – Formation continue. (Consulté le 20/08/2021). Plaquette de présentation du DIU de Soins palliatif et d'Accompagnement, [En ligne]. Op cit.

³² Dewey J. *Démocratie et Éducation, suivi de Expérience et Éducation*. 1916.

DIU. En effet, les cursus de formation des professionnels de santé étaient pour la plupart au moment de leur formation initiale uniprofessionnelles et ils n'avaient donc pas expérimenté ce mode d'apprentissage. Pourtant, évoluer dans une formation en pluriprofessionnalité doit permettre à l'étudiant de prendre conscience des représentations inhérentes à sa profession, et s'en défaire, temporairement, afin d'observer la situation depuis le point de vue de quelqu'un exerçant une autre profession. Si les cours en eux-mêmes permettaient les échanges autour de situations cliniques où pouvait s'échanger points de vue et expériences, c'est davantage autour de « la table de restaurant » et lors d'échanges informels en marge du cours que les échanges semblaient le plus nourris. C'est donc ici tout autant le *curriculum caché*, décrit par PERRENOUD³³ comme la part des apprentissages qui n'apparaît pas programmé explicitement par l'enseignement, que le curriculum prescrit, qui semble avoir nourri cet apprentissage de la coopération. Il est intéressant de remarquer que ces échanges, sont ceux qui se situent à l'interface entre le temps de formation et le temps personnel, incluant ainsi la formation continue dans le parcours de vie du médecin.

2.2.2 De la formation à la pratique

Tout au long de la formation, médecins et autres professionnels de santé continuaient leur activité professionnelle. Au-delà de la formation, c'est maintenant dans cet exercice professionnel qu'il faut s'attacher à rechercher si le médecin généraliste, fort de ces expériences, parvient à mettre en œuvre ces pratiques collaboratives.

Dans son travail de thèse³⁴, GALLE-GAUDIN interrogeait les participants à l'issue de leurs deux années au sein du DIU de soins palliatifs. Les médecins, à propos de la revisite de leur pratique professionnelle que constituait ce parcours, disaient avoir pris conscience qu'en soins palliatifs, le travail se fait en équipe pluridisciplinaire. Cependant s'ils reconnaissaient s'être habitués à communiquer avec les autres médecins et les infirmières avec qui ils travaillaient en binôme, ils communiquaient peu avec les autres membres de l'équipe. La mise en lumière de cette carence leur permettait d'envisager de modifier leurs habitudes et d'entrer davantage en relation avec leur équipe pour « faire équipe ». Ces résultats, s'ils sont en partie comparables aux nôtres, diffèrent quant à la mise en pratique de ce travail en pluriprofessionnalité. En effet les médecins généralistes de notre étude témoignaient de la mise en place de dynamiques d'équipe pouvant aboutir à une mutation des rapports hiérarchiques. Une différence notable entre les deux études est le moment du recueil des données, ainsi alors que dans la première étude il a lieu à l'issue de la formation, dans la nôtre il a lieu plusieurs années après (6ans en moyenne). Ce temps supplémentaire a pu

³³ Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché. In: Houssaye J. La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. Paris: ESF; 1994. p.61-76.

³⁴ Galle-Gaudin C. Formation en soins palliatifs et dynamique relationnelle – Recherche à partir de la formation au Diplôme Inter Universitaire de Soins palliatifs et d'Accompagnement. [Thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation]. Tours: Université François Rabelais UFR Arts et Sciences Humaines; 2009. p.254-279.

permettre une mise en action plus aboutie dans le prolongement de ce qui avait été initié par la formation.

Comme dans notre travail, il a également pu être montré dans une étude³⁵ réalisée chez des étudiants issus de huit professions de santé différentes et ayant participé à une formation en pluri professionnalité deux ans plus tôt, qu'une telle formation développait la volonté de travailler en collaboration avec d'autres professions de santé et qu'à l'issue de la formation les professionnels s'engageaient dans des dynamiques interprofessionnelles. La volonté de collaborer est un facteur essentiel pour la mise en place de pratiques collaboratives³⁶ et dépend des expériences vécues.

Notre travail montrait également que cette formation conduisait à un développement de la capacité à communiquer et une reconnaissance mutuelle du médecin et des autres professionnels de santé, il s'agit là encore de deux facteurs favorisant³⁷ la mise en place de pratiques collaboratives qui sont développées dans des parties spécifiques de ce travail.

Enfin, il est important de noter que l'un des médecins de notre échantillon expliquait vouloir que la formation soit prolongée dans le temps par des séminaires annuels. Il motivait cette envie par la volonté de rompre avec un isolement dans lequel il était retrouvé, n'ayant pu mettre en place une réelle pratique de collaboration interprofessionnelle. Un des facteurs ayant pu contribuer à cette situation est le fait qu'il n'avait complété qu'une seule année de la formation, et n'avait donc pas pu bénéficier pleinement de la partie expérientielle de la formation. La collaboration professionnelle, tout comme son apprentissage, fidèle à sa définition, semble relever encore une fois plus du registre pragmatique qu'épistémique.

2.2.3 La spécificité du travail avec les réseaux

Les réseaux ont pour mission de favoriser la coordination et la continuité des soins qui sont dispensés et promouvoir des soins de proximité de qualité. En ce qui concerne les soins palliatifs, ils sont définis réglementairement³⁸ comme ayant *pour objectif de mobiliser et de mettre en lien les ressources sanitaires et sociales sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer la meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir des soins de proximité de qualité.* Ces équipes pluridisciplinaires viennent en soutien des professionnels de santé déjà présent, elles n'ont pas vocation à effectuer les soins en lieu et place des soignants ou à suppléer le médecin généraliste dans sa prescription. Elles constituent un maillage important de l'organisation des soins palliatifs en France, et alors qu'elles pourraient apporter de l'aide dans les situations complexes de

³⁵ Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renault P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La Perception des étudiants en santé. Pédagogie médicale. 2015;16(2):105-117.

