

2017-2018

## THÈSE

pour le

### DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

# INTERDISCIPLINARITÉ MÉDICALE AUTOUR DU PATIENT EN SOINS PALLIATIFS

MISE EN PLACE D'UN ENSEIGNEMENT TRANSVERSAL  
EN 3<sup>ème</sup> CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

**NICOLLE Marjorie**

Née le 27 Février 1989 à St Martin d'Hères (38)

Sous la direction du Dr GUINEBERTEAU Clément  
et du Dr PIGNON Aude

#### Membres du jury

M. le Pr GARNIER François	Président
M. le Dr GUINEBERTEAU Clément	Directeur
M <sup>me</sup> le Dr PIGNON Aude	Codirecteur
M. le Pr MARTIN Ludovic	Membre
M. le Pr VERNY Christophe	Membre

Soutenue publiquement le :  
21 juin 2018



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée NICOLLE MARJORIE,  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **20/11/2017**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

**Directeur de l'UFR : Pr Nicolas LEROLLE**

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE**

**Directeur du département de médecine : Pr Cédric ANNWEILER**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

## AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie
<b>ATER</b>		
FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine
<b>AHU</b>		
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
<b>CONTRACTUEL</b>		
VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie

# REMERCIEMENTS

Au professeur François Garnier, vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie.

Au professeur Christophe Verny, au professeur Ludovic Martin, vous avez accepté de juger mon travail en faisant partie de mon jury de thèse, je vous en suis profondément reconnaissante.

Au docteur Clément Guineberteau, merci de m'avoir accompagné tout au long de mon travail de thèse. Tu as parfaitement su me coacher et me remotiver lorsqu'il le fallait. Merci de m'avoir fait confiance pour ce projet.

Au docteur Aude Pignon, merci pour ta bienveillance et ton aide précieuse. Je suis ravie d'avoir pu collaborer avec toi sur ce projet.

À mes parents et ma sœur, merci pour votre soutien et votre patience durant toutes ces années et encore aujourd'hui. Je vous aime très fort.

À Aurélien, merci d'être à mes côtés depuis trois ans, j'ai hâte de pouvoir me consacrer à nos projets.

À Valérie, merci pour ta relecture attentive et tes conseils avisés.

À Elisabeth, merci pour ton temps passé à corriger mon travail.

À Barbara, merci d'être toujours là 12 ans après, je suis tellement fière d'être la marraine de ton fils.

À Margaux, merci pour tous les moments que l'on a partagés depuis la P1 ! Ensembles à chaque étape. Et pour longtemps encore.

À mes copines Camille, Noémie, Marine, Flora, Anne-Laure, Juliette, Caroline, Yasmine, Raphaëlle, Audrey. Heureusement que vous étiez là, vous avez su rendre agréables ces dix années d'études.

À vous mes amis, ma famille, qui êtes venus partager ce moment avec moi. Merci infiniment de votre présence et soutien.

## LISTE DES ABREVIATIONS

CASSPA 49	Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine
CM	Cours Magistraux
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DA	Directive Anticipée
DES	Diplôme d'Étude Spécialisée
DMG	Département de Médecine Générale
ED	Enseignement Dirigé
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
GEAP	Groupes d'Échange et d'Analyse des Pratiques
HAD	Hospitalisation À Domicile
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
LISP	Lit Identifié pour la prise en charge des Soins Palliatifs
SPCJD	Sédation Profonde et Continue maintenue Jusqu'au Décès
USP	Unité de Soins Palliatifs
CNEFUSP	Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs
SP	Soins Palliatifs

# **PLAN**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **INTRODUCTION**

## **METHODE**

1. Revue narrative de la littérature
  - 1.1 Stratégie de recherche bibliographique
  - 1.2 Sélection des articles
  - 1.3 Extraction des données
2. Enquête sur les pratiques pédagogiques des départements de médecine générale français, en matière de formation aux soins palliatifs
  - 2.1 Population
  - 2.2 Recueil des données
  - 2.3 Élaboration du questionnaire
  - 2.4 Analyse des résultats

## **RESULTATS**

1. Revue narrative de la littérature
  - 1.1 Description des études incluses
  - 1.1 Principaux résultats
  - 1.2 Synthèse
2. Enquête sur les pratiques pédagogiques des départements de médecine générale français, en matière de formation aux soins palliatifs
  - 2.1 Diagramme de flux
  - 2.2 Principaux résultats
  - 2.3 Synthèse

## **DISCUSSION**

1. Résultats principaux
2. Adéquation entre les attentes des internes et les propositions pédagogiques des DMG
3. L'approche par compétence, une spécificité du DES de médecine générale
4. L'interdisciplinarité, une compétence nécessaire en soins palliatifs
5. Forces et limites du travail
6. Implications pédagogiques : retombées de cette étude sur le projet d'enseignement

## **RETOUR SUR EXPERIENCE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIÈRES**

## **ANNEXES**

# INTRODUCTION

La pratique des soins palliatifs en France s'est profondément développée ces dernières années. Depuis la circulaire de 1986, dite Laroque (1), relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, plusieurs lois et plans triennaux se sont succédé afin de poser les bases de l'organisation des soins palliatifs et garantir à toute personne malade la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.

L'actuel plan national de développement des soins palliatifs 2015-2018 (2), fort des recommandations de la loi Claeys-Léonetti (3), fixe comme priorité **la réduction des inégalités d'accès et de formation aux soins palliatifs**, qui persistent ([Annexe 1](#)) malgré les précédentes mesures mises en place. Il développe quatre axes prioritaires :

- ✓ **Informé le patient**, lui permettre d'être au cœur des décisions qui le concernent,
- ✓ **Former les professionnels**, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs,
- ✓ **Développer les prises en charge en proximité** : favoriser les soins palliatifs à domicile,
- ✓ **Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous.**

De manière récurrente, la littérature pointe du doigt **le sentiment de manque de formation des professionnels de santé en exercice** (4). Cette insuffisance de formation est identifiée comme l'une des principales difficultés au maintien à domicile d'un patient en fin de vie (5). Ce constat est similaire chez les jeunes médecins en formation (6) et reste valable aujourd'hui : Quatre-vingts pour cent des internes interrogés à Lyon, Marseille et Strasbourg en 2017 estimaient leur formation à moins de 5h, ce qu'ils qualifiaient « d'insuffisant » (7).

A la lumière de ces éléments bibliographiques et de cette volonté politique, un **projet d'enseignement destiné aux étudiants en 3<sup>ème</sup> cycle** a vu le jour, sous l'impulsion conjointe du Département de Médecine Générale (DMG) et de l'équipe de soins palliatifs du CHU d'Angers.

Ce projet s'est particulièrement développé en écho aux mesures du dernier plan triennal (2); La mesure n°4, Action 4-1 « *Faire travailler ensemble les professionnels autour des soins palliatifs : inciter à la création d'une unité d'enseignement interdisciplinaire pour les étudiants des différentes filières de formation en santé* » et la mesure n°5, Action 5-1 « *Mettre en place dans le troisième cycle des études médicales une formation spécialisée en soins palliatifs/douleur* ».

De manière concordante avec les choix pédagogiques du DMG d'Angers, celui-ci a été réfléchi en adéquation avec les principes de l'approche par compétence, qui constitue à l'heure actuelle le modèle pédagogique dominant en sciences de l'éducation. Il s'appuie sur des enseignements contextualisés, centrés sur les apprenants et cohérents avec les compétences professionnelles à développer.

La description de l'intervention pédagogique est disponible en [Annexe 2](#).

**L'objectif de ce travail de thèse était de soutenir la création de cet enseignement en apportant des prérequis pédagogiques sur les attentes des apprenants et sur les dispositifs similaires déjà existants sur le plan national.**

# METHODE

Ce travail comprenait deux volets : une revue narrative de la littérature concernant les attentes des internes et un état des lieux des pratiques pédagogiques actuelles des DMG français sur la thématique des soins palliatifs.

## 1. Revue narrative de la littérature

### 1.1. Stratégie de recherche bibliographique

- Équation de recherche : Les termes « formation », « compétences », « attentes » ont été associés dans différentes équations de recherche avec les termes « internes » ou « internes en médecine générale » ou « médecins en formation » et l'expression « soins palliatifs ». L'équation suivante « Formation » ET « Internes » ET « Soins palliatifs » a permis d'identifier le plus d'articles pertinents.
- Bases de données explorées : L'équation de recherche a été soumise dans la base de données du Sudoc permettant de retenir 10 thèses. L'exploration de la littérature grise par l'intermédiaire du moteur de recherche Google Scholar a permis d'ajouter 4 références. Consultées par la suite sur Science Direct, cela a conduit à l'inclusion de 2 références supplémentaires. Ces six références étaient toutes issues de la revue « Médecine Palliative : Soins de Support- Accompagnement – Éthique ». Une référence supplémentaire a été retenue après interrogation du moteur de recherche du CisMef.
- Critères d'inclusion : Après lecture du résumé, les documents traitant des attentes des internes en matière de formation aux soins palliatifs ont été retenus en priorité. Certaines références abordant le ressenti et les compétences des internes dans le domaine des soins palliatifs se sont révélées pertinentes également.
- Types de documents : La plupart des références retenues étaient des thèses de médecine générale ou des articles de revue, issus de « Médecine Palliative ».

