

COMMENT FAVORISER L'APPRENTISSAGE DU TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITÉ DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ AU COURS DU STAGE EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS ?

Chevalier-Lamouille C.¹, Poteaux N.²

- 1- Unité de soins palliatifs, Service de soins d'accompagnement, de soins de support et de soins palliatifs - CHRU 67000 Strasbourg
- 2- Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé, faculté de médecine, université de Strasbourg

Adresse de correspondance :

Catherine Chevalier-Lamouille
Unité de soins palliatifs
Service de soins d'accompagnement, de soins de support et de soins palliatifs
CHRU de Strasbourg
1 porte de l'Hôpital
67000 Strasbourg
Tel : +33 (0)3 88 11 65 86
catherine.lamouille@chru-strasbourg.fr

COMMENT FAVORISER L'APPRENTISSAGE DU TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITÉ DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ AU COURS DU STAGE EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS ?

RESUMÉ

Introduction

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche interdisciplinaire. Cependant, le cursus initial des professionnels de santé reste organisé par profession. L'un des défis de la formation en soins palliatifs est d'apprendre à travailler de manière interdisciplinaire.

À travers l'analyse des perceptions et représentations de l'interdisciplinarité et à travers l'identification des freins et des leviers au travail interdisciplinaire, nous proposons de réfléchir aux modalités d'apprentissage de l'interdisciplinarité par les étudiants en santé lors de leurs stages en unités de soins palliatifs.

Méthode

Cette recherche s'inscrivant dans le cadre de l'étude des représentations et des perceptions, nous avons utilisé une méthode qualitative par focus groupe.

Résultats

La formation initiale des professionnels de santé, par son organisation en silos, est responsable de freins à la mise en place d'un travail ultérieur en interdisciplinarité. Les professionnels décrivent des organisations très figées où il existe peu de place pour une interaction des savoirs. De plus le terme même d'interdisciplinarité est confondu avec la notion de multidisciplinarité ou encore de multi-professionnalité.

Cette confusion sémantique apparaît également dans les recommandations guidant la mise en œuvre d'une unité d'enseignement interdisciplinaire destinée aux étudiants en santé et l'organisation de stages en structures de soins palliatifs.

Conclusion

A la lumière de nos résultats, nous préconisons de privilégier l'apprentissage en équipe multi professionnelle du travail en interprofessionnalité, celui-ci constituant ainsi l'étape préalable à l'apprentissage de l'interdisciplinarité comme un objectif secondaire de professionnalisation.

Mots clés : Interdisciplinarité - soins palliatifs - apprentissage - multi-professionnalité

HOW CAN WE ENCOURAGE HEALTH STUDENTS TO LEARN TO WORK IN AN INTERDISCIPLINARY WAY DURING THEIR INTERNSHIP IN A PALLIATIVE CARE UNIT?

ABSTRACT

Introduction

Palliative care is active care delivered by a multidisciplinary team, using an interdisciplinary approach. However, the initial training of healthcare professionals is still organised by profession. One of the challenges of palliative care training is learning to work in an interdisciplinary way.

By analysing the perceptions and representations of interdisciplinarity and identifying the obstacles and levers to interdisciplinary work, we propose to look at the ways in which health students learn interdisciplinarity during their internship in palliative care units.

Method

As this research falls within the framework of the study of representations and perceptions, we used a qualitative focus group method.

Results

The initial training of healthcare professionals, with its silo-based organisation, is responsible for hindering the implementation of interdisciplinary work at a later stage. The professionals describe very rigid organisations where there is little room for interaction between different areas of knowledge. What's more, the very term interdisciplinarity is confused with the notion of multidisciplinary or multi-professionality.

This semantic confusion is also apparent in the recommendations guiding the implementation of an interdisciplinary teaching unit for health students and the organisation of placements in palliative care facilities.

Conclusion

In the light of our results, we recommend that priority should be given to learning how to work in inter-professional teams, as this is the first step towards learning interdisciplinarity as a secondary objective of professionalisation.

Key words: Interdisciplinarity - palliative care - learning - multi-professionality

COMMENT FAVORISER L'APPRENTISSAGE DU TRAVAIL EN INTERDISCIPLINARITÉ DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ AU COURS DU STAGE EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS ?