³⁶ Aiguier G. Travailler en équipe : position du problème. In: Jacquemin D. Manuel de soins palliatifs. op. cit.

³⁷ *ibid*

³⁸ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

fin de vie³⁹, elles doivent parfois faire face à des réticences de la part des professionnels de première ligne.

Le rôle de seconde ligne de ces équipes fait reposer leurs capacités à agir sur les professionnels de première ligne, et en particulier sur le médecin traitant. Seul prescripteur, c'est bien souvent de lui que dépend une part importante de l'efficacité de la prise en charge. Ces équipes cherchent donc à promouvoir une bonne collaboration avec les médecins généralistes et à tisser des liens durables. A l'issue de leur formation, les médecins étaient plus à même de contacter les réseaux de soins et à travailler avec eux. Cela tenait en particulier d'après eux au fait qu'ils connaissaient mieux les réseaux et qu'ils avaient acquis un langage commun, une réflexion commune. Nos résultats sont en accord avec ceux rapportés par une autre étude⁴⁰ qui mettait en évidence deux freins à la collaboration entre les médecins généralistes et les réseaux : d'une part la méconnaissance des réseaux et de leurs fonctionnements, et d'autre part l'absence de représentations communes, notamment en matière de travail d'équipe.

Le DIU de soins palliatif, en tant que formation interprofessionnelle, semble pleinement remplir sa mission dans le développement de la collaboration interprofessionnelle et du travail avec les réseaux. Cette capacité trouve notamment son origine dans l'acquisition de savoirs expérientiels (Savoirs issus de l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par un raisonnement discursif, une observation, ou une réflexion sur des informations données par d'autres personnes⁴¹) au cours de la formation. Ces expériences qui jalonnent la formation nécessitent pour devenir savoir de se construire par l'analyse réflexive⁴². C'est à cet apprentissage de la réflexivité que nous allons désormais nous intéresser.

2.3 De la réflexivité

PERRENOUD définit le praticien réflexif comme un professionnel capable de maîtriser sa propre évolution en construisant des compétences et des savoirs nouveaux ou plus pointus à partir des acquis de l'expérience⁴³. En cela, la réflexivité est considérée par beaucoup comme étant une composante essentielle du professionnalisme.

Notre étude retrouvait l'utilisation de pratiques réflexives par les médecins ayant participé au DIU « *J'avais l'impression de devenir méchante, (...) la toute-puissance du soignant était en train de me modifier l'esprit, j'étais vraiment en train de changer de personnalité, donc ça me faisait aussi réfléchir, ça me fait mûrir.* » Ces pratiques se caractérisent par une posture intérieure de recul et de mise en cause de son propre fonctionnement.

³⁹ Daydé M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. Med Pal. 2012;11:164-169.

⁴⁰ Mino, J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes de réseaux à propos de leur collaboration ». Med Pal. 2006;5:21-25.

⁴¹ « Truth learned from personal experience with a phenomenon rather than truth acquired by discursive reasoning, observation, or reflection on information provided by others. »

Borkman T. Experiential knowledge : A new conception for the analysis of self-help groups. The social review, 1976.

⁴² Schon D. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Éditions Logiques ; 1994.

⁴³ Perrenoud Ph. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : professionnalisation et raisons pédagogiques. Paris : ESF éditeur, 2001.

2.3.1 Le praticien réflexif

Le praticien réflexif est une personne capable d'examiner, de décrire et d'analyser sa pratique ainsi que son efficacité, et, à partir de cela, de créer ou d'adapter ses propres modes de pratique en tirant profit des modèles existants afin de tendre vers une pratique toujours plus efficace⁴⁴. Le but est donc de s'améliorer et de progresser, de faire mieux.

La pratique réflexive se justifie par l'écart existant entre la théorie professée, c'est-à-dire la théorie affichée, celle qui constitue notre socle de croyances et de valeurs, et la théorie d'usage, celle que l'on met en pratique dans l'action⁴⁵. L'écart s'il est souvent minime voire inexistant, vient à grandir dans les situations où le professionnel se retrouve en difficulté ou menacé dans sa compétence. Ainsi, pour progresser et améliorer ses pratiques, le professionnel doit pouvoir interroger sa pratique réelle et non la pratique qu'il affiche comme étant la sienne. Le premier enjeu est narratif dans la mise en œuvre de pratiques réflexives, il faut être capable de relater et décrire le plus précisément possible, sans tricher, les situations complexes qui sont rencontrées dans l'exercice professionnel, afin de pouvoir extraire cette théorie d'usage et ensuite l'interroger.

Le deuxième enjeu est analytique, il faut être capable d'analyser et de questionner cette pratique dont on vient de faire le récit. Identifier ce qui fait difficulté et compromet la qualité du travail.

Le troisième enjeu est documentaire, il faut être capable de se référer à des modèles existants. Les questionnements posés précédemment nécessitent pour y répondre un travail de recherche documentaire. C'est une des grandes différences entre praxéologie et réflexivité, là où la première analyse la pratique dans l'action et appelle à mobiliser des ressources internes pour la corriger immédiatement, l'autre nécessite d'analyser l'action à posteriori de façon à pouvoir solliciter des ressources externes, et modifier son agir futur. Cela nécessite une sorte de « curiosité maîtrisée », en d'autres termes, une appétence et une ouverture à de nouveaux champs de connaissances, sans toutefois perdre de vue son objectif initial ni se disperser.

