

LA CHRONIQUE DE CATHERINE

PAR : CATHERINE COURTEAU, RÉSIDENTE DE 2^E ANNÉE
EN MÉDECINE FAMILIALE, UNIVERSITÉ MCGILL



LA PRATIQUE RÉFLEXIVE : UN OUTIL DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET PERSONNEL

Chers lecteurs,

Je désire aujourd'hui vous parler de la pratique réflexive et plus particulièrement d'un exercice innovateur et inspirant offert aux futurs médecins en soins palliatifs de l'Université McGill. En effet, la pratique réflexive est la pierre angulaire d'une formation offerte exclusivement aux fellows de soins palliatifs sous forme d'une séance de 1,5 hre intégrée à l'horaire des fellows chaque deux semaines sur un an. Cette formation a été développée par D^r Christopher J. Mackinnon (*psychologue, M.A., Ph. D., OPQ*) conjointement avec D^{re} Stéphanie Gingras (*M.D., CCMF, FCMF, CAC en soins palliatifs, professeure adjointe à l'Université McGill*). Cette chronique repose sur une entrevue que j'ai réalisée auprès de ces deux personnes à l'automne 2018.

En 2012, D^r Mackinnon s'est vu assigné le mandat de créer une activité éducative sur la communication pour les médecins accomplissant une année complémentaire de formation en soins palliatifs à l'Université McGill, aussi appelés « fellows ». Pour construire ce programme, il choisit d'adapter un modèle déjà bien établi dans la formation des intervenants spirituels (Lambert, 2013)¹. Avec D^{re} Gingras, ils développent donc une activité sur la base de la pratique réflexive et autour d'une conversation entre un fellow et un(e) patient(e) en soins palliatifs et/ou sa famille.

Spécifiquement, l'activité se déroule comme suit : dans un premier temps, on demande aux fellows d'écrire un texte de 3 à 5 pages sous la forme d'un dialogue qui décrit le plus réalistement possible une interaction clinique. Voici un exemple d'extrait de verbatim :

Fellow : M^{me} B., comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

M^{me} B. (les bras croisés, le regard fuyant) : Je ne vois pas de raison de continuer de vivre ainsi.

¹ Lambert, R. (2013). MUHC Clinical Education for Spiritual Care Program, Unpublished Training Manual, Royal Victoria Hospital.

(Silence de quelques secondes)**Fellow (s'assoit sur le lit de la patiente, hésitant) :**

Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

[...]

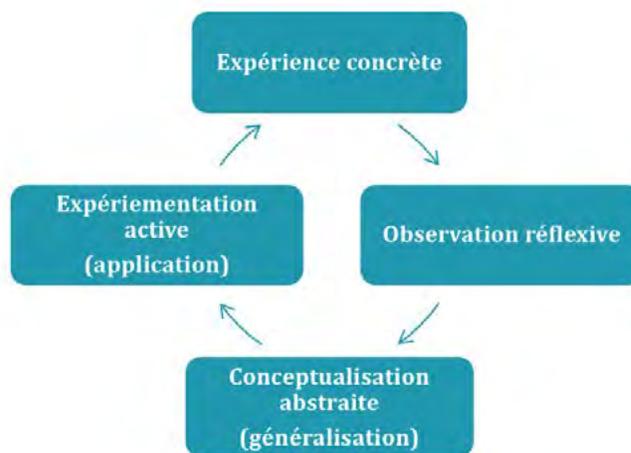
Puis, lors de la rencontre bimensuelle, à tour de rôle, les participants mettent en action le dialogue écrit par un autre fellow. Ceci permet au fellow ayant vécu l'interaction de poser un regard extérieur sur son expérience. Le groupe se lance ensuite dans une discussion ouverte sur le texte et l'expérience vécue. Le but de cet exercice est de pousser le fellow concerné à prendre conscience de ses réactions émotives, comprendre pourquoi certaines situations cliniques sont plus difficiles pour elle ou lui et cultiver sa sensibilité. D^{re} Gingras souligne que les fellows sont souvent portés à commenter d'abord sur les sentiments vécus par le patient, et doivent être recadrés pour explorer au contraire leurs propres émotions et comment celles-ci impactent l'interaction clinique.

L'analyse des dialogues encourage aussi chaque fellow à identifier ses forces et faiblesses en communication. Par exemple, D^r Mackinnon explique que l'inconfort des intervenants médicaux les pousse fréquemment à éviter certains sujets difficiles ou, si pris au dépourvu, à paralyser. Un autre « schéma » contreproductif est de répondre à un sentiment de perte de contrôle sur un sujet en compensant avec une attention excessive à des micro-détails cliniques autres. Par exemple, une fellow a exprimé son sentiment d'impuissance lorsque les patients abordaient leur détresse existentielle. L'exercice lui a fait réaliser qu'elle compensait en se concentrant alors sur le contrôle de la douleur du patient. Une meilleure compréhension de leurs émotions et réactions permet aux fellows d'améliorer la qualité de leurs futures discussions cliniques. Cela peut permettre aussi, selon D^r Mackinnon, de percevoir « la vraie problématique » et cela les aide à réellement connecter avec les patients.