- Date de publication : Considérant que l'organisation de l'enseignement en 3<sup>ème</sup> cycle a beaucoup évolué ces dernières années, les références ont été intégrées dans une limite d'ancienneté de 10 ans et jusqu'en février 2018.
- Langue : français
- Critères d'exclusion : Les références pédiatriques ont été exclues car le projet pédagogique s'orientait dans un premier temps sur la prise en charge du patient adulte. De même, les articles étrangers ont été jugés non adaptés au contexte pédagogique français et n'ont pas été retenus pour cette revue de la littérature.

## **1.2. Sélection des articles**

La sélection des articles a été assurée par le chercheur principal de l'étude, à partir des critères définis ci-dessus. Les bibliographies des articles retenus ont été étudiées et les articles intéressants qui y figuraient ont été inclus dans la revue. La gestion des références a été réalisée avec le logiciel Zotero.

## **1.3. Extraction des données correspondant à l'objectif de recherche**

Enfin, l'analyse du contenu des articles a permis l'extraction des données pertinentes en rapport avec la question de recherche.

# **2. Enquête sur les pratiques pédagogiques des départements de médecine générale français en matière de formation aux soins palliatifs**

Une enquête exploratoire informelle via les syndicats d'internes en médecine générale de toute la France a montré qu'une grande partie des facultés de médecine organisait un enseignement spécifique aux soins palliatifs et à la fin de vie. A partir de ce travail, il nous a paru intéressant de réaliser une étude plus structurée, adressée aux DMG, afin de recueillir des données de

meilleure qualité. Il s'agissait d'une **étude quantitative descriptive transversale, réalisée du 04/09/2017 au 01/12/2017.**

## **2.1. Population étudiée**

Cette étude portait sur **34 départements de médecine générale français (DMG)** parmi les 37 répertoriés par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). La faculté d'Angers n'était pas incluse dans l'enquête. Le DMG Corse ne possédait pas d'adresse mail de contact. Les DMG d'Antilles-Guyane et Antilles-Martinique ont été considérés, à tort, comme une seule entité. Les DMG ayant un fonctionnement pédagogique autonome, tous ont été inclus y compris les villes comptant deux ou plusieurs facultés, par exemple à Lille.

## **2.2. Recueil de données**

Le recueil de données a été réalisé par un **questionnaire en ligne déposé sur la plateforme LimeSurvey**. Le lien du questionnaire a circulé par l'intermédiaire du réseau des chefs de clinique en médecine générale. Après envoi, deux relances ont été réalisées sur une période de 3 mois : la première, à 1 mois, envoyée à l'ensemble des chefs de clinique puis la seconde, 1 mois plus tard, ciblée sur les non-répondants.

## **2.3. Élaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été réalisé en lien avec l'équipe pédagogique à l'initiative du projet d'enseignement. Il est disponible en **Annexe 3**.

Il était possible de le remplir plusieurs fois, dans l'hypothèse où plusieurs répondants originaires du même DMG répondraient au questionnaire.

Ce dernier était composé de 11 questions, mais un algorithme permettait d'éviter de répondre à tout le questionnaire si la réponse à la première question était négative (facultés n'organisant pas d'enseignement spécifique). Dans ce cas, le répondant était dirigé vers une ultime question interrogeant un éventuel projet en cours sur ce sujet.

Il y avait 7 questions fermées, à choix unique ou multiple, permettant d'identifier la faculté d'origine du répondant, l'organisation générale de l'enseignement (forme, durée, ...), les participants et formateurs concernés et, le caractère obligatoire ou facultatif de l'enseignement. Il était à chaque fois possible de rajouter des commentaires en texte libre. Les trois dernières questions, ouvertes, portaient sur les modalités pédagogiques (objectifs pédagogiques, enseignant référent, ressenti formateurs/participants, conseils, ...).

## **2.4. Analyse des résultats**

Les résultats ont été analysés directement à partir de LimeSurvey ou exportés vers Excel, ce qui a permis une meilleure hiérarchisation des résultats et la réalisation de graphiques et tableaux si nécessaire.

# **RESULTATS**

## **1. Revue narrative de la littérature**

L'exploration de la littérature a permis de sélectionner 12 études correspondant aux critères d'inclusion retenus.

## 1.1. Description des études incluses

Le tableau I décrit les principales caractéristiques des études retenues. Les études y sont classées par type de méthode puis par ordre antéchronologique.

	Titre de l'article	Auteur(s), Ville	Parution	Type	Méthode, Population	Objectif de l'étude
ETUDES QUALITATIVES	État des lieux des connaissances et du ressenti des internes de médecine générale dans la prise en charge de patients en fin de vie.(8)	Ho S, Paquet AL Paris 6	2017	Thèse	Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 <b>internes de médecine générale</b> Parisiens ayant effectué un stage ambulatoire de niveau 1.	Réaliser un <b>état des lieux des connaissances/ représentations/ difficultés</b> rencontrées chez les internes de médecine générale, face aux soins palliatifs et à l'accompagnement des patients en fin de vie.
	Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à NICE en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie ?(9)	Innocenti N Nice	2016	Thèse	Étude qualitative, par réalisation d'entretiens semi-dirigés, auprès de 13 <b>internes en médecine de toutes spécialité</b> à la faculté de Médecine de Nice.	Évaluer <b>les besoins et attentes des internes</b> , après avoir identifié leur ressenti lors de la gestion de patients en fin de vie.
	Formation des internes en médecine de la douleur et médecine palliative : bilan et suggestions des étudiants.(10)	Mulot-Bausière M, Et all Paris	2016	Article de revue	Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 18 <b>étudiants de la promotion 2011-2013 du DESC de soins palliatifs</b> à Paris.	Recueillir <b>le bilan des compétences</b> et le vécu des médecins en formation à l'issue du DESC.
	Accompagnement de fin de vie à domicile : ressenti des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et réflexion pour celle à venir.(11)	Fanardjis MA Angers	2013	Thèse	Étude qualitative, à travers deux "focus-groupe" réalisés avec des <b>internes en dernière année de médecine générale</b> se destinant à la médecine ambulatoire, de la faculté de médecine d'Angers.	Recueillir le ressenti de la population cible sur l'accompagnement de fin de vie à domicile ; se sentent-ils assez bien préparés à le réaliser ? Quels sont leurs <b>besoins en termes de formation initiale ?</b>
	Aperçu des compétences technico-scientifiques et légales, des internes rennais de médecine générale en fin de cursus, dans la prise en charge de leurs patients en situation palliative en médecine libérale.(12)	Poinceaux S, Texier G Rennes	2013	Thèse	Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de <b>internes du quatrième au sixième semestre de médecine générale</b> ayant réalisé leur stage ambulatoire de niveau 1, de la faculté de Rennes	Évaluer si les internes de médecine générale en fin de cursus ont acquis <b>les compétences technico scientifiques et légales</b> nécessaires pour prendre en charge en médecine libérale leurs patients en situations palliatives.

Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ?(7)	Lutz C, Mery H, Lyon	2017	Thèse	Étude transversale quantitative et descriptive par questionnaires auprès des <b>internes en médecine générale</b> en fin de cursus, à Strasbourg, Lyon, Marseille.	Évaluer <b>le sentiment de compétence</b> des internes en fin de cursus, à la prise en charge de la fin de vie à domicile.
Soins palliatifs et accompagnement de patient en fin de vie : formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus.(13)	Rombi J, Humeau C Lyon	2017	Thèse	Étude monocentrique, quantitative et descriptive auprès des <b>internes de médecine générale</b> en fin de cursus, à la faculté de Lyon.	Évaluer <b>le rôle de la formation</b> reçue en soins palliatifs dans l'acquisition de connaissances et de compétences chez la population cible.
L'interne de garde face aux situations palliatives au CHU d'Angers.(14)	Gutierrez D Angers	2017	Mémoire DESC soins palliatifs	Étude rétrospective quantitative menée auprès <b>d'internes et d'anciens internes</b> ayant réalisé des gardes de bip au CHU d'Angers, via un questionnaire en ligne.	Préciser les situations palliatives que les internes ont à gérer lors de leurs gardes, <b>connaître les ressources dont ils disposent</b> pour y faire face et les <b>difficultés</b> qu'ils peuvent rencontrer.
Le ressenti des internes de médecine générale dans la prise en charge des patients en fin de vie dans les milieux hospitaliers d'Île-de-France.(15)	Haardt V, Philippart F Paris 6	2017	Thèse	Étude quantitative monocentrique par enquête prospective (auto-questionnaire) auprès <b>d'internes de médecine générale</b> d'Île de France	Évaluer <b>le ressenti des internes</b> concernant la prise en charge des patients en fin de vie.
Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ?(16)	Poinceaux S, Texier G Rennes	2014	Article de revue	Étude quantitative, descriptive, multicentrique, auprès d' <b>internes de médecine générale</b> en fin de cursus des facultés de Clermont-Ferrand, Nantes, Rennes et Toulouse, via un questionnaire issu d'une étude qualitative préalable.	Confirmer l'existence de <b>difficultés constatées lors de l'étude préliminaire</b> , à propos de certaines connaissances technicoscientifiques et légales participant aux compétences utiles en soins palliatifs.
Enquête auprès des internes du CHU de Nantes concernant la médecine palliative.(17)	Rouzo-Terreux C Nantes	2012	Thèse	Enquête-information par questionnaire informatique réalisée auprès d' <b>internes de toutes spécialités confondues</b> , au CHU de Nantes.	Faire réagir les internes au sujet de la médecine palliative, notamment de la loi Léonetti et de l'euthanasie, afin de mieux connaître <b>leurs besoins en termes de formation</b> .
Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques.(18)	Dany L, Rousset MC, et al Marseille	2009	Article de revue Médecine Palliative	Étude quantitative transversale, monocentrique auprès de <b>l'ensemble des internes</b> de la faculté de médecine de Marseille, via un questionnaire.	Étudier <b>les représentations sociales des soins palliatifs</b> et leurs liens avec les pratiques professionnelles des internes en médecine générale