Le dernier enjeu consiste à pouvoir tirer profit de ces nouvelles données issues de la recherche documentaire pour les intégrer à notre pratique. Il ne s'agit bien souvent pas seulement d'appliquer une nouvelle recette trouvée dans un livre de cuisine, mais de l'adapter aux ingrédients dont on dispose, à nos compétences et à notre sensibilité.

2.3.2 La formation du praticien réflexif

Le DIU de soins palliatifs de la faculté de médecine de Tours utilise plusieurs moyens pédagogiques pour l'enseignement des pratiques réflexives. La première étape dans le parcours de l'étudiant est collective. Avant de prendre soi-même du recul sur ses

⁴⁴ Lafortune L, Deaudelin C. Accompagnement socio-constructiviste. Pour s'approprier une réforme en éducation. Sainte-Foy : Presses de l'université de Québec, 2001.

⁴⁵ Villeneuve L, Leblanc J, Rupp F, Lemieux L. Le questionnement et la réflexivité. In Raucent B, Verzat C, Villeneuve L. Accompagner des étudiants. Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?. De Boeck Supérieur, 2010. p.155-185.

pratiques, il va d'abord apprendre à travers les récits des autres à prendre une position de recul sur leurs pratiques, aidé par sa posture externe, et ainsi pouvoir interroger les pratiques de ses camarades et échanger avec eux. Dans le même temps, il va apprendre à relater ses expériences aux autres étudiants et pouvoir bénéficier du recul des autres et les remettre en question avec eux. Là encore, c'est la force du groupe qui met en marche le phénomène. Cela nécessite de la bienveillance de chacun envers les autres membres qui est ici garantie par la constitution d'un groupe solide. Ce qui est travaillé ici au sein du collectif, c'est la compétence narrative et la capacité d'analyse et de questionnement. La recherche documentaire est ici au second plan, l'apport de données extérieures est bien souvent issu des prises de paroles des autres membres du groupes qui vont pouvoir alimenter la discussion avec des connaissances qui leur sont propres, et éventuellement éveiller l'intérêt des autres membres du groupe pour un modèle ou un champ de connaissance.

Ce développement de la curiosité et l'éveil à d'autres champs de connaissances est constitutif d'un autre moyen pédagogique du DIU. En effet le parcours de l'étudiant est jalonné de séminaires conçus pour l'initier à la philosophie, l'éthique ou encore la communication. Ces séminaires apportent bien entendu un contenu théorique utile dans la formation de l'étudiant comme nous avons pu le voir avec les séminaires de communication, mais ce n'est pas leur seul rôle, ils ont également vocation à éveiller son intérêt et sa curiosité pour d'autres domaines, les inviter à élargir leurs possibles en termes de ressources documentaires.

Le travail de recherche est également un moyen pour l'étudiant de se former aux pratiques réflexives. Le mémoire fait ainsi l'objet d'une attention redoublée, la majorité de la deuxième année du DIU y est consacré. Pour sa réalisation, l'étudiant a le choix entre trois méthodologies : mémoire hypothético déductif, recherche-action, ou réflexif. Pour le réaliser, il peut choisir d'être seul ou bien d'être en binôme ou en trinôme avec d'autres étudiants. Pour mener à bien son travail, chaque étudiant est encadré par un membre de l'équipe pédagogique. L'analyse a montré que cette expérience avait marqué durablement les médecins, nombre ont déclaré que c'était pour eux la partie la plus difficile du DIU, certains n'hésitant pas à dire que la somme de travail demandée avait été bien plus conséquente que pour leur propre thèse d'exercice.

Au-delà de la somme de travail demandé, il restait pour une partie d'entre eux perçu comme un outil constructif les ayant invités à réfléchir sur leurs pratiques. Au cours de nombreuses séances, les étudiants sont amenés à présenter au reste du groupe l'avancée de leurs recherches, occasion encore une fois pour les étudiants d'échanger, de réfléchir à d'autres méthodologies et de s'ouvrir à d'autres domaines de connaissances. Ces temps sont conçus pour *alimenter les processus individuels de recherche, d'analyse des situations, dans un environnement d'écoute sensible, de non-jugement et de confiance*⁴⁶. On franchit ainsi une étape supplémentaire, l'étudiant a progressé dans sa compétence narrative et a eu de nombreuses occasions de travailler ses capacités d'analyse, il faut désormais travailler la recherche documentaire. Le terrain a été préparé en groupe en éveillant l'intérêt de l'étudiant pour ces connaissances qui lui sont étrangères, mais c'est seul qu'il doit poursuivre le chemin, cela lui permet de laisser aller sa curiosité au service d'un but et d'un questionnement bien identifié, celui de son mémoire.

⁴⁶ Galle-Gaudin C. Penser la formation aux soins palliatifs – Entre repères relationnels et pratique réflexive. Paris: L'Harmattan; 2014.

D'autres moyens pédagogiques sont mobilisés au sein du DIU, toutefois les étudiants ne les ont cités que de façon anecdotique voire pas du tout, témoignant probablement de la place qu'ils occupent dans cet apprentissage de la réflexivité pour eux.

Le premier de ces moyens pédagogiques délaissé est le stage. D'une durée d'une semaine, il a lieu au cours du deuxième semestre de la formation. Si sa réalisation peut donner lieu à des échanges informels entre les étudiants, il reste finalement peu exploité à posteriori.

Le second moyen pédagogique ayant peu impacté le vécu de l'étudiant au cours de son parcours DIU, est le portfolio. Outil pédagogique ayant fait ses preuves dans la formation du praticien réflexif, il s'efface ici au profit de l'échange et de l'analyse collective des pratiques et du mémoire. La principale explication que nous avons trouvée à cette absence est que bien présent initialement dans la pensée qui sous-tend l'organisation du DIU, il est aujourd'hui de moins en moins investi par l'équipe pédagogique.

