

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine

Laboratoire d'Éthique Médicale

et Médecine Légale

Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 1 «RECHERCHE EN ÉTHIQUE»

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013-2014

TITRE DU MÉMOIRE

Formation et acculturation des soins palliatifs

Analyses d'entretiens

Présenté et soutenu par Paul-Julien VENTURINI

Directeur du mémoire : Professeur Marcel-Louis VIALARD

Sommaire

Résumé :	5
Mots-clés :	5
Introduction :	6
La formation des soignants aux soins palliatifs :	6
L'objectif de la diffusion d'une culture des soins palliatifs :	7
Contexte historique :	10
Tenter la définition d'une culture des soins palliatifs ?	13
Mettre en place la formation :	14
Appliquer:	16
Créer une équipe pédagogique :	16
Définir un contenu :	17
Des incidences de la formation :	17
Évaluer ou apprécier : un an après qu'en est-il de l'acculturation ?	19
Matériels et méthode :	21
Matériels :	21
Méthodes de recueils des données :	21
Composition des questionnaires :	22
Méthodes :	25
Techniques : Analyse par le Logiciel ALCESTE :	25
Deux corpus issus des entretiens :	26
Résultats :	28
Le corpus enseignants.	28
Le corpus étudiant :	31
Discussion :	35
Le corpus étudiant :	35
Le corpus enseignant :	36
Deux corpus, un sujet :	37
De la formation professionnelle en soins palliatifs :	38
La transmission d'une culture des soins palliatifs :	39
Conclusion :	41

Annexes :	42
Fiche diplôme :	42
Programme :	44
Bibliographie :	48

Remerciements :

A mon épouse, pour sa patience, son aide et son amour,

A Monsieur le Professeur Christian Hervé pour son accueil et ses conseils,

A Monsieur le Professeur Marcel-Louis Viallard pour ses encouragements,

A tous celles qui animent le Service de Formation Continue de l'Université di Corsica Pasquale Paoli

Résumé :

L'enquête réalisée à pour but d'apprécier l'acculturation des soins palliatifs par des soignants, infirmiers et médecins, ayant suivi le diplôme universitaire de soins palliatifs et d'accompagnement de l'Université de Corse. Cette formation rentre dans le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. Un an après, lors d'entretiens semi directifs, les enseignants sont invités à préciser les objectifs de la formation et les professionnels formés sont amenés à donner leur avis sur la formation passée, sa mise en œuvre et leurs perspectives. L'analyse de ces entretiens doit pouvoir révéler l'acquisition de techniques, de valeurs et d'une éthique propres aux soins palliatifs. La comparaison des thèmes extraits est réalisée par analyse statistique informatisée. Les résultats montrent que cet enseignement permet une dynamique d'acculturation des soins palliatifs pour les professionnels formés.

Mots-clés :

Soins palliatifs, formation, acculturation, diplôme d'Université, analyse d'entretiens.

Introduction :

Lors de la présentation à Ajaccio en 2010, du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012, à l'occasion du « tour de France des régions » afin d'adapter la politique nationale aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque région, le professeur Régis Aubry, coordinateur national, situe la formation des soignants comme un élément indispensable à une diffusion de la culture des soins palliatifs au sein des diverses structures de santé.

Nous avons voulu répondre à cette attente, en la matérialisant par la création d'une formation, le Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs et d'Accompagnement. Au-delà de l'action menée et de son résultat immédiat, il importe d'initier une réflexion pour apprécier si les professionnels formés ont été éclairés, et possèdent l'ensemble des traits distinctifs, intellectuels et matériels, sinon spirituels voire affectifs, qui seraient constitutifs d'une culture acquise. De ce fait, nous aurions rendu possible l'acculturation aux soins palliatifs.

La formation des soignants aux soins palliatifs :

Les possibilités passées de formations orientaient les candidats vers les Centres Hospitaliers Universitaires de Nice, Marseille ou Paris. Si ces formations ont donné pleinement satisfaction quant à leurs contenus, les contraintes imposées par l'éloignement rendent l'accès restreint, sachant que les temps de transports, les coûts, les incidences sur les activités professionnelles et les vies familiales sont des éléments dont nous devons tenir compte.

Grâce à l'impulsion générée par le programme, cette réflexion s'est amorcée autour des différents professionnels médecins et soignants publics et privés. C'est notamment avec les

Docteurs Abino et Nicolas de l'Unité de Soins Palliatifs et l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs EMSP du Centre Hospitalier d'Ajaccio et des professionnels du Centre Hospitalier de Bastia et des Cliniques, que nous entreprenons d'agréger autour de ce projet.

Ainsi avec mes confrères impliqués dans l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs et avec l'aide et le soutien de nos maitres et amis référents nationaux, nous avons proposé de créer cette formation, elle a pris la forme du Diplôme d'Université de Soins Palliatifs et d'Accompagnement au sein du Département de Formation Continue et de l'Institut Universitaire de Santé, de l'Université de Corse Pascal Paoli.

Il était guidé par les recommandations du Plan National, et reprenait le cadre défini par le Collège des Enseignants de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) dans sa version disponible en 2010, début de notre projet.

À la rentrée universitaire de 2012, quinze professionnels vont s'inscrire, tous exercent, soit en structures et souvent adressés par elles, soit en exercice libéral.

Le mode de contrôle des connaissances a été le contrôle continu avec le mémoire de fin d'étude, soutenu oralement.

Un an après, il convient d'apprécier l'apport de cette formation en soins palliatifs aux professionnels, et apprécier leur culture des soins palliatifs, objectif du programme national.

L'objectif de la diffusion d'une culture des soins palliatifs :

Le Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012¹ précise les axes privilégiés qui reposent pour une large part sur la mise en œuvre de campagnes d'information

ciblées auprès du grand public et le développement de la formation au bénéfice des personnels sanitaires et sociaux. Elle se base sur les actions de formations MOBIQUAL dans les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), les hôpitaux locaux ou les services de soins à domicile. Cela passe aussi par la diffusion de la culture palliative au moyen d'une grande campagne de communication à destination des professionnels et surtout du grand public.

Ce programme suit donc la création d'un ensemble législatif qui définissait déjà le caractère obligatoire de la réponse aux besoins de soins palliatifs par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et qui les inscrivait dans les schémas d'organisation sanitaire, et par la loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie qui précise les obligations en la matière pour les établissements de santé et les étend aux « établissements et services sociaux et médico-sociaux »².

Cette mission y est d'abord portée par l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs. Elles répondent en effet aux besoins des soignants confrontés à des situations de fin de vie compliquées. Les équipes contribuent à diffuser effectivement la culture palliative au sein des services et dans le cadre de la formation initiale et continue des personnels³.

Les lignes de force du mouvement des soins palliatifs sont résumées⁴ ainsi :

Ils constituent le « segment contestataire de la biomédecine moderne, le mouvement des soins palliatifs constitue actuellement un « paradigme global » de prise en charge du mourir, de la mort et du deuil, proposant simultanément une approche holistique du malade, un modèle d'organisation des soins, une éthique alternative et un projet politique dont l'ensemble fusionne en une synthèse inédite. »⁵. Il repère ainsi un cadre normatif de pratique structuré autour de 4 principes :

- Une approche globale ou holistique du patient qui porte une attention à tous les symptômes et qui tient compte de son environnement ;
- Une organisation spécifique du travail reposant sur l'hypothèse d'une expertise clinique partagée entre toutes les compétences mobilisables auprès du patient, y compris les bénévoles ;
- Une éthique alternative fondée sur la recherche d'une « relation vraie » avec le patient et proposant une alternative à l'acharnement thérapeutique comme à l'euthanasie sous la forme d'un accompagnement vers une mort naturelle, valorisant le temps requis par cet accompagnement comme un temps de vie utile ;
- Enfin un projet politique de non abandon des mourants.

De plus, la diffusion de la culture passe aussi par la formation professionnelle et l'enseignement, elle associe les obligations de formation professionnelle et s'engage dans le développement de la recherche appliquée pluridisciplinaire et de diffusion de savoir en construction permanente.⁶

Pour les futurs médecins, l'enseignement est inscrit au programme du deuxième cycle des études médicales, ainsi dans son article 5, la pratique des soins palliatifs requiert pour le médecin des qualités de communicant, de clinicien, de coopérateur, de membre d'équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité⁷.

La Médecine se veut un savoir scientifique qui repose sur l'apprentissage des sciences de l'organisme et des techniques thérapeutiques, en se fondant sur les aptitudes mnésiques et une conception abstraite du malade et de la médecine. Mais la confrontation à la souffrance et la maladie grave mobilise les émotions et les valeurs des praticiens, ce qui implique la prise en

considération du patient dans sa subjectivité. En 1994 dès le premier cycle des études médicales, il y fut donc adjoint un enseignement des sciences humaines et sociales capable de contribuer à renseigner le praticien. Ainsi ses capacités réflexives lui permettront de soigner, de guérir ou d'accompagner le patient et donc d'admettre la complémentarité entre ces deux aspects soins traduits par le *care* et le *cure* anglo-saxons⁸.

Ce même esprit anime le programme de la Licence en soins infirmiers pour l'enseignement des soins palliatifs et de l'éthique, notamment par Article R. 4311-2⁹, qui intègre la qualité technique et les qualités des relations avec le malade.

Ainsi les étudiants infirmiers rencontrent de façon théorique et pratique la connaissance des soins palliatifs, mais aussi leur application par une démarche éthique où le questionnement individuel, et/ou collectif au sein d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, peut constituer un nouveau paradigme¹⁰.

Contexte historique :

Il y a donc une apparente nécessité de revenir à une Médecine qui après l'avoir oublié, redonnerait autant sa place aux malades qu'à leurs maladies. Ces conceptions humanistes impliquent donc une prise en charge globale ou holistique¹¹. Il est rappelé dans le programme national de développement des soins palliatifs que la diffusion de cette culture doit s'effectuer aussi par la sensibilisation du grand public au moyen de campagnes de communication. De façon différente et complémentaire, le débat médiatique basé sur le traitement judiciaire et les conclusions juridiques ainsi que le débat citoyen avec ses avancées législatives, ont permis pendant ces trois dernières décennies de modifier fondamentalement la prise en charge du patient en une prise en soins se voulant attentive et globale.