Tableau I: Caractéristiques des études retenues

## **1.2. Principaux résultats**

### **1.2.1. Constat unanime d'un manque de formation**

De manière constante les internes éprouvaient le sentiment d'une formation insuffisante, aussi bien théorique que pratique (7) (11), tout au long de leurs études. Neuf internes sur dix interrogés en 2009 à Marseille ne s'estimaient pas assez formés aux soins palliatifs et plus de la moitié ne se sentaient pas à l'aise avec la prise en charge de la fin de vie (18). Ce sentiment était partagé par 80 % des internes Rennais en 2014. Par ailleurs, tous considéraient comme « inexistant » ou inférieur à 5h leur enseignement au cours du troisième cycle (16). Ce ressenti est constant dans le temps et sur le territoire puisqu'en 2017, les internes d'Angers se sentaient toujours en difficulté, du fait de leur manque de connaissance. (14)

### **1.2.2. Attentes des internes vis-à-vis d'une formation dédiée aux soins palliatifs**

#### **a) Approfondir les aspects technico-scientifiques**

L'évaluation de la douleur et la gestion des antalgiques n'étaient pas claires en 2014 (12). Cette donnée n'était pas forcément retrouvée dans les articles plus récents (7)(13). L'utilisation de l'hypnovel et la gestion des symptômes d'inconfort n'étaient pas maîtrisées (7), particulièrement lorsqu'il s'agissait de symptômes complexes ou réfractaires (10).

#### **b) Améliorer les connaissances législatives**

Le cadre juridique n'était pas bien connu des internes, qu'il s'agisse de citer les grands principes de la Loi Léonetti ou les modalités de rédaction et de validité des Directives Anticipées (DA) (16). Dans un travail récent, plus de la moitié des internes ne connaissaient pas les modifications apportées par la loi Claeys-Léonetti (15). La procédure de décision de Sédation

Profonde et Continue maintenue Jusqu'au Décès (SPCJD) ne semblait pas mieux connue (13)(8).

### **c) Élaborer un questionnaire éthique**

Les situations questionnant l'éthique mettaient en difficulté les internes, principalement lorsqu'il s'agissait de poser les indications d'une Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) (14)(17). La moitié des étudiants ne se sentaient pas compétents lorsqu'il s'agissait de tenir une réflexion éthique face à une situation complexe de fin de vie (7). Certains témoignaient d'ailleurs de leur « peur de franchir les limites » de la légalité (8).

### **d) Favoriser la coordination des soins avec les acteurs des soins palliatifs**

Les internes étaient demandeurs d'une clarification autour de la connaissance des réseaux de soins ambulatoires (11) et d'applications concrètes pour la gestion d'une fin de vie au domicile (16). La coordination des soins avec l'Hospitalisation A Domicile (HAD) et, de façon plus générale, le travail en équipe pluridisciplinaire, semblaient poser soucis aux internes (7).

### **e) Améliorer la compétence relationnelle, une attente inconstante**

Dans certaines études, les internes s'estimaient d'un bon niveau de compétence dans le domaine du relationnel (7). Malgré cela, quelques situations particulières pouvaient être vécues comme difficiles, lorsqu'il s'agissait d'annoncer une limitation des soins actifs par exemple, le manque d'expérience rendant cet exercice difficile sur le plan émotionnel (9).

## **1.2.3. Propositions pour l'amélioration de la formation**

La grande majorité des internes était favorable à l'augmentation de la formation théorique et pratique en troisième cycle, parfois jusqu'à 95% des personnes interrogées (15).

Les propositions pour l'amélioration de la formation théorique étaient majoritairement d'axer l'enseignement sur la pratique et la réalité du terrain (16). Les étudiants appréciaient les

méthodes d'enseignement favorisant une participation active de l'apprenant (10), par exemple des mises en situation par des jeux de rôle (8)(9). L'enseignement en séminaire semblait plébiscité, mais les internes insistaient sur le caractère bref et optionnel de ces derniers (17). La mise en place de Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques (GEAP) autour de situations cliniques personnelles ou de groupe de parole « type Balint » était proposée afin d'aborder plus largement la fin de vie et les questions d'éthique (9). Enfin, la participation d'intervenants du réseau (professionnels des soins palliatifs) et l'organisation d'enseignements pluri-professionnels étaient évoquées dans le but de construire une approche interdisciplinaire (13). Concernant la formation pratique, les internes ne semblaient pas favorables au fait de rendre un stage en soins palliatif obligatoire durant leur cursus (7). Cependant, en 2012, 92% des internes étaient favorables à « un stage clinique de cinq jours en soins palliatifs obligatoire pendant l'externat » (17). Cette proposition reprise plus récemment recevait le même accueil auprès des internes (9).

### 1.3. Synthèse

Le manque de formation ressenti portait essentiellement sur les connaissances technico-scientifiques telles que la **gestion des symptômes d'inconfort**, complexes ou réfractaires et la **connaissance du cadre juridique**. La **notion d'éthique** et les situations qui en découlent restaient un problème prioritaire pour les internes, d'emblée mis en difficulté face à celles-ci. La **coordination des soins en ambulatoire** posait problème compte-tenu d'une méconnaissance du réseau de soins (structures libérales, personnes ressources).

Les internes étaient demandeurs de **formations courtes et interactives**, intégrant ces thèmes au sein de **situations cliniques concrètes**. Ils souhaitaient être capables d'effectuer une prise en charge ambulatoire efficiente, sous-entendant d'aborder la connaissance des équipes de terrain comme les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et les structures ambulatoires comme l'HAD.

## 2. Enquête sur les pratiques pédagogiques des DMG français en matière de formation aux soins palliatifs

### 2.1. Diagramme de Flux

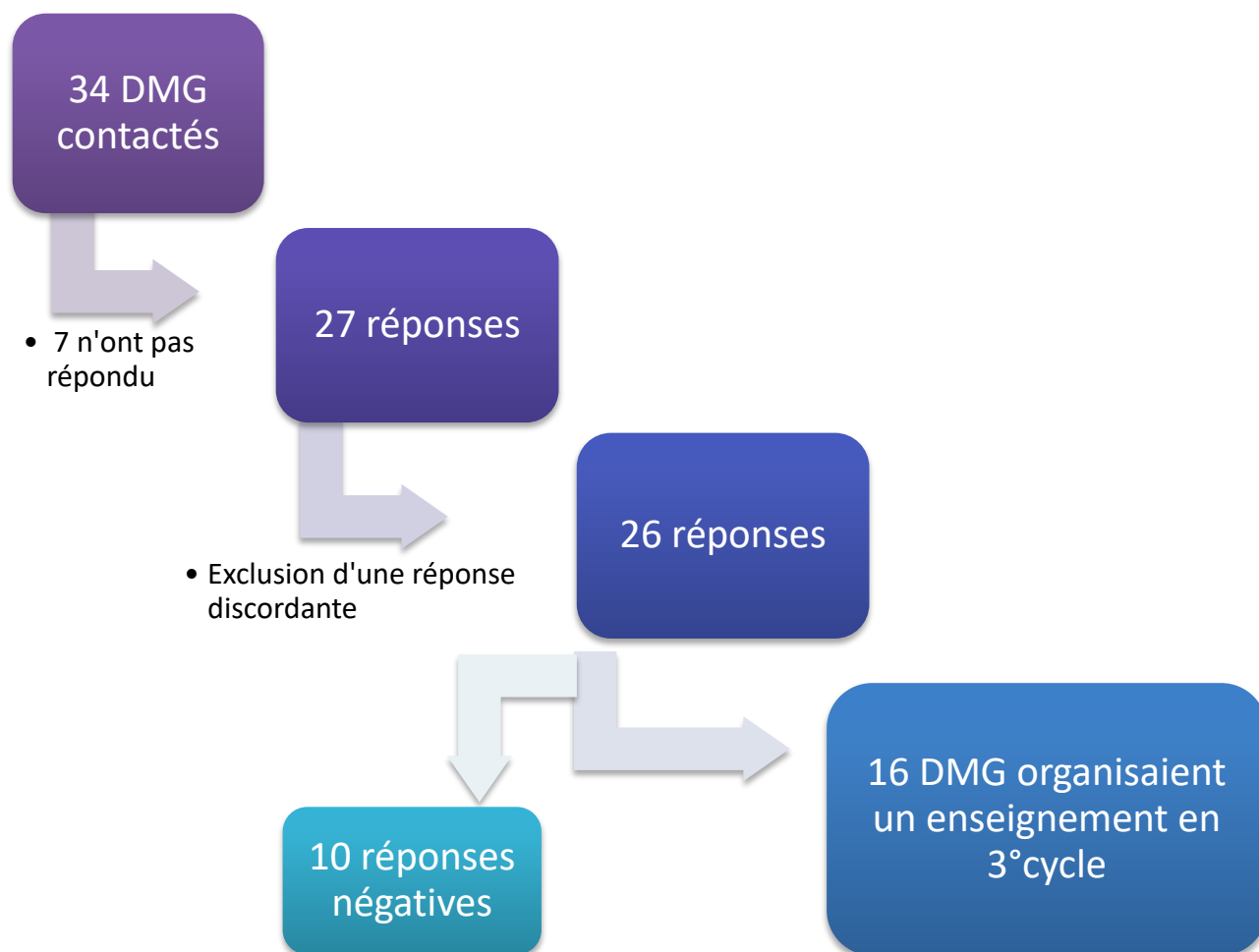


Figure 1: Diagramme de flux

Plusieurs facultés ont répondu en doublon. Parmi ces réponses, certaines étaient discordantes.