INTRODUCTION

Une nécessité d'apprendre à travailler ensemble

La pratique des soins palliatifs repose sur le travail en équipe multidisciplinaire et en interdisciplinarité. (1)

Dès 1993, dans les suites du rapport d'Henri Delbecque au ministre de la Santé, le champ des soins palliatifs apparaît comme un axe prioritaire de formation accompagnant le développement de la pratique soignante en la matière. C'est à travers le plan triennal 1999-2001 que l'enseignement des soins palliatifs fait son apparition dans les facultés de médecine et dans les instituts de formation en soins infirmiers. Délégué initialement aux structures de soins palliatifs et en particulier aux équipes mobiles, cet enseignement ayant initialement la forme d'un compagnonnage de terrain, prend alors une orientation plus universitaire. Il s'agit ainsi de « développer la formation des professionnels ». (2)

Les plans de développement ultérieurs des soins palliatifs vont décliner des actions de formations visant, par des formations multidisciplinaires et multi professionnelles, à améliorer les capacités des professionnels médicaux et para-médicaux à travailler ensemble. (3,4)

Le plan de développement des soins palliatifs 2015-2018 renforce encore cette volonté. (5)

Son axe II est dédié à la question de la formation. Un des objectifs proposés est de « former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs ».

Cet objectif se décline à travers 4 mesures dont la mesure 4 qui concerne directement la formation initiale des professionnels de santé :

Mesure n°4 : Renforcer les enseignements sur les soins palliatifs pour tous les professionnels

Action 4-1 : Faire travailler ensemble les professionnels autour des soins palliatifs : inciter à la création d'une unité d'enseignement interdisciplinaire entre étudiants en santé des différentes filières

Action 4-2 : Favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs

Action 4-3 : Inscire les formations aux soins palliatifs comme prioritaires dans les actions de développement professionnel continu de la fonction publique hospitalière et des professionnels de proximité

Action 4-4 : Fixer des objectifs de formation aux soins palliatifs pour les professionnels des établissements d'hébergement et services sociaux et médicosociaux

Le Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP), groupe de travail émanant de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) a mis en place une réflexion concernant la mise en œuvre de cet enseignement.

Un premier travail a consisté à identifier des axes de formation destinés aux internes effectuant un stage en structure de soins palliatifs et tenant compte des spécificités d'exercice de cette

discipline, exprimées à travers 4 compétences que sont : la compétence clinique, relationnelle, éthique et de coopération. Ces trois dernières compétences illustrent bien cette notion de travail en interaction des différents professionnels concernés. Néanmoins, le groupe évoque le fait que les équipes de soins palliatifs, bien que partie prenante dans des actions pédagogiques, n'ont pas toujours élaboré des actions formalisées. (6)

L'instruction interministérielle DGOS DGESIP relative à la mise en œuvre des actions 4-1 et 4-2 de l'axe II du plan a été émise le 10 mai 2017. Elle donne, à titre consultatif, 2 documents pouvant servir de support à la mise en place d'une part d'un enseignement interdisciplinaire entre étudiants en 2ème cycle des études médicales, étudiants en IFSI et étudiants en IMK (à partir de la 2^{ème} année) et d'autre part à la réalisation d'un stage d'au moins 5 jours dans une structure spécialisée en soins palliatifs pour ces mêmes étudiants. L'objectif de cette unité d'enseignement est de « faire travailler ensemble » tous les étudiants en santé au cours du cursus initial afin de « développer la culture de l'interprofessionnalité » et de leurs permettre par ce biais de « faire l'expérience de l'interdisciplinarité ». Le stage en structure a pour but quant à lui d'améliorer la compréhension de ce que sont les soins palliatifs et d'illustrer en pratique ces notions d'interprofessionnalité et disciplinarité.

Le document support concernant la réalisation du stage propose diverses modalités de formation dont une analyse réflexive de situations de soins en interprofessionnalité dans l'objectif « d'analyser collectivement et en interdisciplinarité au moins une situation rencontrée pendant le stage »

Ainsi, une enquête à l'initiative du CNEFUSP a été menée courant de l'été 2023 auprès des responsables universitaires de la formation spécifique transversale en médecine palliative sur les modalités de mise en place de cette circulaire dans leurs subdivisions. Sur les 34 subdivisions existantes, seuls 19 ont répondu à l'enquête et seules 10 subdivisions ont organisé

des stages en structures. Les répondants insistent quant à la lourdeur d'une telle organisation du fait de la taille des structures, du faible effectif encadrant, du nombre croissant d'étudiants et des difficultés à coordonner ces stages et cet enseignement entre les différentes filières. Les modalités de stage sont très variables tant en termes de durée qu'en terme d'organisation pratique. Il est à noter cependant que les répondants, tous médecins, évoquent essentiellement l'accueil en stage des étudiants en médecine, l'accueil des autres étudiants en santé n'étant abordé que dans 4 réponses, ce qui interroge sur la manière dont nous vivons, en tant que professionnels, ce « travailler » ensemble.¹

La mise en œuvre de cette circulaire qui se voulait souple du fait du grand nombre d'étudiants à former, de la lourdeur préexistante des programmes et du nombre d'effecteurs de formation contraint, relève donc encore d'expériences locales et n'a pas donné lieu à une action de formation uniforme sur le territoire.