Ce qui rappelle que la relation entre la médecine et son exercice dépend encore et toujours de la pensée dominante d'une époque. Ce changement apparaît ainsi après une période dite de la médecine triomphante où soigner implique enfin guérir. Cet optimisme ambiant, apparent néanmoins, semble issu de la constitution d'une discipline où l'organisation d'un savoir a prédominé depuis les premières décennies du XIXe siècle. Pour Michel Foucault ce sont les crises de la modernité associées à la modification de la spiritualité qui ont permis à la médecine et aux sciences du vivant de définir de nouvelles normes par la société et par l'État. C'est la période révolutionnaire qui invitât alors la Médecine et le corps médical à participer à un autre mode d'organisation¹². La prédominance des valeurs d'une époque est détaillée par Georges Canguilhem, pour qui les conceptions médicales dépendent dans leur transformation des idées de leur époque¹³. Ainsi elles se sont construites au XIXe siècle sous l'influence du positivisme, marquée par l'importance du progrès et de l'ordre, qui définit la norme, et donc la différence entre le normal et le pathologique. S'opposant à ce concept, le philosophe et médecin, Georges Canguilhem rappelle qu'en fait, c'est parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies¹⁴. La lutte contre la maladie et ses succès dès la fin du XIXe siècle, est aussi le produit d'un accroissement majeur de la connaissance scientifique et médicale. Puis lors de la deuxième moitié du XXe siècle, les applications technologiques à la médecine, permettront la réalisation des prémonitions, sinon des rêves parfois les plus fous. Cette ouverture du champ des possibles vers l'infini apparaîtra comme l'empire de la déraison, *hubris*, qui par les divers progrès de la médecine, dont la réanimation conduira à poursuivre le combat contre la maladie au-delà de l'entendement des limites de la vie et de la mort. Cet aspect rejoint la difficulté de définir la vie et la mort dans un affrontement de conception matérialistes ou vitalistes, « sinon quoi affirmer sans restriction identité de la

maladie et de la santé, alors qu'on ne le fait pas de la mort et de la vie, sur le rapport desquels on prétend calquer sur le rapport de la maladie et de la santé ? », affirme Claude Bernard¹⁵.

Pourtant issue des bouleversements de la fin du XVIIIe siècle, la médecine juste après cette période comme le rappelle Foucault, portera un regain d'intérêt, la vertu d'une pure attention au malade et à sa souffrance ; un « rapport immédiat à la souffrance et qui la soulage »¹⁶.

Alors la rencontre exceptionnelle de conditions à la fois scientifiques, politiques philosophiques et linguistiques, permettra au regard clinique de prendre véritablement naissance à l'intérieur de ces savoirs constituant la médecine. Michel Foucault dans sa recherche archéologique du savoir médical et de la naissance de la clinique, retrouve le terme « palliative » parmi les objectifs du « *médecin en formation qui devra déterminer un diagnostic, puis un pronostic et enfin proposer les indications de prises en charge vitale, curative ou palliative* »¹⁷, cela est inscrit au programme de formation des médecins de l'Ecole de Médecine de Paris à sa création en 1794, an III de la République.

De même, cette époque innovante introduira l'usage du dérivé de l'opium, la morphine. Sa prescription orale en fait un traitement à visée sédatrice et antalgique et dès 1819 elle est inscrite au registre des Hôpitaux de Paris. Son usage amélioré par l'injection intraveineuse grâce à la mise au point de l'aiguille creuse permettra une avancée notable des techniques chirurgicales pendant la deuxième moitié du XIXe siècle, mais le mésusage tant individuel que collectif, associé à une condamnation morale engendrera de fortes restrictions allant jusqu'à priver les patients requérant une analgésie¹⁸. Il n'est pas sûr qu'en 2014 l'usage raisonné soit enfin en adéquation avec des nécessités du patient.

Tenter la définition d'une culture des soins palliatifs ?

Puisque le terme de culture est évoqué, que pourrait être la culture des soins palliatifs ? Dans sa définition proposée par l'Unesco, dans son sens le plus large la culture est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent ici un groupe social. Elle englobe ainsi les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances¹⁹.

C'est donc une disposition, une manière d'être, acquise par la fréquentation de ce contenu²⁰, où l'activité de l'esprit a alors plus à voir avec un ordre des raisons qu'avec un ordre des matières, et la connaissance ne peut pas être seulement qu'une possession passagère.

La possession nouvelle de ces éléments constitue donc l'acculturation, c'est une dynamique qui ne peut être spontanée. Les modèles historiques rappellent aussi que la nature des contacts va bien sûr interférer selon qu'ils soient libres ou forcés et imposés, mais ici il s'agit d'une acculturation rationnellement orientée sur un projet explicite qui vise à une définition des étapes, des mécanismes et des effets d'acculturation²¹.

Les oppositions peuvent être multiples et diffuses, issues de la pesanteur classique à l'innovation, elles sont portées aussi par des valeurs et parfois les nuances qui séparent les concepts sont sources de tensions, la dignité de l'homme et celle de la vie, ou celle de sa vie.

Rappelons-nous que pour Kant, concepteur de la notion moderne de dignité humaine, c'est ce caractère d'insubstituabilité qui caractérise très précisément la personne humaine et permet de la distinguer de la chose : « ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité ». Mais cette conception de la dignité intrinsèque de l'être humain, quel qu'il soit et quel que soit son état, s'oppose donc radicalement à la

conception romaine de la *dignitas*, qui peut s'accorder ou se retirer en fonction de certains mérites, ou que l'individu estime pour lui-même.

Avec le risque que les notions philosophiques de « vies indignes d'être vécue » rencontrent insidieusement un courant utilitariste qui recycle les notions de « qualité de vie » en prônant « le devoir de mourir » lorsqu'on devient un fardeau pour sa famille et le système de santé²².

Les tensions apparaissent facilement dans l'espace entre le socle d'un bon sens commun et les conflits de valeurs, de croyances ou d'idéologies, souvent aux limites de l'hermétisme ? Elles rendent la réflexion des soignants, la communication, le débat, entre soignants autant qu'avec la famille fort difficiles, et parfois jusqu'au dérisoire face aux nécessités du patient.

C'est par l'enseignement que cette nouvelle génération de soignants accède effectivement aux fondamentaux de la culture du soin, maintenant elle doit intégrer un enseignement des soins palliatifs avec la mise en place de méthodes d'enseignement adapté, qui plus que jamais reste d'actualité²³.

Mettre en place la formation :

Former et/ou enseigner les soins palliatifs impose une pratique de l'accompagnement. Le fait et le terme ne sont pas sans ambiguïté, car il s'agit autant de l'accompagnement du patient que de l'accompagnement du soignant, dans sa formation autant que dans sa difficulté.

Ainsi l'enseignement au soignant, est autant du champ de l'éducation que de la formation, il est opérationnel, avec un cheminement à ses côtés, autant qu'un compagnonnage. Sa démarche est fondée par un retour réflexif sur l'expérience, l'explicitation. La construction de la connaissance d'un sujet réflexif qui comprend l'apprentissage de l'autonomie autant que de

la coopération, donc des exigences d'émancipation. La démarche de formation est ici un accompagnement autant qu'un tutorat basé sur le conseil.

Les éléments de ce savoir et leur acquisition constituent la base de la culture palliative, sa diffusion exige plus que la réforme des enseignements universitaires, de la Médecine ou des Soins Infirmiers, car ce savoir se fonde aussi sur un ensemble de soignants, formateurs, investis dans la transmission de la connaissance et les pratiques.

La dualité aujourd'hui présente entre les deux modes de soins, curatif et palliatif, devrait tendre à s'atténuer, sinon disparaître. Ce serait alors le début d'une logique de soins adaptés au patient, excluant une Médecine où la maladie importe parfois plus que le malade. La persistance la coexistence de ces deux médecines dans les pratiques soignantes pourrait apparaître aussi comme un syncrétisme²⁴ limité et plurimodal.

De plus l'acculturation pour les soignants, ne peut être effective si elle n'est qu'une pratique alternative, utilisée sur un mode dégradé. Cet état de fait existe et prédomine dans nombre de structures. S'il semble déjà peu apprécié par les soignants investis, il faut s'interroger plus encore sur le ressenti du patient et de ses proches, face à ce qui est encore pensé comme un écartement, témoin d'un désintérêt possible face à un destin proche et funeste. Même si ce n'est peut-être plus l'abandon, ce n'est pas encore l'accompagnement.

Aussi d'autres concepts peuvent renseigner, l'inculturation²⁵, terme issu du langage ecclésiastique, paraît intéressant par la cohabitation entre fusion de l'esprit et respect de la forme, et pour paraphraser, le message doit s'enraciner dans les cultures humaines et il doit aussi transformer ces cultures. En ce sens nous pouvons dire que la diffusion des soins palliatifs peut être un instrument d'inculturation. De plus, par le respect mutuel, ici intrinsèque, il porte des valeurs de solidarité²⁶.

Appliquer:

Créer une équipe pédagogique :

Notre vécu est celui d'une opération complexe menée par des femmes et des hommes, des professionnels, qui souvent ne se connaissant pas, mais se reconnaissant toujours.

Le partage de valeurs fortes a donc permis de nous réunir, malgré les contraintes géographiques ou de temps. Il y avait beaucoup d'attente, presque de l'impatience, aussi avons-nous du faire avec nombre de contraintes, mais autant que nous ayons su percevoir les besoins, les aides demandées ne nous ont pas manquées.

Un certains nombres de référents nationaux ont été contactés. Les Professeurs Marilène FILBET, Alain de BROCA, les Docteurs Michèle LEVY-SOUSSAN, Catherine et Jean-François CIAIS, ont répondu positivement. Localement, ceux qui avaient créé les soins palliatifs en Corse ont bien sûr contribué comme les Docteurs Jean-François ABINO, Daniel NICOLAS, s'y s'ont adjoint aussi des gériatres initiés aux soins palliatifs comme les Docteur Claude BAYARD, Jean-Paul BRIEZE et moi-même, les psychologues intervenant en structures, Mesdames Marguerite RISTORI, Anne ORENGA et Monsieur Jean-Pierre PARROCCHETTI, une juriste, Maître PEYREMOND et une infirmière cadre de Santé, madame VECCHIOLI, un philosophe universitaire Monsieur Francis PALLENTI.

La proposition de formation a reçu une approbation immédiate des instances universitaires et le soutien de la Collectivité Territoriale de Corse au titre des actions de promotions sociales.

Les cours étaient dispensés tous les vendredis dans les locaux de la Formation Continue à l'Université de Corse Pascal Paoli, à Corte, en plein centre de l'île. Le présentisme était évalué et pris en considération pour le suivi de l'étudiant, un stage d'une semaine était imposé en structure, un mémoire de fin d'études devait être soutenu oralement.

Définir un contenu :

Le programme reprenait les items du programme établi par le Collège des Enseignants en Soins Palliatifs et la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

Sans doute, il y a eu quelques libertés prises par les enseignants, mais les étudiants étaient aussi très en demande et n'ont pas hésité à questionner les enseignants bien au-delà des thèmes définis, et ceux-ci ont bien sûr, répondu à leurs demandes.

Les actions des intervenants étaient organisées par journées thématiques, sauf pour les intervenants résidants à proximité, les repas étaient pris en commun et ainsi ils ne rompaient la possibilité d'échanges.

Malgré les contraintes logistiques, les enseignements ont été mis en place, sans trop de difficulté. Les étudiants ont rencontrés des difficultés diverses la plupart en relation avec le temps inhérent à la réalisation du mémoire.

Pour les enseignants, la difficulté a résidé dans la limitation du nombre de réunions de travail, car si géographiquement une île n'est pas un continent, la Corse avec les difficultés de déplacement finit par y ressembler. Mais la communication est restée étroite entre les intervenants extérieurs et les responsables locaux.