La sollicitation directe du responsable d'enseignement a permis de lever les ambiguïtés, sauf pour une faculté. Cette dernière a donc été exclue de l'analyse.

La liste des facultés ayant répondu est disponible en [Annexe 4](#).

## 2.2. Principaux résultats

### 2.2.1. Proportion de facultés proposant un enseignement relatif aux soins palliatifs dans le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale

Seize DMG parmi les facultés ayant répondu, soit **62%, disposaient d'un enseignement dédié aux Soins Palliatifs en 3<sup>ème</sup> cycle.**

Ce résultat a été obtenu à partir de la Question 2 « *Un enseignement abordant les soins palliatifs et/ou la prise en charge de la fin de vie est-il dispensé en 3<sup>o</sup> cycle ?* ». Nous avons collecté 17 réponses positives mais l'une d'elle a été reclassée. En effet, il ressortait dans la suite de la réponse que les internes devaient participer de façon autonome à des Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques (GEAP), dont l'un des thèmes pouvait être la prise en charge palliative, sans qu'un enseignement spécifique soit organisé.

Parmi les réponses négatives une faculté précisait avoir arrêté son enseignement en 2016, dans une volonté d'harmoniser les enseignements sous forme de GEAP non thématiques. Une faculté expliquait organiser des congrès annuels avec des interventions courtes à thème libre, dont certaines pouvaient aborder les soins palliatifs. Une faculté signalait organiser depuis peu un séminaire « Communication et relation médecin-malade » mais il n'est pas spécifique aux soins palliatifs.

Enfin, une seule faculté parmi les dix mentionnait avoir un projet de formation relatif aux soins palliatifs en cours. Il fait d'ailleurs l'objet d'une thèse de médecine générale également.

### 2.2.2. Type d'enseignement proposé

Les trois catégories suivantes étaient proposées :

- **Enseignement Dirigé (ED)** : enseignement en petit groupe (20 à 30 personnes), où des cas pratiques sont abordés avec l'enseignant.
- **Cours Magistral (CM)** : enseignement en amphithéâtre ou en grand groupe (de + de 30 personnes) permettant moins d'interactivité.

- **Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques (GEAP)** : analyse en petit groupe (< 20 personnes) de situations cliniques vécues par les participants.

La figure 2 synthétise la répartition des différents enseignements.

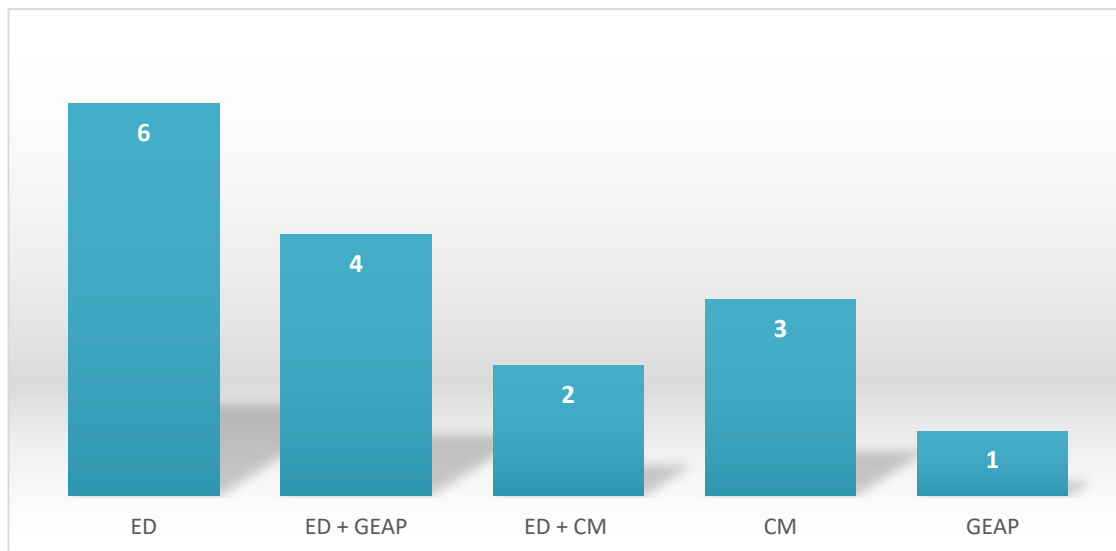


Figure 2 : Type d'enseignement proposé par les Départements de Médecine Générale français ayant répondu. (Légende : ED : Enseignement dirigé, GEAP : Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques, CM : Cours Magistraux)

Les trois quarts des facultés (N=12) organisaient leur enseignement sous forme d'**Enseignements Dirigés (ED)**. Parmi les facultés organisant uniquement des Cours Magistraux (CM), l'une d'elle précisait les organiser en demi-promotion afin de maintenir une interactivité relative avec les intervenants. **Dans 60% des cas, l'enseignement était facultatif.**

### 2.2.3. Temps consacré à l'enseignement

La majorité des facultés (N = 11) y consacrait **une journée**, soit environ 8h. Les extrêmes existaient puisqu'une faculté y consacrait moins d'une demi-journée (environ 1h30) et une autre « plus d'une journée ». Les trois dernières facultés proposaient un enseignement d'environ 4h, qualifié de « ½ journée ».

#### 2.2.4. Public-cible

**Une seule faculté intégrait des internes d'autres spécialités à leur enseignement,** dans le cas présent, des internes du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de psychiatrie. Aucune faculté n'intégrait d'étudiants de filières paramédicales ou médico-sociales.

#### 2.2.5. Intervenants

La totalité des enseignements était animée par des médecins généralistes enseignants. La moitié était co-animée avec un ou plusieurs professionnels des soins palliatifs, qui n'étaient pas obligatoirement médecins. Deux facultés faisaient également intervenir des professionnels de l'HAD. L'une d'elles faisait aussi appel à d'autres professionnels concernés par la prise en charge de la fin de vie à domicile (assistante sociale, psychologue...).

#### 2.2.6. Contenu pédagogique

Le contenu pédagogique des formations proposées est disponible en **Annexe 5**. Tous les répondants n'ont pas mentionné leurs objectifs pédagogiques.

### 2.3. Synthèse

A la lecture de ces résultats, l'enseignement « type » proposé par les DMG français serait donc un **Enseignement Dirigé (ED) facultatif d'une journée (environ 8h) co-animé par un médecin généraliste et un spécialiste des soins palliatifs, destiné aux internes de médecine générale exclusivement.**

# DISCUSSION

## 1. Résultats principaux

Les médecins en formation semblaient majoritairement en difficulté sur des sujets questionnant l'éthique et le cadre législatif. La compétence relationnelle semblait mieux maîtrisée. Les internes étaient demandeurs de formation sur des temps courts, interactifs, centrés sur la mise en pratique de leurs connaissances lors de situations cliniques concrètes, applicables à leur exercice ambulatoire. La connaissance du réseau de soin et le développement de leur compétence de coordination au sein d'une équipe pluridisciplinaire leur semblait primordiale. En regard, l'enseignement « type » proposé par les DMG français était un ED facultatif d'une journée, co-animé par un médecin généraliste et un spécialiste des soins palliatifs, destiné exclusivement aux internes de médecine générale.

## 2. Adéquation entre les attentes des internes et les propositions pédagogiques des DMG

Malgré l'absence d'obligation officielle à dispenser un enseignement relatif aux soins palliatifs au cours du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, deux tiers des DMG ayant répondu à notre enquête l'ont déjà mis en place. Néanmoins celui-ci reste la plupart du temps facultatif. Il existe sans surprise des disparités dans les modalités d'organisation de ces séances puisque le législateur ne s'est pas prononcé sur les détails pratiques de sa mise en place (2).

Cependant, le contenu pédagogique ([Annexe 5](#)) proposé par les DMG semblait relativement homogène et couvrait l'ensemble des attentes formulées par les internes à l'issue de notre revue de la littérature. Les aspects techniques tels que la prise en charge des symptômes d'inconfort de la fin de vie et le cadre juridique étaient abordés dans la plupart des enseignements. La réflexion éthique autour du projet de soin de fin de vie était mentionnée par tous les DMG ayant précisé leurs objectifs pédagogiques. La notion du réseau et les

ressources à mobiliser pour une prise en charge à domicile étaient abordées. Seule la faculté de Rouen mentionnait l'interdisciplinarité comme objectif pédagogique, néanmoins ce dernier semblait être travaillé dans un séminaire à part, dédié au maintien à domicile de la personne fragile. Concernant la structure de cet enseignement, il semblait assez proche des propositions faites par les internes.