Les objectifs de cette instruction constituent cependant un enjeu de formation majeur et un véritable levier pour le développement de la démarche palliative en milieu de soins. Force est de constater qu'il existe une confusion sémantique dans le discours des professionnels et aussi dans les documents constitutifs de cette instruction, confusion sémantique qui participe probablement à la difficulté de sa mise en œuvre.

Multidisciplinarité, transdisciplinarité et interdisciplinarité : une confusion sémantique néfaste

Les termes de multi, trans et interdisciplinarité, sont souvent confondus ou utilisés de manière indifférente.

Le terme discipline trouve son origine dans le latin, *discere* apprendre. Il s'agit donc de « l'ensemble des connaissances ou des compétences qui peuvent être enseignées et apprises. »

(7)

¹ Source CNEFUSP

JM Lassaunière, élargit la signification de ce terme en le renvoyant, outre les notions de connaissance et de compétence à la notion de « règles à suivre, de visée de réflexion du groupe et des valeurs ». (8) Cette visée représente la notion de travail collectif mais aussi de valeurs partagées créant le socle d'une identité professionnelle au sein d'une équipe.

Choi et Pak ont réalisé une revue de la littérature à propos de la portée de ces trois mots (9) :

- La multidisciplinarité correspond à la connaissance de différentes disciplines qui restent cantonnées les unes par rapport aux autres, il s'agit d'un système que nous pourrions qualifier de juxtaposition, de système « additif ».
- L'interdisciplinarité crée des liens entre les différentes disciplines et constitue un ensemble coordonné et cohérent, il s'agit d'un système « interactif ».
- La transdisciplinarité intègre les sciences dites humaines et sociales dans une démarche de dépassement des frontières habituelles entre les disciplines, il s'agit d'un système « holistique ».

Pour Jean Michel Lassaunière, l'interdisciplinarité « ne se réduit pas à la juxtaposition d'expertises objectivantes. Elle introduit l'intersubjectivité qui est la reconnaissance de la subjectivité de la personne malade et de tous les acteurs soignants dans ce qu'on appelle la rencontre soignante ». L'interdisciplinarité est donc une visée du soin dans la pratique des soins palliatifs permettant, sans exclure une certaine objectivation somme toute utile, de tenir compte de ce qu'est l'individu dans sa globalité. (8)

Si nous nous référons à Jacques Tardif qui définit une compétence comme « un savoir- agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de

ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations », le travail en interdisciplinarité peut se concevoir comme une compétence.(10)

Interdisciplinarité et interprofessionnalité Une confusion supplémentaire

A l'heure actuelle, si le travail en interdisciplinarité est une compétence au premier plan de la pratique des soins palliatifs, elle n'est toutefois pas spécifique de cette discipline et s'intègre dans d'autres disciplines. En ce sens, nous pouvons dire qu'elle est transversale.

Mais s'il existe au sein de la pratique du soin un certain « flou » autour de la notion de travail interdisciplinaire, celle-ci est également souvent confondue avec la notion de travail en interprofessionnalité.

L'interprofessionnalité est définie par D'Amour et Oandasan comme le « développement d'une pratique cohérente entre professionnels de différentes disciplines ». (11) Il s'agit, pour ces auteurs d'un processus réflexif et collaboratif, au sein d'un groupe de professionnels différents, permettant dans le domaine de la santé, par exemple, d'apporter une réponse optimale aux besoins des patients. Ceci repose sur un partage des connaissances et sur des interactions entre professionnels au sein d'organisations.

Un des enjeux de la formation des futurs professionnels de santé tel qu'annoncé dans l'instruction inter ministérielle est donc d'acquérir cette compétence du travail interdisciplinaire au cours du curriculum. Mais force est de constater qu'au cours du cursus initial des professionnels de santé, les apprentissages restent cantonnés par corps de métier, en silos entraînant, de fait, une pratique ultérieure elle aussi « étanche » entre les professionnels. La pratique de soins nous semble surtout multi-professionnelle et au mieux interprofessionnelle dans les équipes confrontées aux prises en charge complexes et à forte tension éthique comme celles de soins palliatifs. Elle ne semble pas intégrer cette notion d'interdisciplinarité.

Il convient donc de s'interroger sur les modalités d'apprentissage d'un « savoir travailler ensemble » en particulier au cours de stages en structures spécialisées, moment qui devrait par définition être propice à ce type d'apprentissage. Comment former en pratique, à l'interdisciplinarité lorsque nous n'en avons qu'une idée très théorique ?

A travers l'identification des leviers possibles mais également des freins à cet apprentissage nous proposerons des pistes afin d'optimiser l'encadrement des étudiants en santé au cours de leurs stages en unité de soins palliatifs pour répondre à la visée de l'instruction interministérielle de 2017 et développer ainsi cette compétence.