Des incidences de la formation :

Les attentes devaient correspondre au programme de développement de soins palliatifs autant qu'au cadre du programme du diplôme universitaire défini par la SFAP et la formation de quinze étudiants venant d'horizon professionnels différents. Trois médecins, exerçant partiellement en structure, équipe mobile, hospitalisation à domicile, soins de longue durée, douze infirmiers, trois en exercice libéral, une cadre de santé en clinique, deux en unité de

soins palliatifs, trois infirmières hospitalières de service avec lits identifiés, un infirmier de clinique avec lits identifiés, une infirmière en hospitalisation de jour et une en équipe mobile.

Les buts seconds, mais essentiels, étaient aussi d'obtenir la création de liens, entre enseignants, locaux et référents, entre étudiants et enseignants, tant locaux que référents et entre étudiants eux-mêmes. L'objectif était d'aboutir schématiquement un réseau avec un axe horizontal et un axe vertical.

Mais aussi s'est introduite l'obligation de parfaire, car expliquer c'est comprendre, donc réapprendre pour tendre vers la maîtrise du sujet, nécessaire à la transmission réussie de son contenu, donc vers une bonne réponse à la réception de ces connaissances. Reprenant ainsi le paradoxe de l'enseignant qui est toujours l'élève de son élève puisqu'à travers la relation c'est toujours lui qui en apprend plus²⁷. Peut-être apprendre est autant un mode d'appréhension que d'appropriation par son étymologie *apprehendere*, il renvoie bien la prise de possession comme rappelle Heidegger, à strictement parler « nous ne pouvons pas apprendre une chose, et seulement l'usage de la chose », alors enseigner et rien d'autre que cette assistance offerte par le maître à son élève pour qu'il découvre, ou plutôt recouvre ce qu'il porte en lui. Si enseigner c'est donner, offrir, en effet ce qui est offert dans l'enseignement n'est pas ce qui peut être appris²⁸. « Celui qui a un savoir, c'est celui qui a le plus besoin d'apprendre, parce qu'il a fini d'apprendre, savoir signifie en effet : pouvoir apprendre »²⁹. En cela nous demeurons finalement à un degré premier où tous, maîtres, compagnons, sommes toujours des apprentis.

Évaluer ou apprécier : un an après qu'en est-il de l'acculturation ?

Sur les quinze étudiants, quatorze se sont présentés, un n'a pas pu, terminer son mémoire pour des raisons personnelles et a été contraint de renoncer.

Les soutenances se sont déroulées avec les tensions inhérentes à cette obligation, les travaux n'ont pas tous eu la rigueur escomptée, mais l'âge des participants, leurs obligations familiales ou professionnelles, font partie des circonstances évoquées ayant pu contrarier leur disponibilité. Le travail basé sur des entretiens semble aussi avoir gêné la créativité des étudiants.

Quatorze furent reçus, après des appréciations réservées sur certains travaux, néanmoins aucun ne nous est apparu hors de la logique de soins palliatifs.

Il n'a pas été souhaité de procéder à l'évaluation « à chaud » du Diplôme d'Université de Soins Palliatifs et d'accompagnement, comme cela est parfois réalisé à la Formation Continue.

Comme le suggère le Haut Conseil de la Santé Publique, il semble plus pertinent que l'évaluation puisse consister en des retours d'expérience qui pourraient être faits sous la forme de focus groups avec des membres d'équipes mobiles d'une part, des professionnels « prescripteurs » d'autre part³⁰.

Car le but affirmé de l'évaluation dépasse le simple constat d'une situation pour être envisagé comme un facteur de progrès dans le dessein d'améliorer les dispositifs pédagogiques et l'apprentissage grâce au dialogue entre les équipes de formation et les étudiants. D'une évaluation sommative, l'Université passe à une évaluation formative. L'appréciation des apprenants n'est plus l'élément unique de référence mais ils doivent néanmoins être associés à

la mise en place du dispositif. Par l'analyse des critères de qualité d'une évaluation et des objets qu'elle est susceptible d'appréhender, il met en exergue l'intérêt d'une telle méthode même si aucun système existant ne permet, isolément, d'appréhender toutes les facettes des actions didactiques³¹.

Aussi l'évaluation ne se limite pas à la mesure, elle n'est pas fondamentalement définie par des instruments mais fonctionne comme un processus doté de régulations complexes et vouée à l'interactivité de ses partenaires. Aucun modèle est définitif, chaque approche peut être revisitée ou contestée : l'amélioration de l'évaluation est à ce prix³².

Cela étant, cette formation s'inscrivait dans un but de diffusion des pratiques et de la culture des soins palliatifs, peut-être convenait-il de ne s'enquérir uniquement de « ce qui restait quand on a tout oublié »³³.

Pour apprécier et évaluer l'appropriation de cette culture, nous avons réalisé ainsi quinze entretiens parmi les professionnels formés et six entretiens parmi les enseignants. Ainsi ces deux écoutes nous offrent un recueil d'avis complexes qui pourront permettre d'estimer si les acquis des premiers correspondent aux objectifs des seconds.

Cela nous permettra d'estimer si cette acculturation correspond aux objectifs des promoteurs ?

Matériels et méthode :

Matériels :

Méthodes de recueils des données :

Quinze entretiens ont réalisés auprès des professionnels formés et six entretiens auprès des enseignants.

Pour les professionnels formés, il s'agit de la totalité du groupe.

Il se compose de :

Trois médecins, femmes, travaillant en structure, une en Unité de Soins de Longue Durée, une se partage entre Equipe Mobile de Soins Palliatifs et cabinet libéral, une se partage entre Hospitalisation à Domicile et Soins de Suite et Réadaptation.

Douze infirmiers, une femme cadre de Santé en structure privée, un infirmier libéral en milieu urbain et deux infirmières libérales en milieu rural, quatre infirmières et un infirmier en Centre Hospitalier ou médico-social, deux infirmière et un infirmier en structure privée.

Pour les enseignants, les six retenus pour l'enquête sont soit référents nationaux, soit référents locaux. Tous sont ou ont été, en responsabilité de structure de soins palliatifs et participant à la session 2013-2014, ils sont cités ci-dessus.

Les entretiens n'ont pu être tous réalisés directement, ils ont été alors soit effectués par visioconférence type Skype, soit téléphoniquement.

Il s'agit d'entretiens semi-directifs³⁴ différents pour les deux groupes dont les étapes ont été prédéfinies, ne laissant que la possibilité de reformuler ou d'expliquer la question. Un court temps de discussion est utilisé avant de débiter l'entretien.

Composition des questionnaires :

Description de la préparation aux entretiens avec les soignants, avec la collaboration de Jean-Pierre Parrocchetti, Docteur en Psychologie Sociale et enseignant :

« Il convient donc de reprendre contact avec un nombre suffisant d'étudiants de la promotion du début Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie de l'année universitaire 2012-13 et de proposer des entretiens semi directifs.

Le contact avec les anciens étudiants se fait en présentant cette action comme un travail nécessitant leur aide. Il devrait être réalisé hors du lieu de travail de manière à obtenir des informations spontanées, en face à face, de façon dégradée par visioconférence, voire par téléphone.

Il convient d'éviter que cela apparaisse comme une nouvelle évaluation de leur travail, l'axe de présentation possible sera la volonté d'améliorer la formation des soignants en recherchant la mise en évidence de thèmes ou de pratiques à proposer soit dans les prochaines sessions du Diplôme Universitaire soit dans le cadre d'actions de formations continues beaucoup plus limitées.

Il est signifié que l'entretien est enregistré et soumis à toutes les garanties de confidentialité.

« En aucun cas les éléments recueillis ne pourront être transmis à un tiers sans le consentement de la personne interrogée ».

Après les présentations d'usage, l'entretien devra se dérouler pour tous de la façon la plus proche possible des étapes définies.

Pour les deux groupes, le but est de laisser chaque personne auditée, la plus libre de façon à savoir ce que pensent les membres de cette collectivité sociale, leurs « mentalités », c'est-à-

dire l'ensemble des traits distinctifs, intellectuels et matériels, sinon spirituels voire affectifs, qui seraient constitutifs de leur culture.

Pour les professionnels formés :

L'entretien est construit en six étapes :

Première étape : « Comment s'est passée cette année à Corte ? ».

Deuxième étape : « Qu'avez-vous ramené de cette année à Corte ? »

Troisième étape : « En ce moment comment ça se passe ? »

Quatrième étape : « Et avant vous les preniez en charge comment ? »

Cinquième étape : « Que pourriez-vous faire de mieux ? »

Sixième étape : « Rien à rajouter ? »

Les six questions ont pour thème d'abord la formation aux soins palliatifs, sans cibler d'éléments précis, les retours en arrière progressifs pour les étapes un et deux, puis une description de ce qui caractérise les activités actuelles et passées, pour les étapes trois et quatre, enfin la prospective et l'amélioration pour les étapes cinq et six. La liberté laissée pendant les entretiens autorise une répartition différente avec des anticipations qui rendent incertaine une répartition stricte par étapes.

Les étapes ouvrent un espace très large et le professionnel formé doit s'installer dans une attitude réflexive. Il est attendu que les étapes feront le lien entre la formation, en tant que choix motivé, et son application grâce à la maîtrise des pratiques et l'appropriation de la démarche qu'illustre la prospective.

Alors si les personnels formés ont été éclairés, ils se caractérisent par la possession d'un ensemble des traits distinctifs, intellectuels et matériels, sinon spirituels voire affectifs, qui

seraient constitutifs d'une culture acquise, et donc la formation aura rendu possible l'acculturation aux soins palliatifs. Ce qui devrait y être mis en évidence au sein du corpus des quinze entretiens.

Huit entretiens se sont déroulés en visuel direct, deux par skype, et cinq par téléphone.

Pour les enseignants :

L'entretien est construit en quatre étapes :

Première étape : « Comment s'était passée cette session de formation à Corte ? »

Deuxième étape : « Quels étaient ou sont, les objectifs de la formation ? »

Troisième étape : « Un an après, à quoi correspondrait l'acculturation ? »

Quatrième étape : « Rien à rajouter ? »

Pour les enseignants les questions sont larges, une est ciblée sur l'acculturation, mais en tant que définition et non comme objectif affirmé. Les propos doivent exprimer leurs attentes quant à l'appropriation des connaissances qu'ils enseignent, mais compte tenu de leurs responsabilités dans la pratique des soins palliatifs, ils transmettent plus qu'une technique, mais un ensemble plus riche. Leurs objectifs doivent correspondre aussi à la transmission d'une culture, sinon de l'assise qui en permet la fondation.

Quatre entretiens se sont déroulés en visuel direct, un par Skype, et un par téléphone. Aucune demande d'entretien refusée.

Méthodes :

Pour les deux groupes, la forme des questions est simple et est du domaine du langage parlé. Le but est de créer un cadre permettant un tour d'horizon où l'interlocuteur reste libre.

Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits par dictée après écoute avec le logiciel de reconnaissance vocale Dragon.

Les entretiens de chacun de deux groupes ont été réunis en deux corpus distincts, totalisant 4794 mots pour les enseignants soit 23 Ko, et 10390 mots pour les professionnels formés, soit 39 Ko.