Ce parcours de formation aux pratiques réflexives proposé par le DIU perfectionne la compétence narrative de l'étudiant, il accroît ses capacités d'analyse et de questionnement, et il développe sa curiosité pour enrichir ses recherches documentaires. Dernier enjeu de la pratique réflexive, l'intégration à la pratique ne peut être qu'individuelle, en dehors de la formation, et est donc sous la pleine responsabilité de l'étudiant. Cette mise en pratique, si elle a lieu parallèlement à la formation, peut néanmoins faire l'objet d'un retour au groupe sous la forme d'un récit, probablement l'occasion de faire une nouvelle analyse et de poser de nouveaux questionnements, d'entreprendre de nouvelles recherches, s'intégrant ainsi dans une boucle pédagogique. Engagé dans un processus réflexif, le praticien a alors vocation à ne plus en sortir, construisant et améliorant sa pratique, s'affranchissant petit à petit du cadre de la formation, pour avancer à son rythme.

La possibilité pour le médecin de mettre en pratique le fruit de son travail pour boucler le processus réflexif ne va pas nécessairement de soi, et peut se révéler délicate. Elle est intrinsèquement liée à sa capacité d'agir, et peut nécessiter confiance et sentiment de reconnaissance.

2.4 De la reconnaissance

L'analyse de nos résultats laisse transparaître une notion transversale dans le parcours de l'étudiant-médecin au sein du DIU qu'est la notion de reconnaissance. Polymorphe, la reconnaissance se situe au cœur des enjeux relationnels du médecin avec le patient, les autres professionnels de santé et l'institution. Essentielle pour entrer en relation, fondamentale pour agir, partie intégrante du bien-être au travail, la reconnaissance par ses divers aspects permet l'épanouissement du professionnel et de l'Homme.

Dans son *Parcours de la Reconnaissance*⁴⁷, RICŒUR explore le traitement réservé au concept de reconnaissance par la philosophie, pour cela il se laisse guider par la polysémie du mot pour en extraire trois études. Pour nous aider à comprendre ce que cette notion recouvre dans notre travail, nous organiserons nos remarques en suivant son plan en trois parties.

⁴⁷ Ricœur P. *Le Parcours de la reconnaissance*. Paris: Folio ;2017[2004].

2.4.1 La reconnaissance du patient

Dans sa première étude⁴⁸ RICŒUR traite de la reconnaissance à la forme active, la reconnaissance qui identifie ou distingue quelque chose, ou en l'occurrence quelqu'un. Dans notre travail cette dimension est représentée par la reconnaissance du patient en tant qu'individu, un être doué de raison, à même de faire ses propres choix, et dont les objectifs peuvent différer de ceux du médecin. A travers cette reconnaissance de l'individu c'est donc aussi l'autonomie décisionnelle du patient dont il est question. Notre analyse mettait ainsi en évidence que les médecins parvenaient à accepter que les objectifs des patients diffèrent des leurs.

La présence d'un tel apport dans une formation aux soins palliatifs n'a rien d'étonnant. En effet, on peut identifier ici deux des principes éthiques définis par l'EAPC (European Association for Palliative Care) comme étant essentiel à la mise en place d'une démarche palliative. Le premier des deux est le principe d'humanité, en d'autres termes la reconnaissance de la dignité humaine intrinsèque et inaliénable de l'individu. Plus encore, que le patient n'est pas seulement un individu du genre humain, mais qu'il est un être unique avec sa propre histoire et sa personnalité biologique. Le deuxième est le principe d'autonomie, c'est-à-dire la reconnaissance qu'une personne est en droit d'avoir sa façon de voir, de faire ses choix, et de décider d'actions fondées sur ses valeurs et croyances personnelles⁴⁹. Il s'agit d'admettre la capacité du patient à décider pour et par lui-même. Ce principe implique dans certains contextes de construire ou de soutenir les capacités du patient à faire des choix autonomes. On comprend aisément comment ces deux principes peuvent être mis en tension dans les situations de fin de vie, ainsi lors de la rencontre avec un être inanimé la tentation pourrait être grande de venir nier sa dignité humaine contrevenant par conséquent au principe d'humanité. De même il est parfois difficile d'être confronté à l'autonomie décisionnelle du patient refusant un traitement antalgique sur la base de représentations que l'on juge erronées malgré nos efforts pour lui délivrer une information claire et adaptée. Il convient de ne pas succomber au désir de lui administrer, ni de fuir et de l'abandonner, mais de l'accompagner.

Au-delà du seul champ des soins palliatifs, ces principes sont au cœur de l'enjeu dans la relation médecin-patient dans l'ensemble des disciplines médicales et donc bien évidemment en médecine générale. Depuis la loi du 4 mars 2002⁵⁰ dite Loi Kouchner qui a reconnu le rôle et les droits des patients dans le parcours de soin, le patient est acteur du système de soin en participant activement à l'alliance thérapeutique, ses désirs et ses choix de vie doivent être respectés dans la gestion des stratégies de soin ou de prévention. Le déclin progressif du modèle paternaliste au profit d'une relation partenariale entre le médecin et le patient, donne à ces deux principes une importance croissante dans nos sociétés.

