

Paradoxes, écueils, enjeux de la formation

Véronique Blanchet, Paris.



Par définition, la formation est « un processus entraînant l'apparition de quelque chose qui n'existait pas auparavant » (Dictionnaire Petit Larousse). Ce concept renvoie à du possible, à du développement. On dit d'une fillette qu'elle est en formation à la puberté, au moment où elle devient une femme.

Mais les termes « former », « formateur » peuvent sous-entendre, également, mettre en forme, coller à un modèle à reproduire. On le voit, il existe une tension entre deux objectifs dans la formation : développer du possible, de la nouveauté, de la créativité/transmettre un modèle. Le terme de déformation serait peut-être plus adéquat que celui de formation pour désigner ce processus. En début de stage le stagiaire est dans une certaine place. Une formation réussie est une formation qui aura fait bouger le stagiaire. Au mieux, il sera dans une nouvelle position, au pire il reviendra à la même place mais un mouvement se sera produit.

De même, dans l'acte d'apprendre s'associent plaisir et déplaisir. Découvrir ce que l'on ne connaît pas, perdre des repères, lâcher des certitudes, questionner les expériences antérieures avec un nouvel éclairage, ouvrir de nouvelles perspectives sont le lot de la découverte. Ceci ne se fait pas sans tension, friction, souffrance, mais aussi satisfaction, plaisir, valorisation de soi-même. Alors, pourquoi (et pour quoi) apprendre ? Pour améliorer sa situation matérielle (gagner plus d'argent) ? Pour mieux vivre son travail ? Pour satisfaire sa curiosité ? Pour savourer la connaissance ? Pour développer une maîtrise sur les choses ? Ou autre... ?

Dans le champ des soins palliatifs, la matière à transmettre ou à enseigner prend racine dans plusieurs domaines de la pratique médicale et soignante. Bien sûr, dans les connaissances indispensables de la médecine « scientifique », mais aussi dans les sciences humaines. En terme d'objectif, il s'agit de transmettre du savoir (connaissances), du savoir-faire, du savoir être. Mais cette « matière soins palliatifs » met en perspective un certain nombre d'enjeux, de paradoxes, d'écueils possibles.

Adresse pour la correspondance :

Véronique Blanchet,
48, rue du Chemin Vert,
75011 Paris.

Des paradoxes

Il est paradoxal de créer un enseignement spécifique de la douleur et des soins palliatifs alors que cela fait partie intégrante de la médecine.

Il est paradoxal d'avoir à apprendre à écouter et à entendre le malade, à le considérer non seulement comme objet de soins mais aussi comme sujet désirant et autonome, capable de décider pour lui-même ce qui est bon. Paradoxe, si on réservait seulement aux malades en fin de vie la recherche d'une qualité relationnelle qu'on n'accorderait pas à ceux qui ne seraient pas en danger de mourir.

Il est paradoxal d'avoir à réapprendre à soigner les malades en fin de vie, à être présent au moment de la mort de l'autre.

Paradoxe de notre société qui fait des lois pour définir les droits du malade, pour préciser son droit à l'information, son droit à être soulagé de la douleur et à être accompagné par des professionnels de la santé et des bénévoles.

Des écueils

Des écueils et des dérives sont possibles dans l'enseignement et la formation aux soins palliatifs.

La modélisation

Tel est le risque, par exemple, de l'idéal de la bonne mort, de la belle mort. Les soignants devraient se former pour pouvoir amener le malade à accepter sa mort, à vivre ses derniers moments dans la paix et la sérénité. Mourir sans faire de bruit, sans déranger en remerciant l'entourage de l'avoir aidé jusqu'au bout et en gratifiant ainsi les soignants de leur « efficacité ».

Pallier les insuffisances, autre exemple de dérive possible

Pour développer les soins palliatifs à domicile, on entend souvent dire que les libéraux manquent de formation. Ce qui est en partie faux. Ils manquent surtout de moyens financiers (le temps passé auprès des malades et

Blanchet V. Paradoxes, écueils, enjeux de la formation. Med Pal 2003; 2: 299-301.

des proches n'est pas rémunéré en conséquence) et de pratique (un médecin généraliste s'occupe en moyenne de deux malades en fin de vie par an). Mais admettons cette position. Pour pallier leurs insuffisances, formons les familles à faire « des soins de confort et à la gestion des symptômes douloureux » (Marie de Hennezel, Actes du Congrès de Nice, p 94, juin 2003).

Le fait que cela se pratique déjà aux USA n'est pas un argument pour valider le bien fondé de cette proposition. Les Nord-Américains ne sont pas des modèles toujours enviables ni des références quant à leur manière de traiter la question de la solidarité dans leur système de santé.

D'autre part, former les familles à faire des soins reviendrait à faire l'impasse sur les sentiments ambivalents des proches (« Cela ne peut plus durer »/ « Je ne veux pas qu'il meure ») et laisser la porte ouverte au passage à l'acte de l'euthanasie. Cela reviendrait à oublier la complexité du processus de deuil et le temps nécessaire à l'élaboration intra psychique. Comment élaborer quand on est dans la nécessité d'agir dans une pseudo place de soignant ?

Enfin, cela reviendrait à faire démissionner les soignants de leurs responsabilités et l'État de ses devoirs.