Les entretiens ont été effectués entre le 24 avril et le 27 mai 2014.

Techniques : Analyse par le Logiciel ALCESTE :

Le choix d'un traitement par logiciel permet d'accepter l'étude de corpus importants, dans l'hypothèse d'entretiens longs. Cela était important et permet d'éliminer la subjectivité d'une analyse de texte par analyse syntaxique et lexicale classique. Le fait que l'investigateur soit aussi le responsable de la formation, donc de l'action à évaluer, est déjà un risque de subjectivité suffisamment important.

Le choix du logiciel ALCESTE est le fruit d'une revue de littérature, ainsi que de critères pratiques, économiques et didactiques. L'ensemble de ces éléments orientent vers son adoption. Des raisons indépendantes de la volonté de l'investigateur font que le traitement des informations est finalement confié à la société Image exploitante du logiciel.

L'Analyse de Données Textuelles ou statistique textuelle est la méthodologie qui vise à découvrir l'information essentielle contenue dans un texte. Le logiciel ALCESTE permet d'effectuer de manière automatique l'analyse d'entretiens et de questions ouvertes.

L'objectif est de quantifier un texte pour en extraire les structures signifiantes les plus fortes. Les structures sont étroitement liées à la distribution des mots dans un texte et que cette distribution se fait rarement au hasard. Décrire, classer, assimiler, synthétiser automatiquement un texte, tel est l'intérêt présent du logiciel ALCESTE. En Sociopsychologie, il est utilisé pour l'analyse de contenus d'entretiens semi-directifs.

Une analyse du contenu permet de dégager la thématique puis de formuler des hypothèses, voire des interprétations, donc de donner du sens à l'ensemble des matériaux recueillis de découvrir d'autres significations possibles, non perceptibles immédiatement. En somme ce sont des informations de « second degré ». Autrement dit, la communication d'un message ne coïnciderait pas exactement, ni uniquement, avec son expression linguistique.

En d'autres mots, dans la compréhension du fait que les exigences sémantiques de la représentation sont indissociables des exigences pragmatiques de la communication, la redondance exprime le collectif, le lien social³⁵.

Chaque monde lexical sera saisi à l'aide d'une liste de formes ordonnées par χ^2 décroissant (en fonction de la significativité de la présence de la forme dans la classe). La liste est limitée uniquement par les impératifs rédactionnels. Elle doit être lue et « interprétée » comme une série associative³⁶.

Deux corpus issus des entretiens :

Les entretiens sont réunis en deux corpus, un pour les enseignants, un pour les professionnels. Les textes des entretiens sont réunis en groupe homogène sans individualisation, ainsi chacun est considéré comme unique.

Pour les professionnels formés, comme la composition pluri-professionnelle de la formation est en correspondance directe avec le mode d'exercice attendu propre aux soins palliatifs.

Plutôt que de découper par profession, mode d'exercice, lieu d'exercice, voire évolution de carrière, nous avons souhaité rechercher une union des discours, tel un unisson de chorale plutôt qu'une polyphonie complexe.

Pour les enseignants, le principe est aussi d'unir les discours. Car même si chacun avait un thème bien précis à traiter, les échanges pendant les cours grâce à un temps d'interactivité notable sortaient aussi du thème traité, mais ils répondaient soit à des interrogations générales, soit à des pratiques rencontrées par les soignants.

Pendant les cours et en dehors lors des repas pris en commun, les échanges ont été d'une grande diversité, ainsi il ne faut peut-être pas découper par discours individuel mais amalgamer dans un corpus collectif, ou finalement chaque enseignant apportait et porterait le tout.

Résultats :

Le corpus enseignants.

Quatre classes sont distinguées :

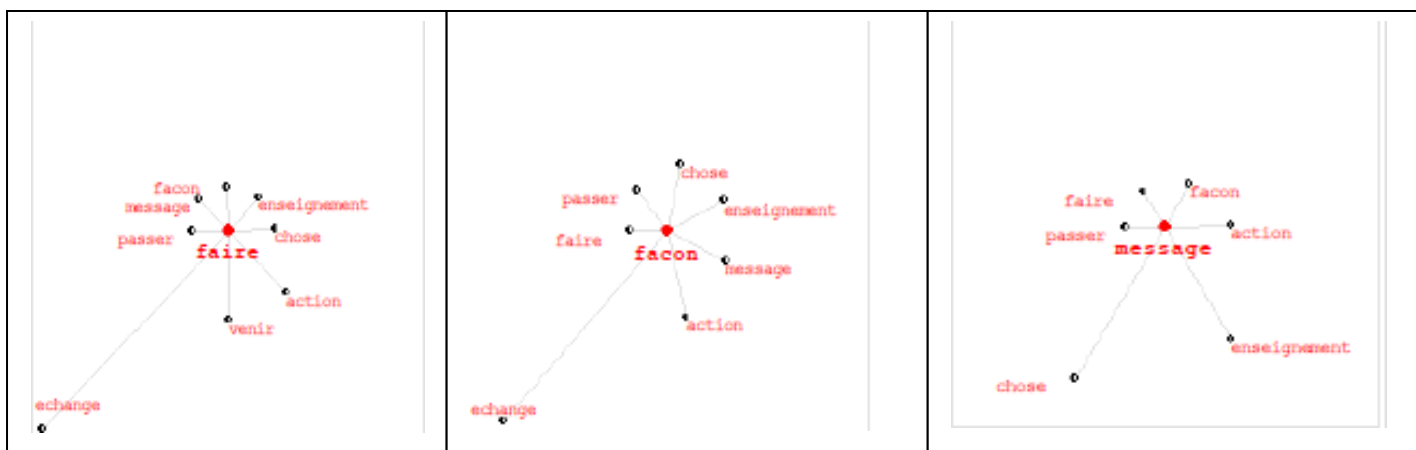
Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncés significatifs ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 31% des unités textuelles classées (soit 31% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *faire, façon, message, chose, passer, échange*. Ensuite se démarque la classe 2 qui représente 26% des unités textuelles classées (soit 26% du corpus initial) ses mots significatifs sont *intéresser, voir, question, dire, jeune, fait*. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 16% des unités textuelles classées (soit 16% du corpus initial) ses mots significatifs sont *soigner, clinique, situation, traiter, douleur, symptôme*. Puis de la classe 4 qui représente 27% des unités textuelles classées (soit 24% du corpus initial) marquée par les mots *soin, palliative, décision, gens, vraiment, infirme*. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

Classe 1 :

Cette classe est formée de 31 unités, soit 31% des unités classées. Les Verbes tels que faire, aller, passer, venir, réfléchir, et les Verbes modaux tels que pouvoir, vouloir, dire, devoir, savoir, sont les catégories de mots sur-représentées.

Mots significatifs : *Faire, façon, message, chose, passer, échange, venir, action, responsa, réfléchir, enseigner, étudiant, pratique, aller, formation.*

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *faire façon message.*

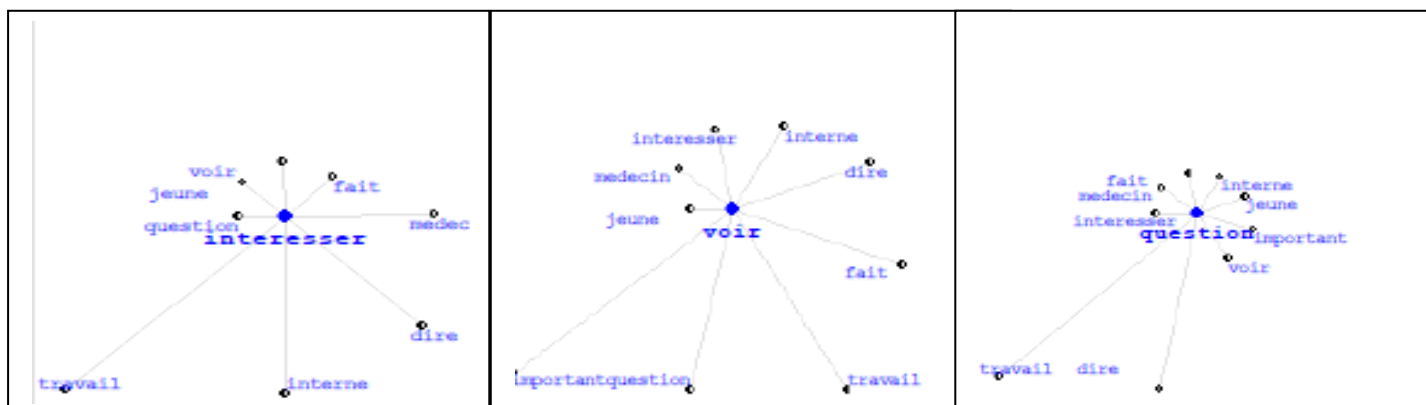


Classe n°2 :

Cette classe est formée de 26 unités, soit 26% des unités classées. Les Marqueurs de la personne tels que *ils, je, il, se, leur*, et les autres mots analysés tels que *fait, médecin, jeune, travail, important*, sont les catégories de mots sur-représentées.

Mots significatifs : *Intéresse, voir, question, dire, jeune, fait, important, médecin, travail, sens, général, essayer, partir.*

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *Intéresser, voir, question.*

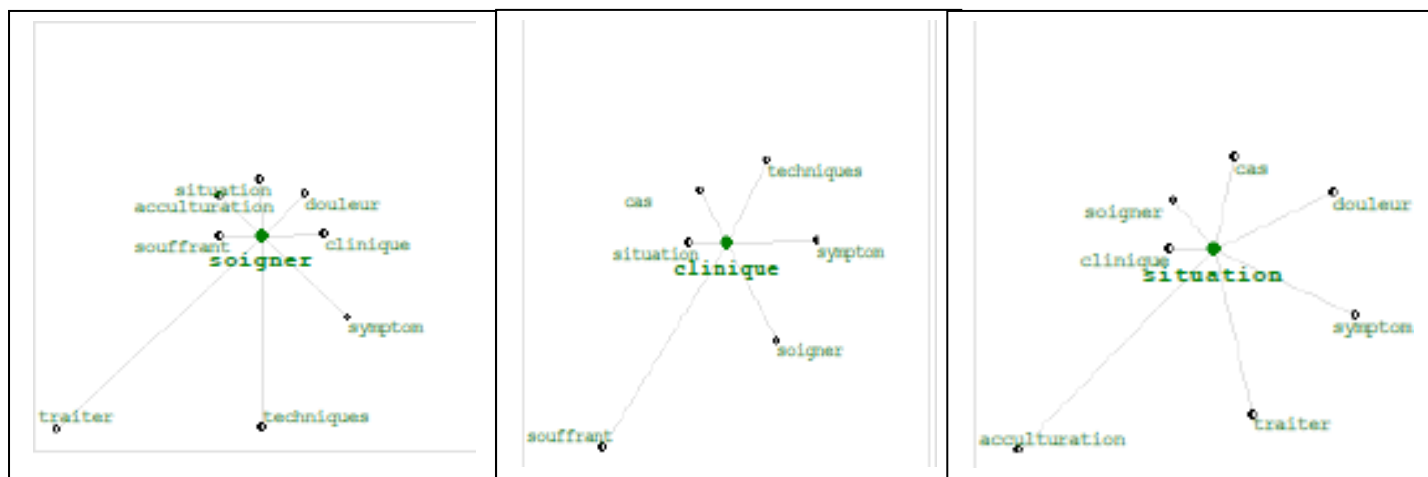


Classe n°3 :

Cette classe est constituée de 16 unités, soit 16% des unités classées. Les Noms tels que *soin*, *clinique*, *situation*, *douleur*, *impression*, et les mots outils non classés tels que *avec*, sont les catégories de mots les plus spécifiques.