La mise en évidence dans notre analyse de la reconnaissance du patient par le médecin, ne doit pas occulter l'absence de la réciproque. En effet, l'on aurait pu s'attendre qu'il résulte de cette formation davantage de reconnaissance du patient pour le médecin. C'est un manque important, d'autant que la reconnaissance des patients est, pour les médecins, la principale forme de reconnaissance au travail⁵¹. Il est difficile d'éclairer cette absence, mais

⁴⁸ *ibid.* p.45-116

⁴⁹ Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics – Fifth Edition*. Oxford: Oxford Univ. Press; 2001. (Traduction française : *Principes d'éthique biomédical*. Paris: Les Belles Lettres; 2007. p.63.)

⁵⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁵¹ Bourdil M, Ologeanu-Taddei R. Les patients premier champ de reconnaissance au travail : étude au sein d'un CHU. @GRH. 2018; 2: 61-92.

peut-être que la grille d'entretien, davantage centrée sur les apports de la formation et les modifications engendrées dans la pratique du médecin que sur la relation médecin-patient, n'a pas permis l'émergence de telles idées.

Cette attention portée aux principes d'humanité et d'autonomie au travers de la reconnaissance du patient vient enrichir la pratique médicale du médecin généraliste au-delà du champ de la médecine palliative et s'articule pleinement avec les attentes de la société.

2.4.2 La reconnaissance de soi-même

En poursuivant notre chemin avec RICŒUR, nous abordons sa deuxième étude⁵². Il opère ici un retournement de la forme active vers la forme passive du nom, pour s'intéresser à la reconnaissance de soi-même, plus précisément, la reconnaissance de soi-même comme un être capable de certains accomplissements. Cet aspect de la reconnaissance est présent dans notre analyse par le gain de confiance, d'aisance et d'apaisement généré chez le médecin qui se sent reconnu capable en particulier par le diplôme et qui se reconnaît lui-même capable (la reconnaissance de soi par soi).

La reconnaissance et le gain de confiance engendré permettait aux médecins interrogés de pouvoir établir des stratégies et agir grâce à un éprouvé plus paisible du doute. Dans un travail⁵³ explorant l'engagement de l'individu dans l'action au niveau professionnel, MOHIB nous dit que s'engager dans l'agir professionnel c'est accepter de compter avec l'incertitude qui caractérise toute pratique professionnelle. Dans ce même travail, l'étude menée chez d'anciens stagiaires identifiait des facteurs permettant de favoriser l'engagement dans l'agir professionnel, le premier d'entre eux sur lequel l'ensemble des participants s'étaient exprimés est la confiance et la mise en confiance en soi, ainsi pour entreprendre une action il faut d'abord croire que l'on est capable de l'accomplir.

Les participants au DIU ont également vécu cette reconnaissance comme une « autorisation à être soi-même » et une invitation à plus de créativité dans leur travail. Il s'agit ici d'envisager la reconnaissance de soi à soi comme une attestation à exercer ses capacités propres⁵⁴.

Les situations d'incertitude sont comme nous l'avons vu fréquentes, en particulier en soins palliatifs, et agir en de telles situations peut se révéler difficile. La complexité et la singularité des situations met le médecin à distance de ses repères scientifiques et le confronte à l'incertitude et au doute. Le doute peut alors l'envahir et l'empêcher de réaliser son travail⁵⁵. L'on peut par exemple se demander si l'insuffisance d'enseignements techniques ressentit en début de formation, puis la prise de conscience qu'ils étaient déjà acquis auparavant, ne résulte pas plutôt d'un passage d'une incapacité d'agir à un pouvoir d'agir permis par le gain de confiance. Ainsi, pour reprendre MOHIB, il ne suffit pas de savoir ou de vouloir agir, il faut également pouvoir agir, non pas au sens d'être autorisé à faire mais de s'autoriser soi-même à agir⁵⁶.

⁵² Ricœur P. Le Parcours de la reconnaissance, op. cit. p.117-236.

⁵³ Mohib N. Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. Formation emploi [En ligne]. 2011; 114: 57-71.

⁵⁴ Ricœur P. Le Parcours de la reconnaissance, op. cit. p.117-236.

⁵⁵ Aubry R. La place de l'incertitude dans l'agir médical. JALMALV. 2012; 2: 41-49.

⁵⁶ Mohib N. Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel, op. cit.

2.4.3 La reconnaissance mutuelle des professionnels de santé

Dans sa troisième⁵⁷ et dernière étude, Ricœur aborde le concept de reconnaissance d'un point de vue interpersonnel. Le médecin reconnaît les autres professionnels de santé dans leur savoir-faire, leur sensibilité, et leur individualité, tandis que réciproquement les professionnels de santé reconnaissent le médecin dans ses capacités, son appétence pour les soins palliatifs et son identité. Ils se reconnaissent l'un l'autre sans toutefois que l'un ne soit l'autre. Ils appartiennent à une communauté. Cette communauté n'est pas forgée par le fait de vivre ensemble ou par des biens communs, elle naît de l'existence d'intérêts communs, le bien être du patient et de ses proches, et se développe autour d'habitudes communes au cours de leurs collaborations. Elle enrichit et favorise encore une fois l'agir professionnel de chacun.

A travers cette reconnaissance mutuelle, ce n'est pas seulement le bien être du patient et de ses proches qui se voit amélioré, ni l'agir professionnel, mais également le bien-être au travail de ces professionnels. Ainsi, on retrouvait dans une étude que le manque de reconnaissance professionnelle de la part des collègues mais aussi de la hiérarchie était l'un des principaux facteurs évoqué par les professionnels de santé en souffrance psychique⁵⁸. Il est ainsi intéressant, que, secondairement à une formation, on puisse constater une majoration du sentiment de reconnaissance et de la reconnaissance des personnes avec qui l'on travail.