MÉTHODE ET POPULATION ETUDIÉE

Méthode

Nous avons conduit une étude qualitative, non interventionnelle, par focus group en entretien libre auprès de professionnels en exercice et d'étudiants en santé réalisant un stage au sein d'unités de soins palliatifs distinctes. Il s'agissait de décrire des pratiques professionnelles sans aucun recueil de données médicales des participants. Cette étude a donc été déclarée auprès du CIL du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. Le protocole de recherche a été soumis quant à lui au Comité d'Éthique de l'établissement qui a rendu un avis favorable à sa réalisation le 25 août 2023.

Population étudiée

La population interrogée regroupait des professionnels de santé, toutes professions confondues, exerçant en unité de soins palliatifs et les étudiants en santé y effectuant leurs stages pratiques,

et ne s'étant pas opposés à participer à ces focus group après avoir été informés des objectifs et modalités de l'étude.

Le recrutement des participants a été effectué sur la base du volontariat et par le biais d'un mail adressé aux chefs de service et aux cadres de santé. Nous avons choisi de réaliser 2 focus groups au sein de deux unités de soins palliatifs distinctes (Centre hospitalier régional de Metz-Thionville et CHU de Strasbourg). Le choix de ces deux unités a reposé sur l'homogénéité des équipes soignantes qui les composent en termes d'organisation, d'expérience, de dimensionnement, de représentativité professionnelle et d'accueil des étudiants en santé.

La composition des 2 groupes interrogés est détaillée dans le tableau 1.

Justification de la méthode

Cette recherche s'inscrivant dans l'étude des ressentis, des représentations et des perceptions, le choix d'une méthode qualitative s'imposait.

Le thème de cette recherche, à savoir le travail en équipe interdisciplinaire, nous a poussé à rechercher une méthode basée sur l'étude du discours mais en situation d'interprofessionnalité, dans une démarche interactive. Le focus group nous est donc apparu comme la méthode la plus adaptée.(12) Il s'agissait de recueillir les perceptions du groupe, avec ses convergences et ses éventuelles divergences, autour du thème du travail en équipe interdisciplinaire qui était annoncé en début d'entretien et sur la façon dont ces modalités de travail étaient transmises aux étudiants supervisés. Les interviewés étaient par la suite libres de s'exprimer et d'interagir de manière spontanée sur ce thème. L'animateur qui était aussi l'investigateur n'intervenait que sporadiquement pour faire préciser certaines réponses ou relancer les échanges.

Transcription et analyse

Les échanges, en présentiel et sur un temps dédié, ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique et retranscrits verbatim constituant le corpus des interviews.

Le corpus a, dans un second temps, été thématisé puis analysé.

RÉSULTATS

Les thèmes et verbatims sont colligés en annexe

Un exercice en silos, une interdisciplinarité absente

Lorsque l'on demande aux participants de décrire leur exercice professionnel et les modalités de travail en équipe, tant le terme interdisciplinarité que les modalités du travail interdisciplinaire à savoir un possible chevauchement dans l'action de soins, sont absents du discours. Un seul participant, médecin, évoque ce terme mais avec une certaine confusion avec l'interprofessionnalité (« travailler en interdisciplinarité, c'est se dire c'est pas le médecin qui décide, qui telle ou telle spécialité en santé doit aller voir le patient, pour moi, c'est tout le monde qui doit aller voir...chacun a sa spécificité, chacun a ses connaissances, chacun a son domaine de compétence »). Nous constatons que l'exercice reste limité dans le champ de compétence de chacun. Les échanges entre professionnels sont essentiellement des échanges d'informations autour des problématiques supposées spécifiques de l'autre professionnel (« on vient demander ... les attentes du médecin » « on va voir l'aide-soignante si ça concerne tout ce qui est nursing », « chacun a sa spécificité, chacun a ses connaissances, chacun a son domaine de compétence »).

Les objectifs de ces échanges sont unanimement d'ordre organisationnel. Il s'agit de « faciliter la prise en charge », de faire gagner du temps à l'autre, de se coordonner (« il y a les prémédications ») et de s'entraider (« elles profitent de bénéficier de mains supplémentaires »). En ce sens, les termes utilisés pour évoquer le travail en équipe, au quotidien, sont majoritairement liés à la notion de transmission unidirectionnelle des informations. On informe sans échanger, sans réellement communiquer (« je transmets... je retransmets », « je regarde les transmissions » « avoir des informations »). Le langage oral est un mode de transmission habituel dans les équipes mais tend à être supplanté par l'écrit via le dossier informatisé du patient permettant une plus grande diffusion des informations (« ça rend lisible en fait à l'ensemble des personnes qui souhaiteraient chercher une information et travailler en collaboration », « la traçabilité permet voilà de d'avoir une information accessible à tous. ») mais accentuant cet exercice en silos.