Mots significatifs : *Soigner*, *clinique*, *situation*, *traiter*, *douleur*, *symptom*, *accultura*, *cas*, *souffrant*, *technique*, *malade*, *impressio*, *medica*, *niveau*, *médecin*, *premier*, *presentat*, *éthique*, *professio*

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *Soigner*, *clinique*, *situation*.

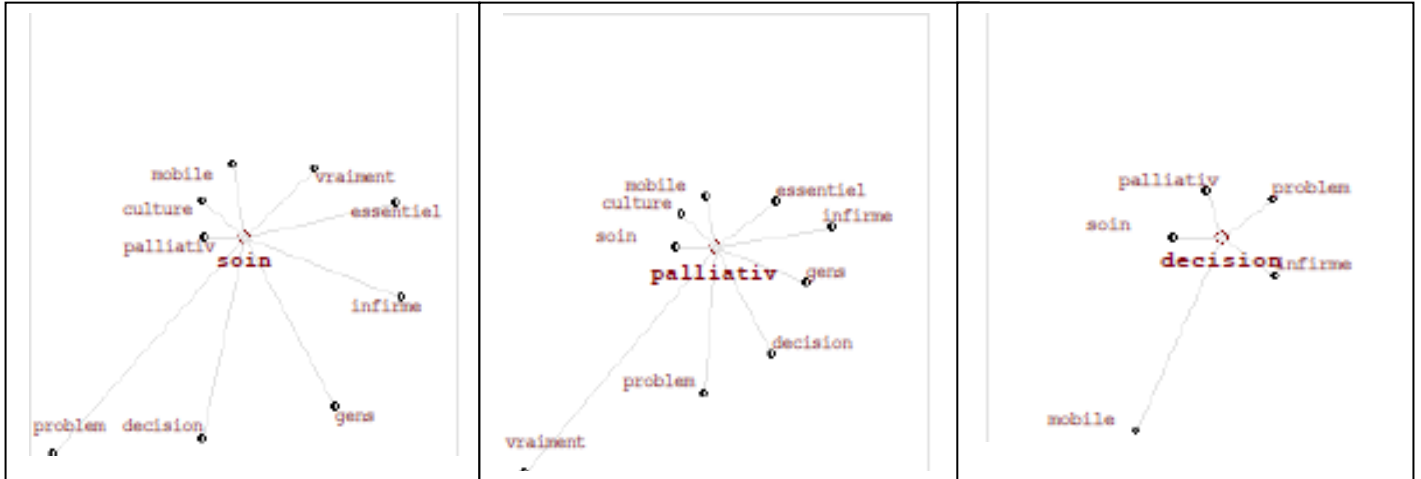


Classe n°4 :

Cette classe est constituée de 24 unités, soit 27% des unités classées. Les Adverbes en "ment" tels que *vraiment*, *notamment*, et les Noms tels que *soin*, *culture*, *gens*, *équipe*, *enseignement*, sont les catégories de mots sur-représentées.

Mots significatifs : *soin*, *Palliativ*, *décision*, *gens*, *vraiment*, *infirmes*, *mobile*, *problème*, *essentiel*, *culture*, *prendre*, *prise*, *équipe*, *patient*, *global*, *structure*, *compte*, *parler*.

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *Soin, palliative, décision.*



Le corpus étudiant :

Les unités classées sont réparties en 4 groupes que nous appelons classes d'énoncées significatives ou tout simplement classes. Chaque classe est numérotée et coloriée suivant l'ordre d'apparition dans la classification, puis schématisée par des petites pastilles et réunies dans un graphique nommé rectangle des spécificités, indiquant la taille et l'importance de chacune des classes. Le rectangle des spécificités nous indique que la classe 1 est la plus spécifique, c'est la première à s'être démarquée dans l'arbre de classification, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 17% des unités textuelles classées (soit 17% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *apprendre, dire, cadre, rester, appeler, penser*. Ensuite se démarque la classe 2, elle représente 42% des unités textuelles classées (soit 42% du corpus initial) ses mots significatifs sont *pratique, vrai, trouver, universit, diplôme, année*. Elle est suivie de la classe 3 qui représente 21% des unités textuelles classées (soit 20% du corpus initial) ses mots significatifs sont *médecin, vie, répondre, generalis, accompagner, soin*. Puis de la classe 4 qui représente 20% des unités textuelles classées (soit 19% du corpus

initial) marquée par les mots *charge, prise, malade, notamment, servir, soigner*. La lecture détaillée de ce rapport permet de mettre en évidence les lignes directrices du corpus analysé.

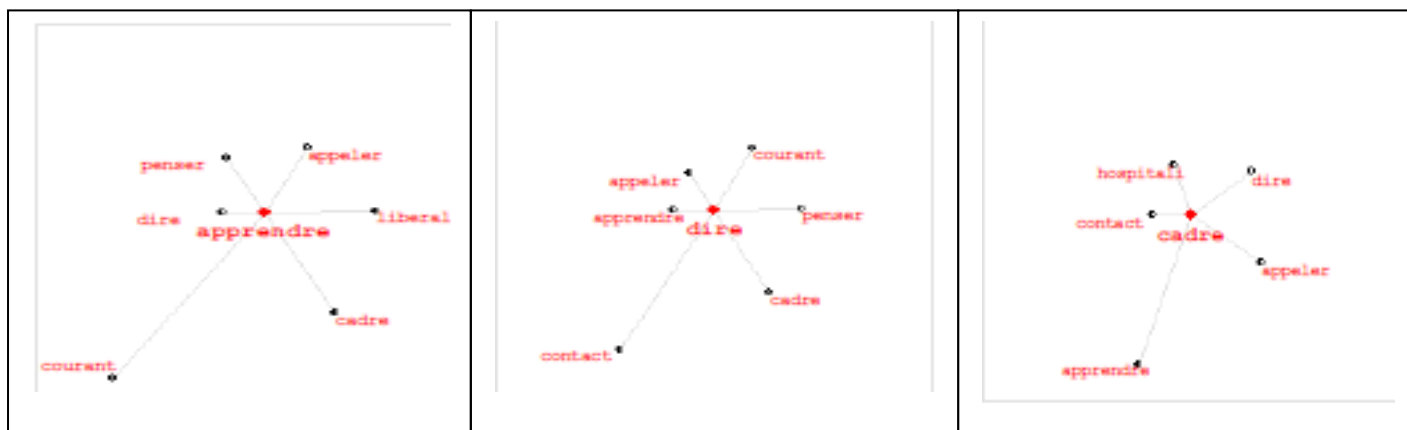
Classe 1 :

Cette classe est formée de 38 unités, soit 17% des unités classées. Les Démonstratifs, indéfinis et relatifs tels *que qu, on, qui, en, ca*, et les marqueurs d'une intensité tels que *beaucoup, très, plus, bien, peu*, sont les catégories de mots sur-représentées.

Mots significatifs :

Apprendre, dire, cadre, rester, appeler, penser, contact, liberal, courant, hospitali, permettre, chose, plein, infirme, collègue, terrain, apporter, connaitre, dur, jour, matin, sante.

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *apprendre dire cadre.*

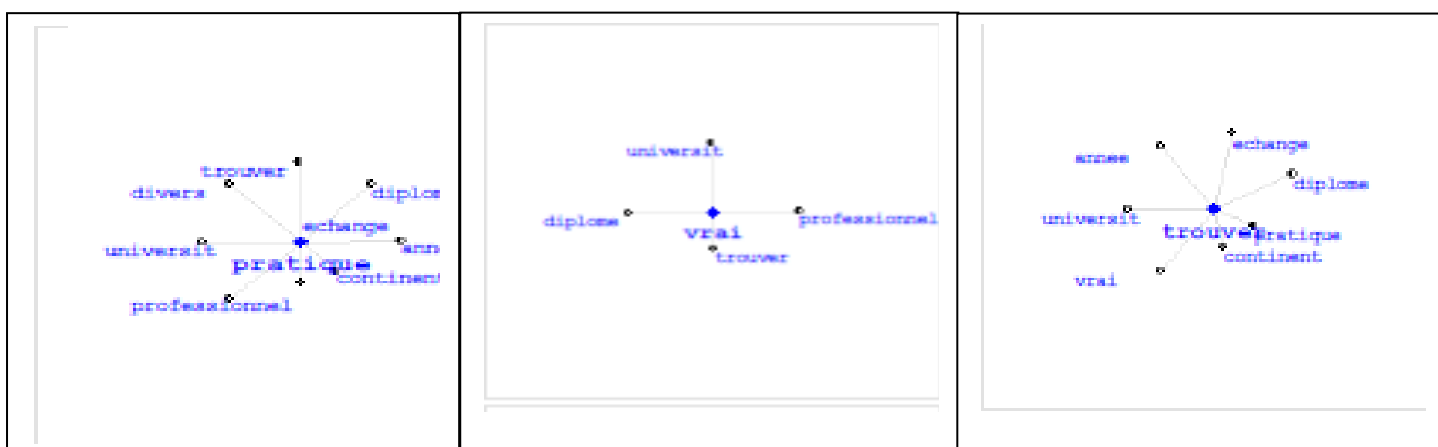


Classe n°2 :

Cette classe est formée de 94 unités, soit 42% des unités classées. Les auxiliaires être et avoir tels que *est, ai, était, été, sont*, et les adjectifs et adverbes tels que *pratique, vrai, intéressant, continent, divers*, sont les catégories de mots sur-représentées.