L'étude citée précédemment mentionnait qu'au-delà des collègues de travail, la reconnaissance de la hiérarchie revêtait une importance toute particulière. Occasion de rappeler que notre étude retrouvait un sentiment contrasté de reconnaissance de la formation par l'institution. Pour certains, cette reconnaissance prenait la forme de formations interne confiée par l'institution à destination des autres professionnels de santé. Il s'agit d'une piste particulièrement intéressante qu'il faudrait travailler avec les acteurs institutionnels puisque doublement vertueuse, majorant le sentiment de reconnaissance du professionnel et participant de la diffusion de la culture palliative.

La reconnaissance est omniprésente sous diverses formes tout au long du parcours du médecin dans cette formation mêlant quête de l'identité et de l'altérité. Ainsi, en reconnaissant le patient en tant qu'être à part entière avec toute sa dignité en mobilisant principe d'humanité et d'autonomie, le médecin construit son rapport à l'autre dans le même temps qu'il le distingue de lui. En étant reconnu, le médecin, par la confiance générée, étend sa capacité d'agir, en particulier dans les situations d'incertitude. Si l'institution hospitalière peut parfois manquer de reconnaissance occasionnant de la frustration, médecins et soignants en se reconnaissant mutuellement forment une nouvelle communauté forgée autour du bien-être du patient et contribuant à leur bien-être au travail.

⁵⁷ Ricœur P. Le Parcours de la reconnaissance, op. cit. p.237-378.

⁵⁸ Fanello S, Ripault B, Heuze V, et al. Souffrance psychique liée au travail: étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2003;64(2):70-76.

2.5 Une formation dans un parcours

Le DIU de soins palliatifs est une formation continue à destination de personnels de santé qui exercent leur profession avant, pendant et après la formation. Il est par conséquent important que ces apprentissages puissent s'inscrire dans le parcours du professionnel, en l'occurrence, du médecin généraliste. De façon plus inattendue, il semble qu'au-delà du parcours professionnel, elle s'inscrit également dans un parcours de vie.

2.5.1 Inscrire la formation dans le parcours du professionnel

On retrouve une grande variété dans les profils des médecins généralistes participant au DIU, en témoigne la diversité des attentes que chacun a pu formuler vis-à-vis de la formation. Tous arrivent, chargés de représentations et forts de leur expérience professionnelle bâtie tout au long de leur carrière. Cette hétérogénéité des profils est décuplée lorsque l'on envisage les participants au DIU dans leur ensemble, infirmiers, aides-soignants, psychologues, éducateurs, ... C'est donc un défi de taille pour la formation que de pouvoir s'inscrire dans le parcours de professionnels aux parcours et aux horizons si variés.

Le DIU, comme nous l'avons vu dans l'introduction, a essentiellement vocation à accueillir des professionnels des milieux sanitaire, social et éducatif, ils ont par conséquent déjà plusieurs années d'exercice professionnel derrière eux. Le professionnel est invité au fil des enseignements, à *réinterpréter les cadres de référence qu'il a élaboré de façon non critique au fil de sa vie pour construire de nouveaux cadres interprétatifs guidant ses expériences futures de façon plus rationnelle et négociée, plus autonome et libérée des contraintes et distensions culturelles*, c'est ce que Merizow a appelé la théorie des apprentissages transformateurs⁵⁹. L'étudiant donne sens à son expérience d'apprentissage en transformant ses perspectives initiales, qui peuvent être problématiques, en de nouvelles perspectives, plus inclusives.

Si la formation accueille des professionnels avec plusieurs années d'expérience derrière eux, elle peut également être amenée à recevoir des internes, dont la formation initiale n'est pas encore achevée. On rencontre dans notre corpus de médecins généralistes l'un d'entre eux qui évoquait la difficulté ressentie dans la construction « dans deux voies qui avancent parallèlement ». Il soulève ici la complexité à conjuguer formation initiale professionnalisante et formation continue. L'interne, surtout en début d'internat, est encore en train d'initier la construction de son identité professionnelle et de bâtir ses cadres de référence, il peut par conséquent être perturbant d'être amené à les réinterpréter si précocement.

Le CNEFUSP dans ses préconisations pour le DIU demande aux internes deux ans d'internat avant de pouvoir s'y inscrire. En plus de ce pré requis, il conviendrait lors de l'inscription d'avoir une attention toute particulière au niveau de maturité des cadres de référence de l'étudiant dans l'exercice de la médecine générale.

2.5.2 Une formation dans le parcours de vie

Enfin, notre analyse relevait de façon marginale diverses modifications dans la sphère privée liées à la participation au DIU, notamment sur le rapport à la mort ou au

⁵⁹ Alhadeff-Jones M. Théorie de l'apprentissage transformateur et expérience de la recherche en formation pour adulte. Éducation permanente. 2014;198:141-54.

deuil, ce qui constitue des modifications identitaires importantes. Dans son travail, le Dr GALLE-GAUDIN, évoquait, elle aussi, d'autres retentissements possibles dans le parcours de vie des participants au DIU, notant un nombre de grossesses qui lui semblait plus important qu'à l'accoutumé. Il semblerait donc que le DIU s'il participe de la construction de l'identité professionnelle, il contribue aussi de la construction de l'individu au-delà du champ professionnel. Ces modifications étant assez isolées et uniques (nous n'avons pas constaté de reprises de ces assertions par d'autres individus de notre corpus), et peu reprises dans la littérature, nous resterons prudents quant à leur généralisation. Elles viennent néanmoins s'intégrer dans une thèse plus large développée par CHARLOT pour qui le rapport au savoir contient une dimension identitaire, *tout rapport au savoir est aussi rapport à soi-même : à travers l'apprendre, quel que soit la figure sous laquelle il se présente, est toujours en jeu la construction de soi*⁶⁰.