Pour développer la formation, D^r Mackinnon et D^{re} Gingras se sont inspirés du modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb (Kolb, 1984)². Ce modèle présente un cycle d'apprentissage à quatre étapes soit :

- l'expérience concrète,
- l'observation réflexive,
- la conceptualisation abstraite,
- l'expérimentation active.

Kolb avance que c'est le va-et-vient continu entre l'expérience vécue et la réflexion qui mène à un apprentissage approfondi. Dans le cas présent, l'expérience concrète est la conversation avec le patient ou sa famille; l'observation réflexive et la conceptualisation abstraite se font lors de l'écriture du verbatim ainsi que la discussion de groupe; et finalement l'expérimentation active se déroule lors de futures interactions avec des patients, qui pourront elles aussi être sujettes à analyse et réflexion, et ainsi le cycle d'apprentissage expérientiel se perpétue. Les bienfaits de la mise en action de ce cycle est immédiat tout en permettant d'inculquer aux fellows l'habitude d'une pratique réflexive qui leur servira tout au long de leur carrière.



Les deux organisateurs expliquent qu'une première clé du succès de la formation est la confidentialité et l'intimité qui se crée au fil des rencontres. En effet, seuls les fellows de soins palliatifs et les deux instructeurs ont le droit d'assister aux sessions. C'est donc le même groupe qui se retrouve aux deux semaines, un groupe qui devient soudé par les vulnérabilités partagées et le sentiment de communauté qui émane de ne pas être le seul à vivre des difficultés. D^r Mackinnon souligne l'importance d'un espace où les fellows peuvent avouer en toute sécurité « *Je ne sais pas quoi faire* ». Se mettre ainsi à nu leur permet de recevoir des conseils constructifs sur d'importants défis d'apprentissage qu'ils ont souvent peine à aborder avec leurs superviseurs de stages. Le psychologue insiste aussi sur l'importance de la régularité des rencontres. Ceci crée un « point d'ancrage constant et familier » qui devient essentiel pour les participants. Un fellow leur a dit : « *Si je n'avais pas cet espace pour parler de ces enjeux, où pourrais-je le faire ?* ». Un troisième facteur de succès est que l'activité de formation n'est pas évaluée. Cet aspect est fondamental, car il élimine la barrière hiérarchique qui mettrait un frein aux confessions sur les « échecs » perçus par les fellows.

² Kolb DA. *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1984.

Les bienfaits rapportés par les participants au fil des années sont nombreux. On note chez les fellows le développement d'une maturité émotionnelle au fil des rencontres qui se traduit par une meilleure façon d'aborder les enjeux de fin de vie. S'ajoute à ceci une meilleure capacité d'introspection et d'autoréflexion. En effet, en fin de parcours les fellows identifient plus facilement leurs réactions émotionnelles, leurs forces et faiblesses à titre de communicateur et comment celles-ci affectent leur relation thérapeutique avec certains types de patients. Finalement, les deux instructeurs décrivent que les fellows deviennent plus indulgents envers eux-mêmes au cours de l'année. Témoins des vulnérabilités exprimées par leurs collègues, ils réalisent rapidement qu'ils partagent tous des appréhensions et défis similaires. Ils apprennent à s'ouvrir, à vaincre l'isolement et la culpabilité excessive. Dans un siècle où malheureusement la dépression et le « burn out » touchent une grande proportion de professionnels de la santé, cet aspect me semble absolument crucial.

En conclusion, depuis l'introduction du terme « *reflective practionner* » ou « clinicien réflexif » par Schön en 1983, la littérature soutenant l'importance de la pratique réflexive chez les professionnels de la santé devient de plus en plus robuste et la formation décrite dans cette chronique s'inscrit dans ce courant. Une revue systématique a conclu que les éléments les plus importants pour promouvoir la pratique réflexive chez les professionnels de la santé sont un environnement qui permet la liberté d'expression, du soutien et du



mentorat, suffisamment de temps, ainsi que les discussions de groupe (Mann, 2009)³. Tous ces éléments font partie de l'activité conçue par D^r Mackinnon et D^{re} Gingras.

En bref, je vous ai décrit un exercice qui humanise et facilite le travail émotionnel des professionnels de la santé qui œuvrent dans le domaine des soins palliatifs. Je lève mon chapeau aux D^{re} Gingras et D^r Mackinnon et espère que ma chronique saura inspirer davantage de discussions ouvertes, honnêtes et constructives sur les défis quotidiens auxquels nous faisons face en soins palliatifs.

À la prochaine chers lecteurs. ▼

³ Mann, K., et al. (2009). « Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. » *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 14(4): 595-621.



PRIX RECONNAISSANCE 2019

Le **Prix Reconnaissance** vise à reconnaître le travail d'une personne ou d'un organisme qui s'est illustré dans le domaine des soins palliatifs. Le candidat ou l'organisme doit être proposé pour son apport exceptionnel aux soins palliatifs au Québec.

Les formulaires sont disponibles sur notre site www.aqsp.org et la date d'échéance est le **16 avril 2019**.