### **3. L'approche par compétence, une spécificité du DES de médecine générale ?**

L'apprentissage par compétence s'est imposé dans l'enseignement de la médecine générale depuis la création du DES en 2004. Reprenant la définition de Jacques Tardif, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) définit la compétence comme « *un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet l'identification de problèmes et leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné* ». Ce paradigme d'apprentissage (19) n'exclut pas pour autant les « savoirs disciplinaires » mais au contraire les intègre dans la formation, pour les rendre opérationnels (20). Ainsi les compétences mettent en jeu « *des processus cognitifs dans des champs différents (biomédical/social/éthique/juridique...) nécessitant de nombreuses connaissances, habiletés, procédures et comportements* » (21).

Le CNGE a pu définir six « compétences génériques » que doivent acquérir les futurs médecins généralistes au cours de leur cursus (22). Elles sont détaillées dans la figure 3.

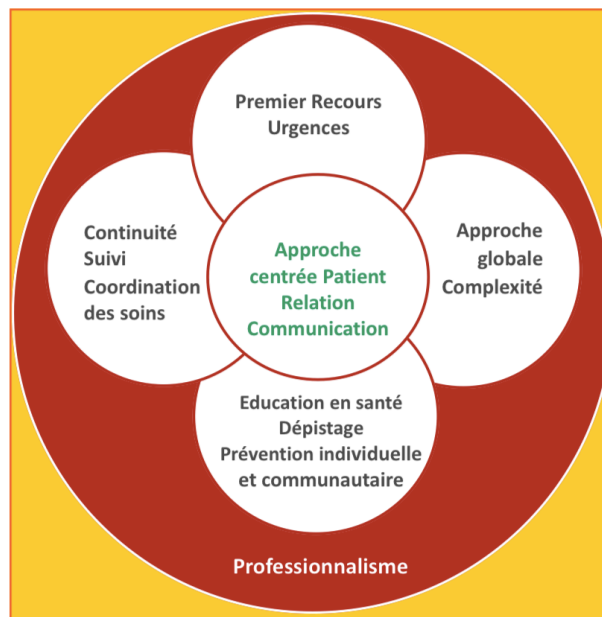


Figure 3 - Marguerite des compétences du métier de médecin généraliste

Pour maintenir l'alignement pédagogique - entendu comme l'adéquation des objectifs pédagogiques, des activités d'enseignement et des modalités d'évaluation -, la formation est centrée sur les apprentissages en « situation professionnelle authentique » en favorisant l'interaction avec les formateurs (23). La mise en place de GEAP, l'utilisation de traces d'apprentissage collectées au sein d'un portfolio et l'accompagnement par un tuteur sont autant d'outils pédagogiques sur lesquels les DMG s'appuient (21).

Par ces aspects, le modèle pédagogique du DES de médecine générale est différent de celui des autres spécialités médicales. Tout l'enjeu du projet d'enseignement était donc de trouver un point de rencontre entre les exigences pédagogiques du DMG et la nécessité d'intégrer les participants des autres spécialités, peu habitués aux GEAP par exemple.

## 4. L'interdisciplinarité, une compétence nécessaire en soins palliatifs

Un seul DMG intégrait des internes d'autres spécialités. Pourtant, la mesure 4-1 du plan triennal (2) incite à la création d'un enseignement interdisciplinaire pour les étudiants en santé. L'interdisciplinarité peut être définie comme « l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques, dans un but commun » (24). Au contraire, la pluridisciplinarité serait plutôt une « juxtaposition des disciplines ». Ces interactions entre les disciplines permettent la mise en réseau de savoirs et de compétences (25) et, garantissent un enrichissement mutuel. La complémentarité de chacune des disciplines, au sein d'une même équipe, permet la résolution de problèmes complexes.

Les soins palliatifs s'exercent au sein d'une équipe de soins pluri professionnelle, qui partage ses compétences autour des besoins de soins du patient (26). L'interdisciplinarité apparaît ainsi comme une réponse face à la complexité de l'être humain, des situations de soins (27) et, face aux décisions éthiques difficiles. Elle permet, par exemple, la mise en œuvre des mesures de collégialité. Pour certains auteurs, il s'agit même d'un enjeu éthique (28), « au fondement de la clinique des soins palliatifs » (29).

Malgré tout, collaborer en interdisciplinarité n'est pas inné et peut faire l'objet d'un apprentissage. L'interdisciplinarité « est une visée, elle se construit pas à pas, et n'exclut pas les conflits » (29). C'est une possible remise en question qui comporte un regard réflexif sur soi « *Travailler en interdisciplinarité, c'est accepter de prendre des risques et tout d'abord celui de la transformation de sa propre pratique au contact d'autres professionnels avec lesquels on interagit* » (30). De même, l'interdisciplinarité permet à l'équipe de soins d'acquérir une structuration moins hiérarchique, basée sur la reconnaissance mutuelle des compétences et la complémentarité (31). Elle est ainsi une modalité de travail qui améliore la qualité des soins, mais aussi une source de développement de compétences par enrichissement mutuel des

professionnels. Par ailleurs, certaines études montrent un effet préventif sur l'épuisement professionnel et sur l'éclatement des équipes (26).

## **5. Forces et limites du travail**

Il ne s'agissait pas d'une étude systématique de la littérature, néanmoins les données recueillies ont permis d'établir une synthèse des attentes des internes suffisamment informative pour y adapter la trame pédagogique de l'enseignement. Par ailleurs, les attentes recueillies en préformation correspondaient bien avec celles de la littérature.

Lors de l'enquête à destination des DMG, à la question 3, nous n'avions pas donné de définition précise des trois catégories d'enseignements proposées, en dehors du nombre approximatif de participant par séance. Ceci a pu fausser la répartition des données au moment de l'analyse des réponses et provoquer un biais de classement. Toujours dans la réalisation de cette enquête, nous avons volontairement laissé la liberté de répondre plusieurs fois au questionnaire pour une même faculté. En effet, ce dernier a été diffusé via la mailing liste des chefs de clinique de médecine générale. L'invitation n'était donc pas personnelle et nous avons pris le parti de penser que la réponse de l'un pourrait enrichir celle de l'autre. Nous n'avions pas anticipé la possibilité de réponses en doublon qui seraient discordantes. Elles ont donc été traitées au cas par cas, a posteriori, en sollicitant directement le responsable de l'enseignement. Par ailleurs, si nous avions interrogé directement les enseignants responsables à chaque fois que la réponse à la question 2 était positive, nous aurions pu collecter des informations plus précises et éviter le biais de mesure lié au fait que les chefs de cliniques n'étaient pas toujours concernés directement par ces enseignements.

Malgré tout, de nombreuses facultés ont répondu à notre enquête (N = 27, soit 73%) ce qui nous offre un bon aperçu des pratiques des DMG français.

Parmi les 7 facultés qui n'ont pas répondu, il semblerait que trois d'entre elles dispensent un enseignement de soins palliatifs, cette information provient de l'enquête informelle réalisée auprès des syndicats d'internes de médecine générale. Nous n'avons pas d'information supplémentaire sur les quatre dernières. Nous avons constaté quelques discordances entre les réponses des syndicats d'internes et celles des chefs de clinique. Par conséquent, l'ensemble de ces données n'a pas été intégré avec celles de l'enquête officielle.

## 6. Implications pédagogiques : retombées de cette étude sur le projet d'enseignement

L'objectif de ce travail était de soutenir la mise en place d'un projet d'enseignement à la faculté de santé d'Angers. La réalisation d'une revue narrative de la littérature a permis de recueillir les attentes des internes français, exprimées ou implicites, en matière de formation aux soins palliatifs. La sélection d'articles traitant des attentes, du ressenti et des compétences des internes en fin de cursus, vis-à-vis de la prise en charge de la fin de vie, a permis d'identifier certaines lacunes des jeunes médecins en formation.

Ces données ont été prise en compte lors de la planification pédagogique de l'enseignement. Ainsi il a été choisi d'aborder au cours de temps distincts, les quatre compétences de la pratique médicale, applicables aux soins palliatifs, définies par Aubry et Mallet (32) : **la compétence technoscientifique, la compétence relationnelle, la compétence éthique et la capacité de coopération.**

De même, les données concernant les enseignements déjà existants nous ont permis d'affiner la construction de notre projet. Il a donc été convenu, pour des raisons pratiques de le réaliser sur une journée entière, en présentiel. La densité des contenus à aborder lors de cette séance ne permettait pas d'en réduire la durée. Dans une volonté de rendre accessible cette session au plus grand nombre, et donc de pouvoir la répéter dans l'année, il n'a pas été jugé pertinent de l'étaler sur plusieurs jours. Le nombre maximal de participants a été fixé à 20, afin de

maintenir l'interactivité et d'assurer un espace de parole pour chacun. Dans un souci d'équilibre, 10 places ont été ouvertes aux internes de médecine générale et 10 places aux internes des autres spécialités médicales. Des méthodes et supports pédagogiques variés ont été utilisés au cours des quatre temps de la journée de formation, afin de s'adapter à la thématique abordée. Cela permettait également de maintenir l'attention et de susciter l'intérêt des participants, comme le suggère le CNEFUSP ([Annexe 6](#)), tout en ne déstabilisant pas les participants « novices ».

## RETOUR SUR EXPERIENCE

Les contributions détaillées des deux thésardes au projet pédagogique sont explicitées en [Annexe 7](#).

La première séance d'enseignement a eu lieu le 05 avril 2018 à la faculté d'Angers. Étaient présents le Dr Aude PIGNON, intervenant en qualité d'expert des soins palliatifs en secteur hospitalier, le Dr Clément GUINEBERTEAU, médecin généraliste enseignant, MASSUS Isaline et moi-même en tant que co-animatrices. Neufs internes ont participé.