⁶⁰ Charlot B. Du rapport au savoir : éléments pour une théorie. Anthropos, 1999.

V- Conclusion

Pour le médecin généraliste désireux d'entreprendre une formation aux soins palliatifs, le choix du DIU est une démarche pertinente, qui s'inscrit pleinement dans les évolutions actuelles du monde de la santé. S'il demande un investissement important, il est également susceptible de lui apporter des compétences mobilisables à la fois dans le domaine des soins palliatifs mais également pour l'ensemble de sa pratique notamment dans le champ relationnel et de la collaboration interprofessionnelle. Au-delà de ces compétences, un des intérêts majeurs du DIU est de permettre à l'étudiant de revisiter sa pratique au travers de la mise en œuvre de démarches réflexives et critiques, et ainsi d'intégrer les compétences et connaissances acquises au DIU dans sa pratique. Enfin le médecin se voit également plus apaisé professionnellement dans son rapport à lui-même, ce qui s'accompagne d'un processus de reconnaissance de soi essentiel au développement de l'agir professionnel et au bien-être du médecin.

Nombre de ces apports, s'ils sont nécessaires à la pratique de soins palliatifs, semblent aspécifiques et découlent de l'interprofessionnalité de la formation. Il serait intéressant de chercher si des apports équivalents étaient acquis par les médecins généralistes à l'issue d'autres formations en interprofessionnalité comme les DIU d'éducation thérapeutique ou d'addictologie par exemple.

Bibliographie

- Alhadeff-Jones M. Théorie de l'apprentissage transformateur et expérience de la recherche en formation pour adulte. *Éducation permanente*. 2014;198:141-54.
- Aiguier G. Travailler en équipe : position du problème. In: Jacquemin D. Manuel de soins palliatifs. p. 646-652. Paris: Dunod; 2014. p.646-652.
- ANDPC. Rapport d'activité 2020 de l'agence nationale du développement professionnel continu, [En ligne]. <https://www.agencedpc.fr/agence-nationale-du-dpc-publication-du-rapport-d'activite-2020> (Consulté le 15/09/2021).
- Aubry R. La place de l'incertitude dans l'agir médical. *JALMALV*. 2012; 2: 41-49.
- Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie médicale*. 2008;9(2):94-102.
- Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics – Fifth Edition. Oxford: Oxford Univ. Press; 2001. (Traduction française : Principes d'éthique biomédical. Paris: Les Belles Lettres; 2007. p.63.)
- Borkman T. Experiential knowledge : A new conception for the analysis of self-help groups. *The social review*, 1976.
- Bourdil M, Ologeanu-Taddei R. Les patients premier champ de reconnaissance au travail : étude au sein d'un CHU. *@GRH*. 2018; 2: 61-92.
- Charlot B. Du rapport au savoir : éléments pour une théorie. Anthropos, 1999.
- Compagnon L, Bail P, Huet J-F, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-155.
- D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé* 1999;17:67-94.
- Daydé M-C. Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau. *Med Pal*. 2012;11:164-169.
- Denis-Delpierre N, Mallet D, Galle-Gaudin C, Hirsch G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. *Med Pal*. 2016; 15: 115-126.
- Dewey J. Démocratie et Éducation, suivi de Expérience et Éducation. 1916.
- Duhamel G, Mejane J, Piron P (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Paris: La documentation française; 2017. Rapport n°2016-064R.

Elefterion Herault M. Les émotions du médecin généraliste dans la prise en charge de la fin de vie : Modalités d'expression et stratégies de gestion. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux UFR des sciences médicales; 2015.

Fanello S, Ripault B, Heuze V, Roquelaure Y, Verrier S, Kadouci B-A, Penneau-Fontbonne D. Souffrance psychique liée au travail : étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2003; 64(2): 70-76.

Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La Perception des étudiants en santé. Pédagogie médicale. 2015;16(2):105-117.

Fischer G-N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod; 1996.

Galle-Gaudin C. Formation en soins palliatifs et dynamique relationnelle – Recherche à partir de la formation au Diplôme Inter Universitaire de Soins palliatifs et d'Accompagnement. [Thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation]. Tours: Université François Rabelais UFR Arts et Sciences Humaines; 2009.

Galle-Gaudin C. Penser la formation aux soins palliatifs – Entre repères relationnels et pratique réflexive. Paris: L'Harmattan; 2014.

Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patient's priorities with respect to general practice care : an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family practice. 1999;16:4-11.

Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions économiques de la santé Irdes. 2011;163.[En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf> (Consulté le 10/08/2021).

Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Pratique et organisation des soins. 2010;41:65-72.

Lafortune L, Deaudelin C. Accompagnement socio-constructiviste. Pour s'approprier une réforme en éducation. Sainte-Foy : Presses de l'université de Québec, 2001.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie. Paris. 2015.

Mino, J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes de réseaux à propos de leur collaboration ». Med Pal. 2006;5:21-25.

Mohib N. Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. Formation emploi [En ligne]. 2011; 114: 57-71.

Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché. In: Houssaye J. La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. Paris: ESF; 1994. p.61-76.

Perrenoud Ph. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant : professionnalisation et raisons pédagogiques. Paris : ESF éditeur, 2001.

Poterre M, Taounhaer S. Défaut de continuité de la prise en charge médicale en fin de vie au domicile. Med Pal. 2017;16:112-9.

Ricœur P. Le Parcours de la reconnaissance. Paris: Folio ;2017[2004].

Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin patient. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. Nice: Université de Nice Sophia Antipolis Faculté de médecine; 2018.

Schmidt Mast M. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Education and Counseling. 2007;67(3):315-318.

Schon D. Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Éditions Logiques ; 1994.

Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Med Pal. 2011;10:286-291.