Le travail en équipes : des avantages ... et des inconvénients

Tous les participants saluent la plus-value à travailler en équipe, de par une optimisation de la prise en charge des patients (« ça permet d'être tout de suite beaucoup plus réactif sur la prise en charge », « nous permettre à nous, soignants, infirmières, un peu tout le monde, de mieux comprendre certaines attitudes du patient ») mais aussi de par l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Ils témoignent cependant aussi de tensions inhérentes à des conflits interpersonnels (« chacun a ses visions des choses ») ou encore à des conflits de valeur (« mais on a parfois des gros conflits de valeurs aussi » « C'est juste les visions de soins parfois qui sont différentes... quand on est sur le système de valeurs, on est entre l'individu et le professionnel, c'est un petit peu mélangé »).

Aucun des participants n'a exprimé le fait que l'équipe multi professionnelle pouvait dépasser une simple juxtaposition des compétences pour favoriser le travail en interdisciplinarité.

Les freins au travail en équipe

Les principaux freins identifiés par les professionnels interrogés dans les 2 groupes sont des freins organisationnels avec la rigidité du cadre et des règles institutionnelles (« le quotidien parfois qui fait qu'on est dans l'action et on a du mal parfois à, à travailler », « en course contre la montre toute la matinée pour nos soins », « on est un hôpital qui a des règles »). Parmi ces freins, le facteur temps est reconnu unanimement comme le premier obstacle à l'interrelation entre les différents soignants (« comme on n'est pas là très souvent...on a un peu la consigne de prioriser », « ça lui fait gagner du temps, moi ça m'en fait gagner », « Difficile de trouver les, les temps pour se parler »)

Le dimensionnement des équipes apparaît également pour le groupe 1 comme un facteur permettant de favoriser les échanges à travers une moindre dispersion de l'information (« une petite équipe comme ça aussi, c'est peut-être plus, plus facile de communiquer que s'il y a le double de personnes ») alors que pour une aide-soignante du groupe 2, une équipe restreinte favorise les tensions (« plus on est nombreux, plus il y a des caractères, plus il y a des façons de voir différentes donc forcément c'est pas toujours facile de s'adapter à chacune, enfin, à tout le monde et, et de de trouver un équilibre, en fait, la manière de travailler n'est pas toujours la même »)

Les leviers au travail en équipe

Le travail en équipe est favorisé par le respect de la parole de l'autre et par la confiance que les professionnels ont dans la pratique de l'autre (« l'importance dans, dans, le travail en interdisciplinarité, c'est la confiance qu'on doit se faire les uns les autres ...Confiance dans la compétence de l'autre, la confiance dans l'information de l'autre »).

La connaissance du rôle de chacun est un des facilitateurs à l'exercice en équipe (« connaître le rôle de de tout le monde. ...Comprendre les, les enjeux et les difficultés aussi que chaque discipline est amenée à vivre. Qui n'est pas forcément les mêmes pour tout le monde ») et celui-ci nécessite des aptitudes relationnelles fondées sur le respect et la bienveillance (« bienveillance entre collègues, entre chaque discipline » « respecter, le travail de chacun », « Et l'opinion de chacun », « c'est déjà se respecter »).

La notion de temps qui constitue un frein organisationnel apparaît aussi un facteur favorisant l'interdisciplinarité lorsque ce temps est mis en commun à l'occasion des réunions pluriprofessionnelles, des « staffs » ou encore des réunions de supervision (« en réunion de supervision, c'est, c'est plus agréable de se comprendre parce que chacun vient avec ses émotions et explique un peu ce qu'il a vécu et du coup, on peut entendre plus facilement une opinion différente »)

L'identification à la fois d'un temps d'échanges mais aussi les modalités pratiques de ces échanges, font de ces réunions des lieux propices à l'exercice de l'interdisciplinarité même si cette notion n'est pas identifiée comme telle et est confondue avec la notion de pluriprofessionnalité (« mettre sur la table des désaccords pour s'en expliquer, pour argumenter, c'est là où on va trouver un peu un, un consensus qui peut ne pas satisfaire forcément, mais qui sera quand même une ligne directrice », « la réunion pluridisciplinaire fait aussi que ça nous aide à mettre en, en commun, un peu les, les opinions de de tout le monde sur la prise en charge du patient. »).

L'apprentissage du travail en équipe

Le travail en silos précédemment décrit retentit sur la manière dont les encadrants envisagent la formation des étudiants lors des stages. Ainsi, cette organisation est retrouvée aussi dans la formation (« on s'en rend compte au fur et à mesure par rapport au fait qu'elles suivent toujours une infirmière. Elle suit toujours une AS (Aide-Soignante) et elle pose plein de questions »).