Conformément à notre volonté de faire travailler ensembles des internes de spécialité médecine générale et de spécialités médicales hospitalières, les internes des spécialités Hématologie, Dermatologie, Neurologie, Endocrinologie, Pneumologie ont été sollicités. Vingt places ont été proposées, dix places pour les internes de médecine générale et dix places pour

les internes d'autres spécialités. Huit internes de médecine générale ont participé à cette première journée, aux côtés d'un interne d'Hématologie.

Un temps de présentation du projet, des formateurs et participants et, des objectifs pédagogiques de la journée, a été suivi par un retour sur les attentes des participants, recueillies lors du questionnaire préliminaire. Elles sont résumées en [Annexe 8](#).

Une partie de la matinée a permis d'aborder la **culture palliative** autour du « langage commun ». Un atelier de « brainstorming » basé sur le principe du « Mind Mapping » a permis d'élaborer une définition collective des Soins Palliatifs (SP).

La notion de **prise en charge globale** est clairement ressortie, les idées principales définissant la **situation palliative** (contexte/Patient/Entourage), et la **démarche palliative** (Objectifs /Moyens/ Proportionnalité des soins / Pluridisciplinarité) ont été citées.

D'autres notions comme la place de la Personne de Confiance, des Directives Anticipées (DA), de l'anticipation (prescriptions anticipées), l'interdiction de l'euthanasie, la prise en charge après le décès et la prise en compte de l'effet sur les soignants ont été soulevées après réflexion autour de la Fiche de Repérage Précoce développée par la CASSPA 49.

Le reste de la matinée a été consacré aux échanges autour de situations vécues comme difficiles en lien avec la prise en charge de symptômes d'inconfort. Cela a permis d'amorcer un temps de réflexion autour des Prescriptions Anticipées, médicamenteuses ou non. L'intérêt des ressources (matérielles et humaines) a été mis en évidence, tout comme la notion de proportionnalité des soins et de réévaluation.

L'après-midi s'est déroulée, dans sa première partie sous forme d'un GEAP permettant d'aborder de façon plus centrée sur le vécu et le ressenti du soignant, les notions de DA, le refus de soin, la limitation de soins et la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Une mise au point sur le cadre réglementaire, modifié récemment, a été apportée via l'expertise du Dr PIGNON.

Par la suite une réflexion en sous-groupes puis une restitution en grand groupe a été menée autour de situations pour lesquelles la prise en charge pluridisciplinaire a été perçue comme difficile. Ces situations ont mis en évidence l'importance du réseau de soin et des relations avec les professionnels du terrain. Une discussion autour de la fiche Urgence Pallia a replacé l'importance d'anticiper le projet de soin du patient, en collaboration avec les équipes ressources.

La journée s'est terminée par une discussion autour des acteurs du réseaux et leurs missions (HAD, EMSP, USP, LISP, etc.). A cette occasion une ressource novatrice a été présentée aux internes, leur permettant de retrouver rapidement les coordonnées des acteurs du terrain en fonction du type de structure recherché et de leur lieu d'exercice au sein de la région Pays de Loire. D'autres ressources dématérialisées ont été mises à disposition des internes, sur la plateforme Moodle. Ils ont désormais accès à des fiches « réseau » par département, aux informations concernant les droits des patients, les recommandations éthiques et la législation. Des liens renvoyant vers des ressources utiles, telles que la prise en charge de la douleur, des symptômes d'inconfort (fiches pratiques de la CASSPA 49) y sont intégrés.

L'avis « à chaud » des participants a été recueilli à l'oral avant de clôturer cette journée. Plusieurs internes ont cité l'anticipation comme une notion primordiale, d'autres ont exprimé être satisfaits des ressources qui leur ont été présentées. Les internes ont apprécié l'interactivité du module et sont tombés d'accord sur l'intérêt du caractère pluridisciplinaire de l'enseignement, malgré la présence pour cette première édition, d'un seul interne de spécialité hospitalière. Certains sont même allés plus loin en proposant d'y intégrer des étudiants d'autres professions de santé. Un interne a apprécié que les attentes des participants soient recueillies en amont de la journée de formation afin que le contenu pédagogique y soit adapté.

L'évaluation par un questionnaire en ligne qui a été envoyé 5 jours après la formation permettra d'affiner la satisfaction des premiers participants.

Néanmoins nous pouvons déjà retenir l'idée d'utiliser le jeu de rôle comme outil pédagogique lors des prochaines séances, souhait qui a pu être émis à plusieurs reprises au cours de cette première journée. De même, le but de cet enseignement étant d'apprendre à travailler ensemble, nous allons développer l'intégration des internes de spécialités médicales aux côtés des internes de médecine générale.

La mise en place de cet enseignement à la faculté d'Angers fait l'objet d'un second travail de thèse, centré sur l'évaluation à court et moyen termes (6 mois). Ces objectifs sont d'évaluer la faisabilité d'un outil d'évaluation des compétences interdisciplinaires en soins palliatifs (IP-short) et d'évaluer l'impact de cet enseignement sur le développement des compétences interdisciplinaires et des autres compétences nécessaires à la pratique des soins palliatifs (culture palliative, compétence technico-scientifique, compétence relationnelle).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [Internet]. [cité 3 avr. 2018]. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Circulaire-DGS-3D-du-26-aout-1986.html>
2. Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie - 2015-2018 [Internet]. [cité 17 juin 2017]. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf)
3. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. 2016-87 févr. 2, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>
4. GRIJOL-CARIOU A-L. Ressenti des médecins généralistes prenant en charge des patients en situation palliative avec un service d'hospitalisation à domicile. Enquête auprès de médecins généralistes du département de Mayenne. [THESE Médecine]. ANGERS ; 2011.
5. Vogel A, Serayet P. Besoins et attentes des médecins généralistes en termes de formation à la prise en charge de la fin de vie à domicile. [Thèse d'exercice]. Montpellier ; 2016.
6. Desfonds-Enjolras L. Les ressentis des étudiants en médecine face à leur premier mort : enquête auprès de 242 étudiants en médecine en 2009/2010 à la Faculté de Médecine de Montpellier [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier I. Faculté de médecine.
7. Lutz C, Mery H. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ? auto-évaluation par questionnaire auprès de 340 internes des facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
8. Ho S, Paquet A-L. État des lieux des connaissances et du ressenti des internes de médecine générale dans la prise en charge de patients en fin de vie. [Thèse d'exercice]. Paris 6 ; 2017.
9. Innocenti N, Caroline. Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à NICE en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie ? [Thèse d'exercice]. Nice ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01554855>
10. Mulot-Bausière M, Gallé-Gaudin C, Montaz L, Burucoa B, Mallet D, Denis-Delpierre N. Formation des

internes en médecine de la douleur et médecine palliative : bilan et suggestions des étudiants. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016 ;15(3) :143-50.

11. Fanardjis M-A. Accompagnement de fin de vie à domicile : ressenti des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et réflexion pour celle à venir. [Thèse d'exercice]. ANGERS ; 2013.

12. Poinceaux S. Aperçu des compétences technico-scientifiques et légales, des internes rennais de médecine générale en fin de cursus, dans la prise en charge de leurs patients en situation palliative en médecine libérale [Thèse d'exercice]. Université européenne de Bretagne ; 2013.

13. ROMBI J. Soins palliatifs et accompagnement de patient en fin de vie : formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus. [Thèse d'exercice]. Lyon 1 ; 2017.

14. Gutierrez D. L'interne de garde face aux situations palliatives au CHU d'Angers [Mémoire DESC SP]. 2017.

15. Haardt V, Philippart F. Le ressenti des internes de médecine générale dans la prise en charge des patients en fin de vie dans les milieux hospitaliers d'Île-de-France. [Thèse d'exercice]. Paris 6 ; 2017.

16. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. févr. 2016 ;15(1) :15-26.

17. ROUZO, épouse TERREAUX C. Enquête auprès des internes du CHU de Nantes concernant la médecine palliative. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2012.

18. Dany L, Rousset M-C, Salas S, Duffaud F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. oct. 2009 ;8(5) :238-50.

19. Paradigme d'enseignement/Paradigme d'apprentissage. In : Pédagogie dans l'enseignement supérieur [Internet]. Paris Descartes ; Disponible sur : [https://moodle-](https://moodle-admin.parisdescartes.fr/mod/glossary/showentry.php?courseid=430&eid=1691&displayformat=dictionary)

[admin.parisdescartes.fr/mod/glossary/showentry.php?courseid=430&eid=1691&displayformat=dictionary](https://moodle-admin.parisdescartes.fr/mod/glossary/showentry.php?courseid=430&eid=1691&displayformat=dictionary)

20. ISNAR IMG. Guide de l'apprentissage par compétences Ou comment mieux appréhender les évaluations du DES de médecine générale. 2013.

21. Pierre Le Mauff, Philippe Bail, François Gargot, François Garnier. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer. avr. 2005 ; (n°73).