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. SFAP – Site internet, [En ligne]. <http://www.sfap.org> - Liste des DU et DIU - version de novembre 2020. (Consulté le 20/09/2021).

Stewart M, Brown J, Weston W et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Third edition. Oxon: ed Radcliff medical press;2014.

Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? Med Pal. 2013;12:55-62.

Université François Rabelais de Tours – Formation continue. Plaquette de présentation du DIU de Soins palliatif et d'Accompagnement, [En ligne]. <https://formation-continue.univ-tours.fr/version-francaise/offre-de-formations/formations-compatibles-avec-une-activite-professionnelle/medecine/soins-palliatifs-et-accompagnement-2eme-annee-du-soins-continus-1ere-annee> (Consulté le 20/08/2021).

Villeneuve L, Leblanc J, Ruph F, Lemieux L. Le questionnement et la réflexivité. In Raucet B, Verzat C, Villeneuve L. Accompagner des étudiants. Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?. De Boeck Supérieur, 2010. p.155-185.

World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [En ligne]. <http://apps.who.int> (Consulté le 15/08/2021).

Annexes

Annexe 1 : Courriel de prise de contact

Dr X.

Je m'appelle Thibaut MARC,
je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse d'exercice proposant une relecture du parcours de médecins généralistes ayant réalisé un DIU de soins palliatifs à la faculté de médecine de Tours dirigé par le Pr Donation MALLET. J'ai pu obtenir vos coordonnées grâce à Caroline GALLÉ.
Pour mener à bien mon projet de thèse, j'aurais besoin de vous rencontrer au cours d'un entretien, la durée de la rencontre à prévoir est d'environ 30minutes. Je vous communique en pièce jointe une note d'information expliquant plus en détail les modalités de cet entretien.

Merci d'avance pour votre réponse
Bien confraternellement
MARC Thibaut

Pièce jointe : Note d'information aux professionnels de santé

Investigateur : MARC Thibaut
Direction : Pr Donatien MALLET

Note d'information aux professionnels de santé

Objectifs de l'étude :

Cette thèse propose une relecture du parcours de médecin généraliste ayant suivi le cursus du diplôme inter-universitaire de la faculté de médecine de Tours. Il s'agit principalement d'étudier l'apport de compétence d'une telle formation lors de situations palliatives ou non.

Comment se passera l'étude ?

Vous rencontrerez l'investigateur individuellement au cours d'un entretien semi-dirigé de 30 minutes environ.

Par ailleurs il sera recueilli des données individuelles au cours de chaque entretien : Age, Genre, Durée d'exercice, Mode d'exercice actuel, exercice en zone rurale ou urbaine, année de réalisation du DIU.

Le recueil des données se fera par enregistrement, les données seront par la suite retranscrites informatiquement de façon anonyme. Le traitement des données sera effectué par l'auteur de la thèse ainsi que son directeur de thèse.

Annexe 2 : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Bonjour, pour mon travail de thèse j'effectue une relecture du parcours de médecins généraliste au sein du DIU de soins palliatifs avec pour but d'en analyser l'apport de compétences. L'entretien sera enregistré et retranscrit anonymement et intégralement.

Informations démographiques :

Age, Sexe, Durée d'exercice, Mode d'exercice actuel, Mode d'exercice lors de la réalisation du DIU, Année de réalisation du DIU, Lieu d'exercice.

- 0- Quelles étaient vos motivations à réaliser ce DIU ?
- 1- Comment avez-vous vécu vos 2 années de DIU ? Quel souvenir en gardez-vous ?
- 2- Qu'est-ce que votre DIU vous a apporté dans l'approche des situations palliatives ?
- 3- De façon plus générale, qu'est-ce que cela vous a apporté pour d'autres situations non palliatives ?
- 4- Comment cela a-t-il pu modifier votre identité professionnelle ?
- 5- Est-ce que vous auriez autre chose à ajouter qui n'a pas été abordé ?

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

MARC Thibaut

58 pages – 1 tableau – 2 annexes

Résumé :

Contexte : Le médecin généraliste, à l'instar de tout médecin, doit continuer à se former tout au long de sa carrière. Si la décision de faire une formation au soins palliatifs fait sens, l'offre de formation est pléthorique et le choix peut être difficile. Au sein de ces formations, le DIU de soins palliatifs constitue un choix ambitieux. Devant l'investissement demandé, il semble légitime de se demander ce que cette formation apporte réellement au médecin généraliste qui y prend part.

Objectif : Explorer les apports engendrés par le DIU de soins palliatifs pour un médecin généraliste.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 8 médecins généralistes. Enregistrement, retranscription intégrale et analyse thématique avec émergence d'une théorie.

Résultats : La participation au DIU était pour les médecins généralistes une expérience pédagogique inédite en lien notamment avec l'interdisciplinarité de la formation. On retrouvait un accroissement de la compétence relationnelle ainsi qu'un apprentissage de la pluriprofessionnalité et du travail avec les réseaux. Le médecin généraliste décrivait également un apaisement dans son rapport à lui-même et un sentiment de reconnaissance. Le DIU venait prendre place de façon singulière tant dans le parcours professionnel que dans le parcours de vie malgré l'hétérogénéité des itinéraires conduisant au DIU.

Conclusion : La formation se révèle bénéfique pour le médecin aussi bien dans l'approche des situations palliatives que dans les situations qu'il rencontre dans le reste de sa pratique. Il contribue à la construction de l'identité professionnelle du médecin généraliste.

Mots clés : Médecine générale, formation continue, soins palliatifs, inter-professionnalité.

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Professeur Donatien MALLET

Membres du Jury : Professeur Emmanuel GYAN
Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Date de soutenance : 2/12/2021