Ce modèle n'est cependant pas plébiscité par les étudiants eux-mêmes, qui sont à la recherche d'interactions avec des professionnels différents (« c'est pas forcément parce qu'on est AS qu'elles vont pas nous montrer certaines choses qui relèvent pas de nos compétences, mais pour qu'on sache aussi pourquoi elles font ça, comment elles le font »).

Il est à noter que les étudiants en soins infirmiers bénéficient de quelques jours de stage supervisés par des aides-soignantes avant de poursuivre leur formation (« il y a déjà plusieurs jours qui sont passés avec les aides-soignantes. Et puis une fois que les aides-soignantes ont validé la prise en charge de nursing par les élèves infirmières, elles nous disent, Bon bah c'est bon, c'est OK ») et que cette formation vise à l'acquisition de compétences communes et donc substituables entre ces professions, de compétences interdisciplinaires. De la même façon, les étudiants hospitaliers en médecine bénéficient d'un stage préalable en soins infirmiers dès la seconde année de leurs études dans le même but (« 3 semaines de stage dont une semaine avec les AS et 2 semaines avec les infirmières donc tous les étudiants en médecine passent par quand même une enfin par 3 semaines avec vos disciplines »). Une étudiante en médecine pointe le fait que ces formations sont progressives et consistent à valider des sortes de jalons au cours du cursus et qu'ainsi les étudiants en soins paramédicaux n'ont pas accès à une formation que l'on peut qualifier de médicale (« Mais aucun étudiant infirmier ne fait de stage d'externe avec les médecins alors que du coup, enfin, alors qu'ils seraient largement capables de le faire comme on est à moitié capable de faire celui d'infirmier »).

De nouveaux modèles de formation lors des stages en unité de soins palliatifs ont vu le jour ces dernières années visant essentiellement à faire expérimenter les différents métiers du soin par les stagiaires. Il s'agit de faire éprouver, en situation clinique, des activités non habituelles et plus spécifiques d'une autre profession que celle à laquelle se destine le stagiaire (« dans la peau de l'autre », « c'est vis ma vie » « fait mon job »). Ces modèles ont retenu l'attention des

interviewés des 2 groupes interrogés même si un seul groupe avait pu en faire l'expérience directement.

ANALYSE

La taille des équipes de soins palliatifs a été à plusieurs reprises évoquée tant comme un atout permettant de limiter les pertes d'informations que comme un désavantage car favorisant des conflits interpersonnels. A l'instar d'une « famille » pour certains, c'est le lieu de relations parfois difficiles où une adaptation constante à la pratique, la personnalité ou encore les habitudes de l'autre, est nécessaire.

Y. Couturier évoque le fait qu'une taille restreinte d'unité de soins participe à l'émergence d'une « micro-culture de travail » constituant une véritable philosophie de soin et ainsi créant des formes multiples d'interdisciplinarité. (13) Il n'y aurait donc pas un seul mais des modèles de travail en interdisciplinarité. Nous pouvons ainsi nous interroger sur les modalités du stage en unité de soins palliatifs, tels qu'il est défini par l'instruction interministérielle. Comment apprendre le travail en interdisciplinarité quand il n'existe pas de modèle uniforme ? Cette uniformisation est-elle seulement possible, souhaitable même si nous considérons une unité comme une micro-société réunissant des individus autour d'une culture commune du soin, avec ses règles, ses valeurs, ses pratiques ? Il est peut-être préférable voire nécessaire d'envisager que chaque unité puisse faire preuve de créativité pour proposer aux stagiaires une forme d'interdisciplinarité, en cohérence avec sa pratique de terrain mais sous tendue par cette philosophie de soins inhérente aux soins palliatifs.

En outre, comment apprendre l'interdisciplinarité lorsqu'il existe une telle confusion sémantique et des formations professionnelles en silos ?

En effet, nous avons constaté que la perception du travail en équipe interdisciplinaire est confondue avec la notion de multi professionnalité ou d'interprofessionnalité auprès des

personnes interrogées. Cette confusion et surtout cette hyperspécialisation des disciplines sont identifiées par Morin comme un des risques de l'organisation disciplinaire des connaissances scientifiques et peuvent être source d'isolement ce qui va à l'encontre du travail en équipe, et en interdisciplinarité, tels que les soins palliatifs les revendiquent. (14)