Mots significatifs : *Pratique, vrai, trouver, universit, diplôme, année, échange, professio, continent, cote, bonne, cours, temps, venir, corser, divers, savoir, formation, réflexion, intervena, faire, mémoire*

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *pratique vrai trouver.*

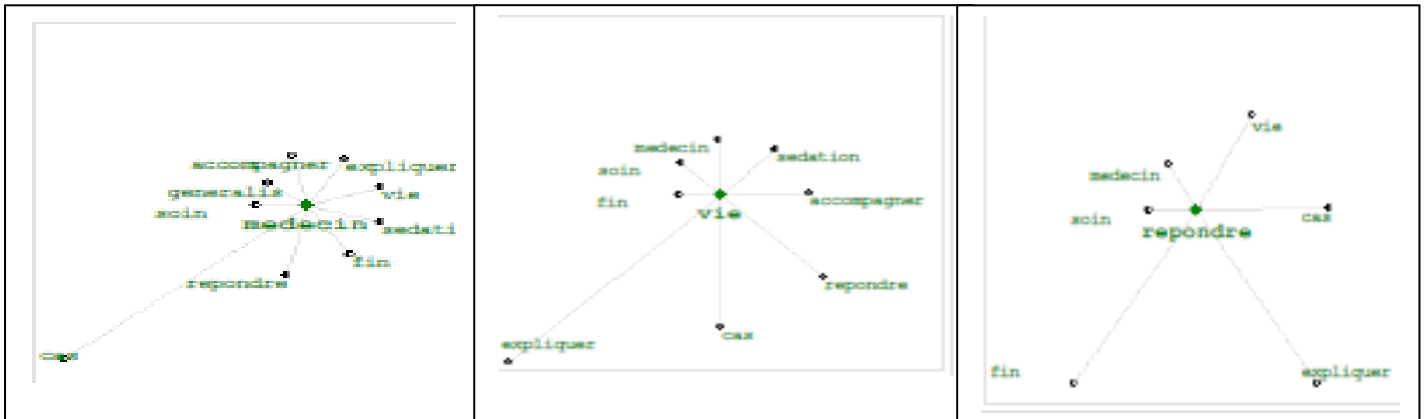


Classe n°3

Cette classe est constituée de 44 unités, soit 21% des unités classées. Les marqueurs de la personne tels que *je, il, nous, leur, se*, et les verbes modaux tels que *savoir, falloir, pouvoir, dire, vouloir*, sont les catégories de mots les plus spécifiques.

Mots significatifs : *Médecin, vie, répondre, generalis, accompagn, soin, expliquer, cas, sédation, fin, palliativ, traiter, fois, essayer, famille, infirme, discuter, psycholog, former, discussio, esprit, projet*

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *médecin vie répondre*.

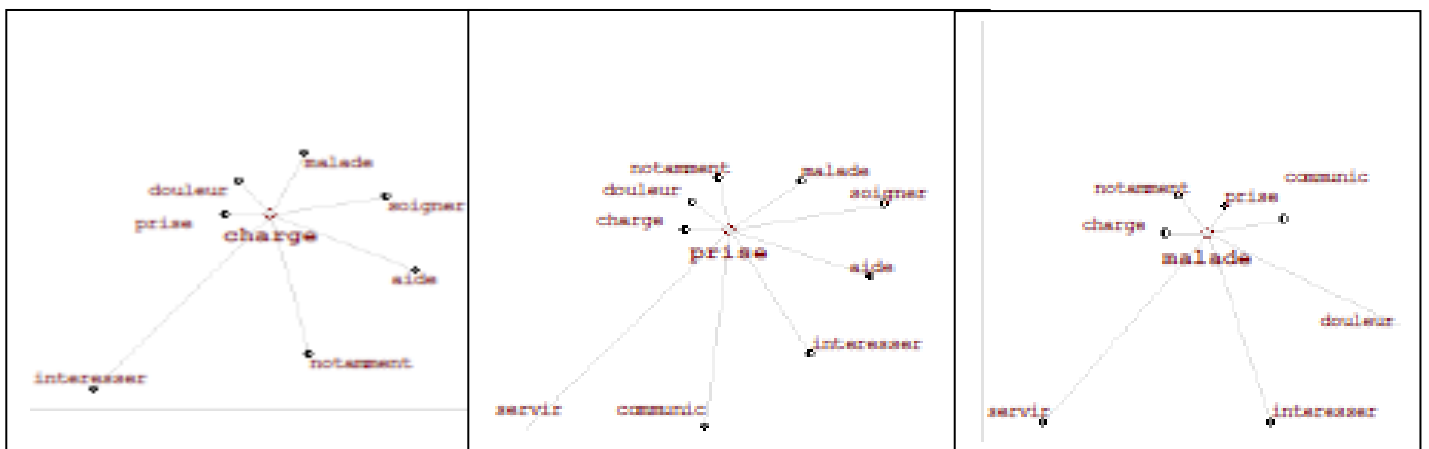


Classe n°4 :

Cette classe est constituée de 44 unités, soit 20% des unités classées. Les noms tels que *charge, prise, soin, chose, niveau*, et les adverbes en "ment" tels que *notamment, vraiment, finalement, actuellement*, sont les catégories de mots sur-représentées.

Mots significatifs : *Charge, prise, malade, notamment, servir, soigner, intéresse, communic, loi, aide, douleur, approche, différent, patient, donner, arriver, niveau, reprendre, changer, poser, besoin, travail.*

Les réseaux de formes s'articulent autour des mots : *charge prise malade*



Discussion :

Le corpus étudiant :

Le logiciel distingue deux groupes, celui des classes 1 et 2 et des classes 3 et 4.

Pour la classe 1 l'importance d'apprendre, puis dire et cadre. Les deux premiers confirment la polysémie du terme **apprendre**, c'est aussi une remise en question. Les liens forts entre **apprendre**, **penser** et **dire**, ce terme avec la fréquence d'**appeler** et **contact**, reflètent une activité communicationnelle majeure. Le troisième terme **cadre** reste en lien, mais il est peut-être plus faible que le résultat ne le montre car il désigne autant un contenant légal, **loi**, que la représentation une fonction d'organisation référente. La composition de la classe 1 apparaîtrait comme une initiation à la démarche éthique en soins par le professionnel formé.

La classe 2 met en évidence la possession de la formation qui est d'abord une **pratique**, acquise, avec un lien marqué avec **l'échange**, le **diplôme** et **l'université**. C'est également une année, le temps d'une expérience communautaire avec ses **échanges**. Le terme **trouver** confirme que ce qui a été reçu, c'est d'abord une **pratique professionnelle** en lien avec un **diplôme** et **l'université**, ce qui avec le troisième terme principal retenu, **vrai**, donne une tonalité marquée qui pourrait se résumer par la certitude d'avoir **trouvé** une certification pour ces professionnels par l'obtention de ce **diplôme**.

Le deuxième groupe identifié est composé des classes 3 et 4. La classe 3 décrit, avec les termes **médecin vie** et **répondre**, l'environnement du soin avec ses caractéristiques, le rôle du **médecin généraliste**, son rôle est associé à des tâches **d'accompagner la fin de vie**. Là il doit **expliquer**, **répondre**, il faut aussi l'informer sinon le former à son tour, mais le **médecin** est lié aussi à la **sédation**. Le groupe pluri-professionnel, médecins et infirmiers, caractérise les capacités attendues du **médecin**, acteur reconnu et responsable.

La classe 4 explique clairement par les trois termes **charge prise malade**, que la **prise en charge** de la **douleur** du **malade**, c'est l'action et son sujet, ils constituent un ensemble plus restreint mais clairement identifié. **Notamment**, souligne aussi une exception, non communicant et euthanasie, la **loi** est répétée. La fonction **soignante** implique aussi de **s'intéresser**, d'**aider**, de **servir** et de **communiquer**, c'est l'ontologie du soignant.

Néanmoins on peut constater que ce groupe composé de médecins, trois sur douze, et d'infirmiers, avec une grande hétérogénéité, distinguent des caractéristiques demeurant en accord avec les attentes définies pour une bonne pratique des soins palliatifs.

Le corpus enseignant :

Le logiciel distingue deux groupes, celui de la classe 1 et des classes 2, 3 et 4.

La classe 1 se caractérise d'abord par les mots **faire façon message**, ces mots sont aussi liés au mot **chose**^{37 38}, imprécis, vaste étendue du sujet, difficulté de nommer ou non-dit refuge, il interroge. Ces trois termes sont liés tous de manière proche à l'**enseignement** au **message**, c'est la volonté de **passer** et aussi à l'**échange**, marqué par **venir**. De plus tous sont liés à l'**action**. **Médecin** est un mot absent. Avec **penser** et **réfléchir**, l'**enseignement** est la mission acceptée.

La classe 2 par les trois termes **intéresser voir question**, peut se rattacher à l'identité du médecin-enseignant. **Intéresser**, c'est le but du cours, parfois vers ceux qui sont **jeune, interne**, la formation initiale serait la référence ? Il faut **voir** il faut **dire**, ces trois termes sont tous liés dans le réseau de formes, mais par les mots absents **soin palliatif** et **chose**, elle est séparée du sujet, c'est donc la partie opérationnelle de la formation pour l'enseignant.

La classe 3 identifie les termes **soigner clinique situation** qui sont très proches, montrant ainsi l'importance de la **clinique** indissociable pour **soigner** la **douleur** autant que les **symptômes**

pour définir une **situation**. **Soigner** est lié à la **souffrance**, c'est la **technique**, c'est donc l'exercice de la médecine qui est décrit, en lien avec **l'acculturation** qui serait donc **médicale**. Les mots sont ceux de l'acte et de la conscience, ils n'ont pas besoin de **faire être dire je**.

La classe 4 retient trois termes, **soin palliativ décision**, les deux premiers sont bien sûrs liés et associés aux mots **essentiels vraiment**. Il y a les termes **culture** et **gens** associés au mot **problème**, qui évoquent l'importance et la difficulté de l'exercice ou de la diffusion dans la société des valeurs, **essentiel**. **Décision** et **soin palliativ** sont liés, **infirm (ier)** y qui est adjoint à tous, témoignant ainsi de son rôle dans la pluri-professionnalité inhérente à l'exercice des soins palliatifs.

Deux corpus, un sujet :

Pour les enseignants, la mission d'enseigner s'associe à la capacité opérationnelle. La pédagogie c'est transmettre les fondements de la médecine où la professionnalité assiste la décision médicale.

Les enseignants, tous médecins, universitaires ou ayant participé à des actions de formations professionnelles, ont délivré un ensemble étendu, comportant des techniques, des pratiques, des méthodes, des modèles, mais aussi des valeurs, une réflexion une pensée et philosophie.

Pour les professionnels formés, c'est l'affirmation d'une démarche éthique responsable par l'acquisition de compétences dont la reconnaissance est attendue par les médecins, le groupe possède une conscience claire de sa mission en soins palliatifs.

Un an après, ce qui transparaîtrait du discours des professionnels formés, c'est la possession d'une éthique du soin autant que du soignant. Certes elle devait préexister à cette formation mais grâce à l'apport de cette année universitaire faite d'échanges, de réflexions, avec un

mémoire de fin d'études, et son obligation de lire, de réfléchir et d'écrire, ils auront témoigné d'une volonté d'apprendre et de comprendre.

De la formation professionnelle en soins palliatifs :

Pratiquer les soins palliatifs, c'est d'abord exercer une activité singulière au sein de structures de Santé ce qui implique ici aussi des compétences spécifiques nécessaires à sa réalisation. Elles se singularisent alors à partir de fonctions ou métiers déjà existants. Pour les médecins et infirmiers formés interrogés, ils y sont confrontés, mais exerçant généralement en dehors des unités de soins palliatifs, il n'y a pas pour eux de possibilité de pratiquer en exercice exclusif. Ainsi pour ces soignants, ce n'est pas encore la création d'un nouveau métier, même si cela en prend déjà nombre de traits, sans en apporter encore la reconnaissance d'une identité³⁹.