22. CNGE. Présentation du DES -Marguerite des compétences [Internet]. Disponible sur :

[https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)

23. CNGE. CNGE - Pédagogie - 3<sup>o</sup> Cycle [Internet]. Disponible sur :

[https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/troisieme\\_cycle/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/troisieme_cycle/)

24. Interdisciplinarité. In : Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur :

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Interdisciplinarit%C3%A9&oldid=148038046>

25. A. Maingain, B. Dufour, G. Fourez. Approches didactiques de l'interdisciplinarité. De Boeck Université ; 2002.

26. SFAP. Interdisciplinarité en soins palliatifs. 2015 ; Disponible sur :

<http://www.sfap.org/system/files/presentation-offre-formation-interdisciplinarite-soins-palliatifs.pdf>

27. Joly C, Lainé A, Catan, Pochard. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. Éthique Santé. 1 sept 2011 ;8(3) :119-24.

28. Jacquemin D. Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 avr. 2009 ;8(2) :72-7.

29. Lassaunière J-M. Interdisciplinarité et clinique du soin. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 août 2008 ;7(4) :181-5.

30. Bolly C, Vanhalewyn M. Aux sources de l'instant. Manuel des soins palliatifs à domicile. 2002 ;193-201.

31. Jacquemin D. Éthique des soins palliatifs. Paris : Dunod ; 2004.

32. Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. Pédagogie Médicale. 1 mai 2008 ; 9(2) :94-102.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Diagramme de flux.....	19
Figure 2 : Type d'enseignement proposé par les Départements de Médecine Générale français ayant répondu .....	21

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Caractéristiques des études retenues ..... 15

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>PLAN .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>METHODE .....</b>	<b>10</b>
1. Revue narrative de la littérature.....	10
2. Enquête sur les pratiques pédagogiques des départements de médecine générale français en matière de formation aux soins palliatifs.....	11
<b>RESULTATS .....</b>	<b>13</b>
1. Revue narrative de la littérature.....	13
2. Enquête sur les pratiques pédagogiques des DMG français en matière de formation aux soins palliatifs .....	19
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>23</b>
1. Résultats principaux .....	23
2. Adéquation entre les attentes des internes et les propositions pédagogiques des DMG .....	23
3. L'approche par compétence, une spécificité du DES de médecine générale	24
4. L'interdisciplinarité, une compétence nécessaire en soins palliatifs .....	26
5. Forces et limites du travail.....	27
6. Implications pédagogiques : retombées de cette étude sur le projet d'enseignement .....	28
<b>RETOUR SUR EXPERIENCE .....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>33</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>36</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>37</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>39</b>
Annexe 1 - Enquête nationale sur les enseignements en soins palliatifs : Formation médicale initiale, PACES – DFGSM- DFASM.....	39
Annexe 2 – Description de l'intervention pédagogique .....	44
Annexe 3 – Questionnaire Lime Survey .....	45
Annexe 4 – Liste des facultés ayant répondu .....	49
Annexe 5 - Résumé des objectifs pédagogiques.....	50
Annexe 6 - Enseignements transversaux « Pratique médicale des soins palliatifs » à destination de tous les internes de médecine en phase socle .....	51
Annexe 7 - Interdisciplinarité médicale autour du patient en soins palliatifs. Deux projets de thèse.....	55
Annexe 8 – Attentes des internes avant le premier enseignement. ....	56

# ANNEXES

## Annexe 1 - Enquête nationale sur les enseignements en soins palliatifs : Formation médicale initiale, PACES – DFGSM- DFASM

*Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs  
Version finale du 16 janvier 2017*

### Préambule

En avril 2013, à la demande du Pr Dominique Perrotin, Président de la conférence des Doyens, le Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP) a effectué une enquête pour évaluer le volume d'enseignement dédié aux soins palliatifs lors du premier et second cycle des études médicales.

Cette enquête a mis en évidence :

- Un volume horaire moyen de 6 heures dans le cadre du module 6 avec des variables allant de 0 heure à 20 heures.
- Une grande hétérogénéité de l'enseignement selon les facultés aussi bien sur le volume horaire, la forme des enseignements, l'année d'enseignement.
- Une créativité pédagogique des acteurs de soins palliatifs pour remédier en partie au faible volume horaire avec une insertion dans les champs de sciences humaines et en éthique<sup>1</sup>.
- Un temps important des acteurs de soins palliatifs consacré à la formation<sup>2</sup>.

Il est aussi noté que la nomination de professeur associé dans une faculté permet de renforcer et structurer les activités d'enseignement en soins palliatifs.

Suite à la mise en œuvre de la réforme LMD en 2014 avec notamment l'instauration du Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM), nous avons renouvelé cette enquête afin d'établir un comparatif par rapport à 2013.

Ce bilan apparaît d'autant plus important que la réforme fait passer les items consacrés spécifiquement aux soins palliatifs de 2 à 6<sup>3</sup>. De plus, toutes les recommandations émanant

---

<sup>1</sup> Jeux de rôles, enseignement au sein des pôles, certificat optionnel, insertion transversale dans les autres modules, enseignements croisant les thématiques soins palliatifs et éthique, enseignements pluridisciplinaires...

<sup>2</sup> Implication des acteurs de soins palliatifs dans l'enseignement en sciences humaines et en éthique.

Implications des acteurs de soins palliatifs dans les DIU de soins palliatifs, DESC médecine palliative-médecine de la douleur, séminaires transversaux DES, enseignements dans des DU ou Master d'autres disciplines notamment en éthique.

<sup>3</sup> Cf. en annexe le programme de l'UE 5 avec la présentation des 6 items

des tutelles insistent depuis de nombreuses années sur l'importance de renforcer la formation médicale en soins palliatifs et à la délibération médicale.

Il est important de préciser que cette enquête ne vise pas à comparer ou à porter un jugement sur les enseignants ou les facultés. Elle cherche simplement à faire un état des lieux afin de proposer des axes pédagogiques et/ou institutionnels adaptés.

## **Méthode**

S'appuyant sur le listing du Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP), nous avons contacté les responsables des enseignements en soins palliatifs de chaque faculté. Ils devaient mentionner le volume horaire et le type d'enseignement qu'ils assuraient en DFGSM et en DFASM<sup>4</sup>. Une relance a été faite en insistant plus particulièrement sur l'Unité d'Enseignement 5 : « Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement ».

*Les enseignements effectués dans le champ de la médecine de la douleur n'ont pas été comptabilisés. Il en est de même de tout dispositif de formation des externes « au lit du malade » (accueil d'externe dans des équipes de soins palliatifs, formation sur les lieux de stage).*

## **Résultats**

24 Facultés ont répondu à l'enquête (27 en 2013).

### *Résultats relatifs à l'UE 5*

- Volume horaire dédié aux soins palliatifs dans le cadre de l'UE 5 :
  - o 10, 5 heures avec une répartition de 2 h à 21 h (6 h en 2013)
- Organisation :
  - o Grande hétérogénéité
  - o Exemples : toute la promotion en une fois, répartition de la promotion en deux groupes, promotion entière plus enseignements dirigés en petits groupes, enseignements dirigés uniquement...
- Année d'insertion de la formation dans le DFASM :
  - o Répartition à peu près égale entre première, seconde et troisième années
- Pédagogie :
  - o Travail essentiellement à partir de situations cliniques

---

<sup>4</sup> L'enquête n'a pas pris en compte les activités menées par les enseignants en soins palliatifs lors du troisième cycle ou en formation post universitaire : DESC médecine palliative-médecine de la douleur ; DIU de soins palliatifs ; Séminaire dans les DES de médecine générale, d'oncologie ou autres ; DU d'éthique, Master d'éthique ou autres Master ; Master national de médecine palliative...

### *Autres interventions en DFGSM et DFASM*

- Nombreuses interventions des acteurs de soins palliatifs au sein de l'UE « Santé-société-humanité » et des UE avec des items cancérologie
- Fréquentes propositions d'UE optionnelle : soins palliatifs, médecine palliative, interdisciplinarité, éthique (volume horaire de 20 à 30 heures)
- Apparition dans de nombreuses facultés de sessions exclusivement dédiées à des cas cliniques-préparation iENC

### *Remarques sur les facultés ayant un professeur associé en soins palliatifs*

- Comme en 2013, on constate que les facultés disposant d'un professeur associé en soins palliatifs offrent un plus grand volume d'enseignement en soins palliatifs et en éthique avec une insertion généralement plus continue dans le dispositif de formation.

## **Commentaires**

- Un accroissement du volume horaire moyen

La réforme des études médicales s'est traduite par un accroissement du volume horaire moyen des enseignements dédiés aux soins palliatifs qui passent de 6 heures à 10,5 heures. Cela reste cependant très hétérogène avec des intervalles qui vont de deux à vingt heures de formation.

Sur le plan strictement pédagogique, il est impossible de tirer des conclusions dans le cadre de cette enquête. En effet, l'accroissement souhaitable du volume horaire n'implique pas systématiquement une meilleure formation de l'étudiant d'autant que la pratique des soins palliatifs repose certes sur des connaissances mais aussi sur une implication personnelle, une adaptabilité relationnelle et une capacité réflexive en situation.

Dans ce contexte, l'optique générale est de continuer d'inscrire la formation en soins palliatifs tout au long des études médicales de manière graduée et continue en tenant compte des savoirs et capacités de l'étudiant ainsi que des situations qu'il rencontre en DFGSM, en DFASM et lors de l'internat.

Au niveau du DFASM, un des enjeux est de mettre en œuvre une articulation entre la formation en stage et la formation hors stage. Une piste possible est le renforcement d'accès des externes en médecine à des stages dans des structures de soins palliatifs avec la création d'un outil d'auto-évaluation simple, pratique et adapté.