Nous avons mis en évidence une méconnaissance de ce qu'est le travail en interdisciplinarité à travers une revendication d'une expertise spécifique de chaque profession et une organisation rigide du système hospitalier où chacun a un rôle propre et le défend. Il convient donc de trouver, en réponse à ces organisations, des temps et des lieux dédiés à « des rapprochements disciplinaires » illustrant cette substitution partielle possible (15) et créant par là même un modèle d'apprentissage pour les étudiants. Les réunions pluriprofessionnelles qui ont vocation à faire vivre, outre la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité, sont des lieux privilégiés de cet apprentissage. L'immersion dans le métier de l'autre a été également saluée comme un moyen intéressant de faire découvrir aux étudiants en santé, au-delà des fonctions et missions de chaque professionnels constituant l'équipe de soins, l'intérêt d'une vision du patient à 360 degrés et la possibilité de superposer, de faire interagir les savoirs dans l'intérêt de celui-ci. Cette modalité de stage a été développée au sein de l'unité de soins palliatifs de Strasbourg auprès des étudiants hospitaliers en médecine. La première semaine de stage est ainsi réservée à des interactions directes avec chaque professionnel composant l'équipe. Cette expérimentation est en cours d'évaluation mais un premier groupe d'étudiants a déjà pu exprimer l'intérêt que la connaissance du métier de l'autre, de son savoir-faire et savoir être pouvait avoir sur leur pratique future. A travers leurs discours, émerge ce qui se rapproche de la notion d'interdisciplinarité avec le fait qu'ils ont appris non pas seulement les contours du travail de ces professionnels mais également un certain savoir qu'ils ont pu eux-mêmes exploiter dans la pratique médicale. L'équipe s'est elle aussi emparée de cette expérimentation pour montrer, avec une certaine fierté d'ailleurs, leur « cœur de métier ». S'ils montrent ce

qu'ils savent faire au chevet des malades, ils n'envisagent cependant pas que des étudiants d'autres professions, de surcroît des étudiants en médecine, puissent mettre en œuvre ce qui leur a été montré par un agent de service hospitalier ou une aide-soignante. Cette expérience de formation, très immersive est actuellement encore limitée aux étudiants en médecine mais nous pouvons imaginer qu'elle puisse être étendue aux étudiants en santé, toutes professions confondues, avec le même impact.

F. Policard a mis en évidence l'intérêt d'apprendre ensemble à travailler ensemble à travers l'exemple de la simulation de situations d'urgence, pour l'apprentissage de l'interprofessionnalité au sein d'équipes multi professionnelles. (16) La simulation pourrait peut-être être un moyen de travailler l'interdisciplinarité avec ce double objectif de former étudiants et professionnels en activité sur le même temps. La simulation, par le biais du débriefing permet en effet une réflexion individuelle mais aussi, concernant l'interprofessionnalité, collective, sur la pratique qui, et devrait ainsi favoriser l'interrelation des savoirs et par la même, l'apprentissage de l'interdisciplinarité. De plus, nous savons que l'expérience est un des leviers de l'apprentissage et dépasse le « simple » compagnonnage ou l'observation. Faire l'expérience d'une collaboration entre professionnels d'une même équipe, en y associant des étudiants, et réfléchir collectivement à une possible substitution des pratiques professionnelles dans des situations emblématiques de soins palliatifs pourrait être un des leviers de cet apprentissage. Il s'agit ici de passer d'une notion théorique, parfois galvaudée et fantasmée à une mise en pratique expérientielle.

Mais au-delà des aspects organisationnels de la formation, n'avons-nous pas brûlé les étapes en cherchant à faire de l'interdisciplinarité un objectif prioritaire de l'enseignement des soins palliatifs ? La pratique des soins palliatifs, du fait des champs disciplinaires qu'elle couvre est de fait interdisciplinaire mais cette caractéristique concerne d'autres disciplines médicales.

Comme compétence transversale l'interdisciplinarité devrait pouvoir être appréhendée par les étudiants tout au long de leurs cursus et ce, quel que soit le lieu de stage.

Nous avons pu constater la confusion sémantique dans le discours des professionnels mais aussi dans les termes utilisés dans l'instruction interministérielle concernant l'interdisciplinarité. Peut-être devons-nous revenir aux objectifs prioritaires de la formation à savoir « faire travailler ensemble au cours de leur formation tous les étudiants des formations en santé afin de développer la culture de l'interprofessionnalité et du travail en équipe en déployant un socle commun de formation » ? Passer de l'apprentissage de l'interdisciplinarité à celui de l'interprofessionnalité et du travail en équipe est probablement la première étape d'un parcours de professionnalisation qui se construira au-delà de la formation initiale. Les documents dits « support » de l'instruction interministérielle, bien que constituant des documents élaborés à titre consultatifs, priorisent « les analyses réflexives de situations de soins en interprofessionnalité » au cours des stages en structures de soins palliatifs en sous-entendant le fait que ces analyses se développeront à partir de situations complexes en particulier sur un plan éthique. Il ne s'agit pas dans notre propos de remettre en cause le bien-fondé de l'apprentissage de la démarche éthique appliquée aux soins et en particulier en situation palliative. Mais cet objectif semble un objectif tout autre qu'il convient d'atteindre par des méthodes pédagogiques adaptées. La pratique des soins palliatifs même si elle sous-entend une démarche éthique irréprochable, ne se résume pas à cela. Elle valorise avant tout un travail fondé sur l'échange, sur le respect, sur le croisement des regards soignants à travers des prismes propres à l'identité professionnelle de chacun. Il s'agit plutôt ici d'envisager de manière prioritaire, l'apprentissage du travail en équipe, au quotidien, et de l'éthique de la relation professionnelle, comme un levier à l'apprentissage ultérieur de l'interdisciplinarité.