De cette formation de professionnels, il convenait aussi d'en réaliser une évaluation. Cette formation a été proche du modèle normatif, elle aurait pu se rapprocher du modèle formatif, où le professionnel en formation continue, apprend à sa manière, à son rythme, pousse ses atouts, et rencontre des difficultés qui lui sont propres. Cet enseignement rejoindrait autant les parcours de vie que le maintien de processus dynamiques de professionnalisation continue, hors de la mesure des performances associées à la notation et la sanction, cela devrait aboutir aussi à l'acquisition de compétences⁴⁰.

A l'exemple des avis recueillis dans le domaine des licences professionnelles, l'enseignement dispensé sous la forme du Diplôme Universitaire est d'abord une formation professionnelle insérée dans le cadre de la formation continue. Elle rencontre aussi les difficultés d'évaluation de la qualité du contenu, mais elle utilise des scénarii pédagogiques, des cas cliniques

notamment, recourant à l'interactivité pour motiver les étudiants-professionnels. Ces derniers ont été considérés bien évidemment comme des adultes et se sont enquis de bons conseils exposés par des cas concrets, voire par des anecdotes faciles à mémoriser, éventuellement par une convivialité répétée. Les stages en structures ont été mis en œuvre avec des limitations propres à l'insularité, mais pour ce Diplôme Universitaire, comme pour ses homologues, nous sommes loin d'une quasi alternance où les périodes servent également à exercer des responsabilités au sein des structures grâce aux apprentissages réalisés préalablement⁴¹.

Donc dans sa part opérationnelle, le Diplôme Universitaire, a répondu en grande partie à ce qui relève d'une formation professionnelle.

La transmission d'une culture des soins palliatifs :

En reprenant les grandes lignes d'une définition possible d'une culture des soins palliatifs et en y associant la mise en perspective des éléments des deux discours, celui de la formation ou des enseignants et celui de l'acquis des professionnels formés, cela génère une première impression.

Cette approche globale ou holistique du patient, qui porte une attention à tous les symptômes et qui tient compte de son environnement, est perçue dans le discours des professionnels formés (classe 4) et les enseignants qui en faisaient leur mission, (classe 3).

L'organisation spécifique du travail reposant sur l'hypothèse d'une expertise clinique partagée, donc transmise par les enseignants (classe 3) et reçues par les professionnels formés (classe 4), entre toutes les compétences mobilisables auprès du patient, y compris les bénévoles, mais ceux-ci sont absents des deux discours.

Une éthique fondée sur la recherche d'une « relation vraie » avec le patient et proposant une alternative à l'acharnement thérapeutique comme à l'euthanasie sous la forme d'un

accompagnement vers une mort naturelle, valorise le temps requis par cet accompagnement comme un temps de vie utile. Ces aspects sont enseignés (classe 3 et 4), et bien exprimés par les professionnels formés (classe 3 et 4), un projet politique et le non abandon des mourants.

D'autre part, la diffusion de la culture passe aussi par la formation professionnelle et l'enseignement. Elle associe les obligations de formation continue, bien admises par les professionnels formés (classe 2) et la diffusion de savoirs en construction permanente, c'est la mission des médecins (classe 1 et 2). Mais si l'engagement dans le développement de la recherche appliquée pluridisciplinaire, est vrai pour les enseignants universitaires, cela serait moins probable hors Centre Hospitalo-Universitaire.

Conclusion :

Parmi les buts seconds, mais essentiels, la mise en place d'un réseau par la création de liens entre enseignants, locaux et référents, entre étudiants et enseignants, tant locaux que référents et entre étudiants eux-mêmes, semble se dessiner. Il engloberait, les professionnels formés en 2013, en associant ceux de 2014 et tous ceux déjà formés ailleurs. Sans doute, le bilan de la mise en œuvre du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 sera l'occasion d'asseoir cette proposition.

Le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012 avait permis par son impulsion de répondre à plusieurs propositions. La mise en place de formations en faisait partie et le Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs et d'Accompagnement créé au Département de Formation Continue et de l'Institut Universitaire de Santé de l'Université de Corse, y aura en partie répondu. Ce diplôme aura permis la diffusion d'un « paradigme global » de prise en charge du mourir, de la mort et du deuil, en proposant simultanément une approche holistique du malade, un modèle d'organisation des soins, une éthique alternative et un projet politique.

L'acquisition de ces éléments est constitutive d'une culture dont la dynamique d'appropriation est devenue réelle en Corse.

Annexes :

Fiche diplôme :

Diplôme d'Université - Soins Palliatifs et d'accompagnement

Cette formation permet l'obtention d'un diplôme d'université Bac +3 soit niveau II.

► OBJECTIFS DE LA FORMATION

Pédagogiques : Permettre aux professionnels concernés d'approfondir leurs connaissances dans le domaine des sciences biomédicales et des sciences humaines pour développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel.

Compétences visées : Acquérir des compétences cliniques, thérapeutiques, relationnelles, éthiques :
- pour assurer à la personne soignée la qualité des soins et la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort ;
- pour avoir la capacité d'exercer des responsabilités et de prendre des initiatives, autant à domicile que dans les institutions ou structures qui accueillent les personnes en fin de vie, dans le souci de l'interdisciplinarité et d'un travail en réseau
- pour promouvoir l'enseignement et la recherche dans le domaine des soins palliatifs
- pour promouvoir le débat sur la mort dans la société

► PUBLIC CONCERNE (CONDITIONS D'INSCRIPTION)

Conditions d'accès : parcours d'études et professionnel en adéquation avec le diplôme

Pré requis : être titulaire d'un diplôme Bac+2 ou d'un titre reconnu équivalent. ou obtenir, par une procédure de Validation des Acquis Professionnels, une dispense de titre pour accéder à cette formation.

Métiers, fonctions, postes occupés :

- - En médecine et en pharmacie, les docteurs : résidents ayant validé quatre semestres de stage, les internes après
- deux ans minimum de fonctions et les titulaires d'un D.E.S. ou d'un D.E.S.C. ;
- - Professionnels tels que : psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes, des secteurs sanitaires, social et éducatif de niveau minimum BAC + 3 : infirmiers, , assistants socio-éducatifs, kinésithérapeutes,
- ergothérapeutes, éducateurs spécialisés ou autres et ayant au moins 2 ans d'exercice professionnel.

Possibilités de prise en charge financière pour cette formation : organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) de fonds de formation, entreprises (plans de formation, contrats de professionnalisation, contrats d'apprentissage), soutiens de financement public de la Collectivité Territoriale de Corse – programme annuel de soutien à la Formation Continue Universitaire.

► MODALITES D'INSCRIPTION

Les demandes d'inscription doivent être adressées au Service de la Formation Continue – Bâtiment PPDB – Campus Grimaldi – Université de Corse - BP 52 – 20250 Corte.

La capacité d'accueil est plafonnée à DOUZE étudiants.

Les demandes d'inscription seront constituées d'une lettre de motivation professionnelle, d'un curriculum vitae et d'une photocopie des titres et diplômes dont que possède le demandeur. Elles seront soumises à l'instruction de la commission pédagogique.

► PREINSCRIPTION

Date limite de préinscription, 19 octobre 2014. Lettre de candidature adressée à Service de la Formation Continue. Université de Corse –Bâtiment PPDB-BP 52-20250 Corte. Joindre un curriculum vitae.

▶ **DUREE**

Volume d'enseignement équivalent à 126 heures.

Organisation : 20 journées de formation à CORTE

Calendrier : octobre 2013 à septembre 2014

▶ **DROIT D'INSCRIPTION**

150 EUROS (statut de stagiaire de la formation continue à l'université de corse)

▶ **FRAIS DE FORMATION**

- Financement employeur : 1350€
- Financement personnel salarié : 900 €
- Financement personnel demandeur d'emploi : 580 € (Possibilité de prise en charge sous conditions du coût de la formation par la CTC)

▶ **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE**

Professeur Jean COSTA

▶ **COORDONATEUR SCIENTIFIQUE**

Docteur Paul-Julien VENTURINI

▶ **POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE**

Université de la Corse, Service de la formation continue, BP 52 - 20250 Corte

Céline RASSAT Tél: **04.95.45.00.84** - Mail : rassat@univ-corse.fr.

Site internet de l'université de la Corse : www.univ-corse.fr

Programme :



Università di Corsica : Pasquale-Paoli
IUS – SERVICE COMMUN DE LA FORMATION CONTINUE
BP 52 - 20250 CORTE - Tel : 04 95 45 00 84 – FAX : 04 95 45 00 90

Diplôme d'Université en Soins Palliatifs 2012/2013
PROGRAMMATION DES COURS au 15 mars 2013

Les cours du vendredi se déroulent en salle 3.2 Campus Grossetti 3ème étage du Bât PPDB

Vendredi 29 mars de 9h00 à 12h00 les cours auront lieu à l'IUFM de Corte en face de la caserne des pompiers.

octobre-12

Vendredi 26 octobre 2012		6 heures
9h00-12h00	Concept Inter-relation entre douleur et souffrance	Mme Marguerite Ristori
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-16h00	Accompagnement dans les dimensions physiques, psycho-affectives, socio-familiales et spirituelles	Mme Marguerite Ristori

novembre-12

Vendredi 16 novembre 2012		7 heures
9h00-11h00	Le moment de la mort	Dr Daniel Nicolas
11h00-13h00	L'immédiat après mort	Dr Daniel Nicolas
13h00-14h00	Pause déjeuner	
14h00-15h00	Les aspects médico-légaux	Dr Daniel Nicolas
15h00-17h00	L'Euthanasie, définitions et applications en Europe	Dr Daniel Nicolas

Jeudi 22 novembre 2012		6 heures
9h00-11h00	Les soins palliatifs chez l'enfant	Mme Santa Perettoni
11h00-12h00	Réflexion autour des grossesses interrompues	Mme Santa Perettoni
12h00-14h00	Pause déjeuner	
14h00-17h00	Présentation et accompagnement	Dr Paul-Julien Venturini

Vendredi 30 novembre 2012		6 heures
8h30-9h00	Examens 1	
9h00-10h00	Historique	Dr Jean-François Abino
10h00-11h00	Définitions : soins continu, palliatifs, terminaux	Dr Jean-François Abino
11h00-12h00	Etat des lieux	Dr Jean-François Abino
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-15h00	Textes fondateurs textes réglementaires	Dr Jean-François Abino
15h00-16h00	Développement et devenir	Dr Jean-François Abino

décembre-12

Vendredi 14 décembre 2012		6 heures
9h00-12h00	Relations et communication	Mme Chantal Vecchioli
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-16h00	Souffrance de la personne en fin de vie, des proches et des soignants- interactions	Mme Anne Orenge

janvier-13

Vendredi 11 Janvier 2013		6 heures
9h00-10h00	Les rôles spécifiques : medecins, infirmiers	Dr Jean-Paul Briese
10h00-11h00	Les rôles spécifiques : assistantes sociales	Dr Jean-Paul Briese
11h00-12h00	Les rôles spécifiques : bénévoles, ministres des cultes	Dr Jean-Paul Briese
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-14h00	La complémentarité des rôles	Dr Jean-Paul Briese
14h00-16h00	Le travail en équipe : mode de fonctionnement	Dr Jean-Paul Briese