La maîtrise

La transmission de connaissances sur le traitement des symptômes, qu'ils soient physiques ou psychiques, et sur la gestion des situations de crises existentielles, spirituelles ou sociales, pourrait nourrir un sentiment de toute puissance, contre balancier d'un sentiment d'impuissance ou d'échec face à la mort. On serait alors dans l'illusion de pouvoir tout traiter, de pouvoir répondre à tout. Le faire et l'agir reprendraient le dessus sur la recherche d'un juste équilibre entre l'action, la réflexion, la pensée et le ressenti.

La jouissance

Le formateur viendrait se « narcissiser », montrer combien il sait et combien le pauvre stagiaire se trompe et ne sait pas. Ce serait oublier un principe pédagogique primordial. En effet, la question n'est pas : « Qu'est que je vais lui apprendre ? » Mais plutôt : « De quoi a-t-il besoin ? ».

La multidisciplinarité a ses écueils et ses risques

Se former en équipe pluridisciplinaire est une richesse à condition que le contenu soit pertinent. Transmettre des notions pharmacologiques, physiologiques, thérapeutiques, psychologiques, psychanalytiques, philosophiques, sociologiques... à un public hétérogène implique d'adapter son contenu. Mais à trop simplifier, on risque de perdre l'essentiel, de niveler vers le bas ou d'y perdre son latin !

Et sans adaptation adéquate, certains seront laissés en cours de route !

En apportant aux médecins et aux infirmières des notions sur les mécanismes de défense, ne risque-t-on pas finalement de faire le lit d'interprétations sauvages ou prématurées ? De renforcer les résistances des soignants ? Une chose est de se comprendre soi-même dans le cadre d'une relation psychothérapeutique ou à l'occasion d'un échange ou d'une discussion dans une formation. Autre chose est de lire ou d'entendre dans un cours la description des attitudes, des comportements que l'on a. Le risque serait, en effet, de plaquer des théories et d'empêcher ainsi la réflexion et la prise de conscience personnelle des patients ou des professionnels. Ne dites jamais à un chirurgien qu'il se protège en ne voyant qu'un organe à opérer : il devrait changer de métier ! Personne ne peut consciemment, en toute lucidité, découper un être humain. Cette adaptation nécessaire en salle d'opération n'est plus utile en dehors du bloc opératoire. On peut regretter, c'est vrai, qu'il continue à parler de « la cheville » ou de « la vésicule » qu'il vient d'opérer. Mais la qualité primordiale d'un chirurgien est d'être d'abord un « bon » chirurgien !

Les enjeux

Ne nous méprenons pas, les enjeux de l'enseignement et de la formation aux soins palliatifs sont considérables.

L'argent

Les sommes allouées à la formation permanente par la législation sont très conséquentes. Ce n'est pas pour rien que tant d'organismes proposent des formations à l'accompagnement, aux soins palliatifs, à la douleur. Ces stages sont souvent animés par des formateurs n'ayant aucune expérience de terrain.

Les frais de laboratoire des diplômes universitaires représentent également des mânes non négligeables.

Le pouvoir

L'enseignement a toujours été, en médecine, le lieu d'enjeux de pouvoir importants. On assiste à des « batailles » pour créer ou récupérer des DU de soins palliatifs dans certaines facultés.

Enjeu pour asseoir l'enseignement et transformer la discipline en spécialité avec ses conséquences : agrégation, professorat, chefferie de service, création de postes etc. Encore trop peu de médecins en soins palliatifs sont chefs de service et encore moins sont professeurs. Par exemple, les équipes mobiles, pour la majorité, sont rattachées à des services de spécialités. Cela les rend très vulnérables sur le plan administratif.

La reconnaissance

L'enseignement et la formation aux soins palliatifs sont des enjeux très importants pour la reconnaissance des soins palliatifs et leur développement. Mais le risque serait que cet enseignement ne soit pas réalisé par les acteurs de terrain, ce qui poserait une question éthique : peut-on transmettre ce que l'on ne connaît pas ? Pas plus que dans les autres disciplines, les acteurs des soins palliatifs n'ont été préparés à enseigner ou à transmettre. Cependant, on ne peut que se réjouir : certains d'entre eux se forment à la pédagogie pour assurer pleinement leur mission de formation définie par la loi du 9 juin 1999 dans ses articles 7 et 9.

Conclusion

Qu'elle se fasse dans le cadre de la formation initiale ou continue, la formation est le fer de lance du développement des soins palliatifs. Elle est le moyen pour les professionnels de se ressourcer, d'acquérir de nouvelles connaissances mais aussi de mettre en place une réflexion

sur leurs pratiques et de sortir des réactions émotionnelles que provoque la gravité des situations de fin de vie.

Par les valeurs que le mouvement des soins palliatifs véhicule, c'est une formidable occasion de faire évoluer la médecine vers plus de respect de la personne humaine, vers plus de réflexion sur la place de la science et de l'homme, vers une responsabilité vis-à-vis de soi-même comme de l'autre.

Dans ce numéro vous pourrez lire une étude originale sur la fréquence du *burn out* chez les internes en médecine au CHU de Tours ; une synthèse réalisée par O. Gallocher sur la place de la radiothérapie en phase palliative ; « Réflexions sur le bénévolat » (dernier volet) par H. Kloekner. M. Guerrier présente les « Résultats de l'enquête préliminaire : éthiques et soins hospitaliers ».

Le cannabis est en vente dans les pharmacies des Pays-Bas depuis le 5 septembre 2003 : faisons le point avec l'article de R. Ladouceur « Marijuana, mythes et réalités ».

« Médecine palliative » est un lieu de dialogue et de discussion : un lecteur apporte son commentaire sur un livre présenté dans la rubrique « À lire, voir, écouter. »

Bonne lecture !