BIAIS et LIMITES

Une des premières critiques de ce travail est le caractère non uniforme des groupes en termes de représentativité professionnelle et de taille ce qui crée un biais d'échantillonnage. Ce fait est lié au mode de recrutement des interviewés reposant sur le volontariat et à l'organisation temporelle des focus groupe définie par les médecins responsables et les cadres des services sollicités. Le thème de la recherche étant l'interdisciplinarité et les modalités du travail en équipe, nous avons pu cependant constater que les réponses dans le groupe « moins » multiprofessionnel n'étaient pas différentes de celles du groupe à la diversité professionnelle plus importante.

Certains interviewés, dans les 2 groupes connaissaient l'animateur ce qui a pu entraîner un biais de désirabilité.

CONCLUSION

Tous les ingrédients sont présents au sein des équipes de soins palliatifs pour permettre un « travailler ensemble » opérant dans l'intérêt des malades mais il reste à trouver le liant entre les compétences des uns et des autres, permettant de dépasser les frontières des professions et des disciplines. Aller sur le terrain d'exercice de l'autre nécessite une bonne connaissance des limites de son champ d'action mais aussi l'identification de zone de partage d'exercice voir de substitution. L'optimisation de l'exercice en équipe multi professionnelle, à travers des apprentissages communs, basés sur l'expérience, nous semble être une étape préalable à l'apprentissage de l'interdisciplinarité qui constitue un degré plus complexe de travail en équipe.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun soutien de quelque nature que ce soit

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
2. Développement de l'offre de soins palliatifs, dossier d'information, mars 1999, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale [Site Internet]. Consultable sur : http://www.sfap.org/system/files/dossier-presse_1erplan_ministere_sante_1999.pdf/ (accès le 15 septembre 2018)
3. Maisonneuve C. Plan soins palliatifs 2002-2005 : trois axes et un bilan (2006). Soins Gerontologie, Volume 11, N° 57, p. 7-8
4. Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012, Ministère de la Santé , Paris (2008) (Site Internet). Consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf/ (accès le 15 septembre 2018)
5. Plan National 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (Site Internet). Consultable sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf/ (accès le 15 septembre 2018)
6. Mallet D, Denis-Delpierre N, Gallé-Gaudin C, Hirsch G. (2013). Axes pédagogiques pour la formation des internes en médecine lors de stage en structures de soins palliatifs. *Pédagogie Médicale*. 14(4):285–96.
7. Alvargonzález D. (2011). Multidisciplinarity, Interdisciplinarity, Transdisciplinarity, and the Sciences. *International Studies in the Philosophy of Science*, 1;25(4):387–403.
8. Lassaunière JM. (2008). Interdisciplinarité et clinique du soin. *Médecine Palliative Soins Support – Accompagnement*, 7(4):181–5.
9. Choi BCK, Pak AWP. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*. 29(6):351–64.
10. Tardif J. L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement (2006). Chenelière Education.
11. D'amour D, Oandasan I. (2005) Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 19(sup1):8–20.
12. Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ?. *Bulletin de psychologie*, 57(3), 237-243.
13. Couturier, Y. (2009). Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires ? Distinctions

pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Recherches en soins infirmiers*, (2), 23-33.

14. Edgar Morin : sur l'interdisciplinarité (Site Internet). Consultable sur : <https://cirt-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php/> (accès le 28 décembre 2022)
15. Robin-Vinat, W., & Texier, G. (2018). Nous ne sommes pas des super-soignants: du principe de non-substitution à l'interdisciplinarité. *Médecine palliative*, 17(3), 167-172.
16. Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherches en soins infirmiers*, (2), 33-49.

Groupe 1		
Catégorie	Nombre	Expérience en soins palliatifs
Infirmière	1	8 ans
Aide-Soignante	1	7 ans
Kinésithérapeute	1	2 ans
Médecin	2	24 et 14 ans
Psychologue	1	23 ans
Aumônier	1	11 ans
Élève aide-soignante	1	NA
Secrétaire/ coordinatrice des bénévoles	1	15 ans
Groupe 2		
Catégorie	Nombre	Expérience en soins palliatifs
Infirmière	2	7 ans et 2 mois
Aide-Soignante	3	3 ans, 7 ans et 10 ans
Étudiants hospitaliers en médecine	2	NA

Tableau 1 : composition des groupes

Table 1: composition of group