Vendredi 25 janvier 2012		6 heures
8h30-9h00	Examens 2	
9h00-12h00	Techniques d'enquêtes, méthodologie en Sciences Sociales	Mr Jean-Pierre Parocchetti
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-16h00	Techniques d'enquêtes, méthodologie en Sciences Sociales	Mr Jean-Pierre Parocchetti

février-13

Vendredi 8 février 2013		6 heures	Salle 311
9h00-12h00	La philosophie des soins palliatifs	Dr Jean-François Abino	
12h00-13h00	Pause déjeuner		
13h00-14h00	La prise de décision	Dr Jean-François Abino	
14h00-15h00	L'information, consentement, confidentialité	Dr Jean-François Abino	
15h00-16h00	L'obsitacion déraisonnable	Dr Jean-François Abino	

Vendredi 22 février 2013		6 heures
9h00-12h00	Techniques d'enquêtes, méthodologie en Sciences Sociales	Mr Jean-Pierre Parocchetti
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-16h00	Relations et communication	Mr Jean-Pierre Parocchetti

mars-13

Vendredi 15 mars 2013		7 heures	Salle 311
9h00-10h00	Le deuil : Définitions	Mr Jean-Pierre Parocchetti	
10h00-12h00	Les aspects psycho-affectifs	Mr Jean-Pierre Parocchetti	
12h00-13h00	Pause déjeuner		
13h00-17h00	Le contexte juridique en France	Maître Sophie Perreimond	

Jeudi 21 mars 2013		8 heures
8h30-9h00	Examens 3	
9h00-13h00	Descriptions et étiologies	Dr Jean-François CIAIS
13h00-14h00	Pause déjeuner	
14h00-18h00	évaluations, traitement et leur spécificité, suivis	Dr Catherine CIAIS

Vendredi 22 mars 2013		8 heures
9h00-13h00	Selon les pathologies : l'oncologie	Dr Catherine CIAIS
13h00-14h00	Pause déjeuner	
14h00-18h00	Les soins de support	Dr Jean-François CIAIS

Vendredi 29 mars 2013		6 heures
9h00-12h00	La mort dans les siècles passés	Pr Dominique Verdoni
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-14h00	Les complications et pathologies du deuil	Mr Jean-Pierre Parocchetti
14h00-15h00	l'accompagnement des endeuillés	Mr Jean-Pierre Parocchetti
15h00-16h00	Le rite, la ritualité	Mr Jean-Pierre Parocchetti

avril-13

Vendredi 5 avril 2013		6 heures	Salle 311
9h00-12h00	Le concept de responsabilité	Mr Francis Pallenti	
12h00-13h00	Pause déjeuner		
13h00-16h00	La dignité	Mr Francis Pallenti	

Vendredi 12 avril 2013		6 heures	Salle 311
8h30-9h00	Examens 4		
9h00-11h00	L'euthanasie, définitions et applications en Europe	Dr Claude Bayard	
11h00-12h00	Les soins palliatifs et les autres pays : la Suisse	Dr Claude Bayard	
12h00-13h00	Pause déjeuner		
13h00-16h00	Situations spécifiques : selon les handicaps	Dr Claude Bayard	

Vendredi 19 avril 2013		8 heures
9h00-11h00	Douleur : Définitions	Dr Madeleine Papadacci
11h00-13h00	La physiopathologie	Dr Madeleine Papadacci
12h00-13h00	Pause déjeuner	
13h00-16h00	Les évaluations	Dr Lebreton
16h00-18h00	Les traitements et suivis	Dr Lebreton

Vendredi 26 avril 2013		8 heures
9h00-13h00	Enjeux éthiques de la décision en soins palliatifs	Dr Michèle Lévy-soussan
13h00-14h00	Pause déjeuner	
14h00-18h00	Enjeux éthiques de la décision en soins palliatifs	Dr Michèle Lévy-soussan

mai-13

Vendredi 17 mai 2013		6 heures	Séminaire supplémentaire
9h00-12h00	Les Soins Palliatifs chez l'enfant	Dr Alain DE BROCA	
12h00-13h00	Pause déjeuner		
13h00-16h00	Les Soins Palliatifs chez l'enfant	Dr Alain DE BROCA	

Vendredi 24 mai 2013		8 heures	
9h00-12h00	Organisation des soins palliatifs : Le domicile	Dr Marylène Felbet-Lyon	
12h00-13h00	Pause déjeuner		
13h00-16h00	Les institutions	Dr Marylène Felbet-Lyon	
16h00-18h00	Les associations de soins palliatifs et d'accompagnement	Dr Marylène Felbet-Lyon	

Vendredi 31 mai 2013		6 heures	
8h30-9h00	Examens 5		
9h00-11h00	La personne âgée	Dr Paul-Julien Venturini	
11h00-13h00	Selon les pathologies : les maladies neurodégénératives de l'adulte	Dr Paul-Julien Venturini	
13h00-14h00	Pause déjeuner		
14h00-16h00	Les rites de la mort		

Lundi 2 septembre 2013		
Remise des mémoires		

Vendredi 13 septembre 2013		
Soutenances des mémoires		

Bibliographie :

¹ Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. p.3.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf

² Ibid,

³ Bilan du programme national de développement des soins palliatifs. Juin 2013. 2008 | 2012.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf

⁴ Plein Sens – DGOS : Evaluation de la contribution des EMSP et LISP à la diffusion d'une culture palliative. p. 9.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_contribution_EMSP_et_LISP_diffusion_culture_palliative.pdf

⁵ Moulin P. MOURIR CONTEMPORAIN ; Cahiers Internationaux de Sociologie. 2000 janvier-Juin; (108): p. 151.

⁶ Viallard M-L; Formation, enseignement et recherche : une priorité pour l'avenir des soins palliatifs. Med Palliat. 2009; (8) :p. 103-104.

⁷ Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. NOR : ESRS1308333A.

⁸ Lefève C, Mino J-C. Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine. Études. 2011; 2 (414) : p. 187-198.

⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier ; NOR : SASH0918262A

Article R. 4311-2 : Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

^{5°} De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

¹⁰ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier ; NOR : SASH0918262A. UE 4.7.S5 Soins palliatifs et de fin de vie ; ANNEXE I I ILE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION : UE 1.3.S1 Législation, éthique, déontologie ; UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie.

¹¹ Holistique, adj. [En parlant d'une théorie, d'une conception] Qui relève de l'holisme, qui s'intéresse à son objet comme constituant un tout. <http://www.cnrtl.fr/definition/holistique>.

¹² Gori R, Del Volgo M-J. De la société de la norme à une conception managériale du soin. Connexions. 2009; 1(91) :p. 124.

¹³ Canguilhem G. Le normal et le pathologique. PUF. 1966p. 79.

¹⁴ Ibid p.69.

¹⁵ Ibid p.49-51.

¹⁶ Foucault M. Naissance de la clinique. PUF. Paris. 1963. p.53-54.

¹⁷ Ibid p.71. La note de bas de page reprend le plan général de l'enseignement dans l'école de santé de Paris, Paris an III, page 39. Le document est issu du cours de médecine interne des professeurs – citoyens Corvisart et Leclerc.

¹⁸ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Morphine>

¹⁹ « La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. ». Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982.

²⁰ Lombard J. L'école et la philosophie: Etudes réunies. Editions L'Harmattan; 2007. p.118-119.

²¹ Brami A. L'acculturation : étude d'un concept. DEES. 2000 octobre; (121) : p. 63.

-
- ²² Gori R., Del Volgo M-J. De la société de la norme à une conception managériale du soin. *Connexions*. 2009; 1 (91) : p. 139.
- ²³ Viallard M-L. Pour la construction et la consolidation d'un savoir en soins palliatifs. *Med palliati*. 2008; (7) : p. 179-180.
- ²⁴ Le syncrétisme, en amalgamant différentes doctrines a priori étrangères les unes aux autres, est à l'opposé de l'**inculturation** qui exprime l'Évangile dans toutes les cultures, en respectant leurs valeurs et leurs richesses propres, in "Comprendre/Le mot" .« **Syncrétisme** ».30 décembre 2006 ; La Croix, Copyright 2006 Bayard-Presses - La Croix.
- ²⁵ Bini B. La notion d'inculturation « par contestation » en théologie morale fondamentale. *Revue des sciences philosophiques et théologiques*. 2006; 4 (90) : p. 691.
- ²⁶ Viallard M-L. Prendre soin est solidarité humaine au-delà du seul soigner. Au-delà des moyens : l'inculturation. *Med Palliati*. 2008; (7): p.1 -3.
- ²⁷ Perrin C. Enseigneur et maître : Heidegger pédagogue. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*.2009; 3(134) : p. 334.
- ²⁸ Ibid p.348-349.
- ²⁹ Ibid. p. 353.
- ³⁰ Propositions pour l'évaluation du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. Haut Conseil de la Santé Publique ; p.7.
- ³¹ Gangloff C, Weisser M, Bennaghmouch S, Abid-Zarrouk S.-B. Construction d'un dispositif d'évaluation des enseignements et des formations : le point de vue des apprenants. *Questions Vives*. 2009; 6(12) : p. 62-65.
- ³² Ketele J-M et al. 1. Renouveau des formes d'évaluation des apprentissages, in Figari G et Achouche M, L'activité évaluative réinterrogée. De Boeck Supérieur Pédagogies en développement ; 2001. p. 126.
- ³³ Citation attribuée à Edouard HERRIOT.
- ³⁴ « L'entretien guidé ou semi-directif : l'enquêteur donne une consigne précise puis conduit l'entretien à l'aide du guide selon les thèmes. On laisse l'enquêté explorer le sujet à sa guise, effectuer des associations, mais on lui soumet tout de même les thèmes qui nous intéressent et qu'il n'a pas abordé de lui-même. ». « LA RECHERCHE EN SOINS PALLIATIFS : APPROCHES ET MÉTHODES »SFAP. Mai 2004 – Paris.
- ³⁵ Kalampalikis N, Moscovici S. Une approche pragmatique de l'analyse ALCESTE. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2005; 2 (66) :p. 15-24.
- ³⁶ Reinert M. Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. *Langage et société*. 2007; 3(121-122) : p. 189-202.
- ³⁷ Définition : « ce qui se manifeste et que l'on ne désigne qu'en tant que tel ». in <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/chose>.
- ³⁸ Définition : « désigne entité abstraite, une action ,un événement, un énoncé. Mais aussi : situation réelle un ensemble d'événements, des circonstances (surtout au pluriel) ». in <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/chose/15712>.
- ³⁹ Fourdrignier M, Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible ?. *Formation emploi* ,2009 octobre-décembre; (108) : p.70.
- ⁴⁰ Robertson G. Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles. *Recherche en soins infirmiers*. 2006; 4 (87) : p. 36.
- ⁴¹ Gangloff C, Weisser M, Bennaghmouch S, Abid-Zarrouk S.-B. Construction d'un dispositif d'évaluation des enseignements et des formations : le point de vue des apprenants. *Questions Vive*. 2009; (12) : p. 72.