- Une hétérogénéité des dispositifs et organisations de l'UE 5, items soins palliatifs

L'enquête confirme comme en 2013 l'hétérogénéité des méthodes pédagogiques et des organisations de l'UE 5 selon les facultés.

Cependant, la plupart des responsables pédagogiques soulignent la pertinence des Enseignements dirigés utilisant des cas cliniques et animés par des médecins seniors compétents en soins palliatifs et regroupés dans un dispositif pédagogique collectif.

- Une insertion transversale et la proposition d'enseignements optionnels ou libres

En complément de l'UE 5, la formation des étudiants en médecine à la pratique des soins palliatifs se fait sous d'autres modalités grâce à l'insertion des acteurs de soins palliatifs dans des Unités d'enseignements transversaux, notamment l'UE « Santé-société-humanité ».

De plus, les responsables de la formation en soins palliatifs proposent de nombreux enseignements libres ou optionnels croisant les thématiques des soins palliatifs, de l'éthique et de l'interdisciplinarité.

Ces initiatives permettent d'élargir le type de formation proposée aux étudiants en médecine afin de tenir compte des intérêts, sensibilités, repères propres à chacun. L'insertion dans un cadre institutionnel permet de lutter contre une éventuelle marginalisation des formations, des enseignants ou des étudiants.

La proposition d'une UE libre « formation à l'interdisciplinarité » dans le cadre du plan national de développement des soins palliatifs 2016-2018 va dans le même sens.

- Des interrogations pédagogiques sur l'articulation iECN / formation pratique et théorique aux soins palliatifs

L'enquête met en évidence un accroissement des sessions dédiées exclusivement aux passages de l'iECN. Cette exigence apparaît d'autant plus nécessaire que des dossiers progressifs comprenant des QRM « soins palliatifs » sont sur la banque de l'iECN.

Cependant, sans remettre en cause l'ensemble du cadre universitaire, on peut se demander s'il contribue à une formation de qualité en soins palliatifs, notamment en ce qui concerne les compétences relationnelle, éthique, organisationnelle et réflexive. A terme, il serait contreproductif que la formation en soins palliatifs se limite à des sessions pour passer l'iECN.

Il est probable qu'une organisation serait à trouver entre un enseignement centré sur le passage de l'iECN et une formation pratique et humaine aux soins palliatifs. Dans cette optique, on peut citer l'« espace étudiant » destiné aux étudiants en médecine mis sur le site de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs ([www.sfap.org](http://www.sfap.org)) qui met en ligne des QRM, des réponses justifiées, des repères théoriques et pratiques en soins palliatifs adaptés au programme de ECN.

- Une insuffisante utilisation des pédagogies utilisant des supports informatiques

Les formateurs en soins palliatifs ne mentionnent pas la formation par e-learning et assez peu la pédagogie par méthodes de simulation.

Il apparaît souhaitable que les responsables pédagogiques se forment à ces techniques afin de les insérer au mieux dans le dispositif global de formation.

- La nécessité de nommer des professeurs associés en soins palliatifs

Les deux enquêtes faites en 2013 et en 2016 attestent conjointement d'un dispositif de formation plus conséquent et plus adapté lorsqu'un professeur en soins palliatifs est nommé dans la faculté. Ces derniers mentionnent tous combien la fonction universitaire leur a permis de s'insérer avec efficacité dans l'université. Ils ont pu mettre en œuvre des formations de manière créative en tenant compte des spécificités locales et des coopérations établies avec d'autres enseignants, notamment en sciences humaines et sociales.

Compte tenu de ce bilan, il est nécessaire de nommer plus de professeurs associés en soins palliatifs afin de former de manière plus homogène les futurs praticiens.

### **Propositions**

Au terme de cette enquête et en complément de ce qui a été proposé en 2013<sup>5</sup>, le CNEFUSP formule des propositions :

1. Définir une « borne limite basse » du volume horaire de l'UE 5, items soins palliatifs, afin de tendre nationalement vers une certaine égalité de niveau de formation
2. Poursuivre la réforme de la formation médicale initiale en soins palliatifs notamment lors de l'UE 5 en insérant des enseignements nationaux par e-learning articulés avec des ED reposant sur des situations cliniques et animés par des médecins seniors en soins palliatifs regroupés dans un comité pédagogique
3. Définir des points de repères pédagogiques et organisationnels assurant un maillage entre la formation au passage de l'IECN et la formation aux soins palliatifs
4. Favoriser la venue d'externes en médecine dans des équipes de soins palliatifs en définissant des objectifs et des modalités pédagogiques
5. Construire un dispositif évaluatif pour les étudiants intégrant la formation en stage, hors stage et le passage de l'IECN et permettant une évaluation des compétences clinique, relationnelle, éthique, coopérative et réflexive
6. Construire un cadre général pour une UE de formation interdisciplinaire à la pratique des soins palliatifs

Nommer a minima un référent pédagogique universitaire dédié exclusivement aux activités de formation et de recherche en soins palliatifs par région.

---

<sup>5</sup> Propositions faites en 2013 :

Dans un contexte de volonté nationale de renforcer la formation médicale initiale en soins palliatifs, nous formulons quelques propositions.

1. Renforcer le volume horaire dédié à l'enseignement en soins palliatifs d'autant que les items passent de 2 à 6
2. Soutenir les initiatives qui permettent d'insérer de manière transversale dans d'autres UE les thématiques relatives aux soins palliatifs ou à la pratique de la délibération médicale
3. Chercher à construire une formation en soins palliatifs qui s'inscrive dans la continuité du parcours de l'étudiant, du PACES au M3, en adaptant à chaque fois les objectifs pédagogiques
4. Laisser la responsabilité des enseignements des items soins palliatifs aux acteurs de soins palliatifs en les incitant à assurer des enseignements transversaux avec des acteurs d'autres disciplines
5. Favoriser la venue des externes dans les Unités de soins palliatifs fixes ou mobiles sur des stages d'une semaine
6. Insérer dans les questions d'examen des UE et dans l'ECN (questions transversales) des items relatifs aux soins palliatifs et à la délibération médicale lors des phases avancées ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales

## Annexe 2 – Description de l'intervention pédagogique

*Consigne pédagogique : Chaque séquence démarre par l'échange entre les participants d'une ou plusieurs situations réelles vécues*

### Matinée

Présentation des formateurs et des participants + Discussion préliminaire à partir du recueil des attentes (dématérialisé, par questionnaire envoyé quelques jours avant)

#### **Temps 1 : Travailler sur le langage commun – culture palliative (9h30-10h30)**

- **Activité 1** : 'Mind-mapping' Repérage des éléments qui amènent à définir la situation comme palliative (Isaline / Marjorie)
  - Consignes : « écrivez ce qu'évoquent pour vous les soins palliatifs, en un mot ou deux » (3 post-it par personne)
  - Les participants proposent l'organisation des post-it au tableau
  - Les animateurs relancent sur des situations cliniques
  - +/- 30 minutes
- **Activité 2** : Réflexion à partir de la fiche de repérage précoce développée par la CASSPA 49 (Dr Pignon/ Dr Guinebertau)
  - Discussion de situations à partir de la fiche
  - Que pensez-vous de la définition collective proposée lors de l'Activité 1 ?

### Pause (10h30-10h45)

#### **Temps 2 : Prendre en charge des symptômes d'inconfort (10h45-12h15)**

- **Activité 1** : (tous, 1 intervenant/groupe)
  - Consignes : (30 minutes) par groupes de 4, échangez à partir de situations cliniques vécues où vous avez été en difficulté pour prendre en charge les symptômes d'inconfort d'un patient
    - Quelles stratégies de prise en charge (médicamenteuse ou non) ? Quelle surveillance ?
    - A l'hôpital et au domicile ?
    - Comment prescrire ? Comment appliquer la prescription ?
  - Restitution : un rapporteur par groupe
- **Activité 2** : Réflexion sur la place des prescriptions anticipées (20-30 minutes) + traitement de fond

Questions sur la matinée (12h15-12h30)

### Pause déjeuner (12h30-14h00)

## Après-midi

Questions en suspens sur la matinée (14h-14h15)

### **Temps 3 : Comment discuter un projet d'accompagnement de fin de vie ? (14h15-15h45)**

- **Activité** : sous forme de groupe d'échange et d'analyse de pratique GEAP (animation Dr Guineberteau, expertise Dr Pignon/Dr Guineberteau)
- Thématiques qui pourraient être abordées à travers les situations apportées par les participants :
  - Place des DA / personne de confiance. Cadre juridique et enjeux éthiques
  - Comment parler de la mort ?
  - Comment parler de ses limites en tant que soignant ?

### **Pause (15h45-16h)**

### **Temps 4 : Construire une prise en charge interdisciplinaire inscrite dans le réseau (16h-17h15)**

- **Activité 1** : (tous, 1 intervenant/groupe)
  - Par groupes de 4, échangez à partir de situations cliniques vécues pour lesquelles la prise en charge pluridisciplinaire a été perçue comme difficile et réfléchissez à ce qui aurait pu être fait différemment. (30 minutes)
  - Restitution : Un rapporteur par groupe (30 minutes)
- **Activité 2** : Réflexion collective sur acteurs du réseau et sur leurs missions (15 minutes)

Conclusion et synthèse de la journée (17h15-17h45)

## Messages-clés

**Évaluation de la séance (dématérialisée par questionnaire informatique à « chaud » et à distance, 6 mois post-formation).**

## Annexe 3 – Questionnaire Lime Survey

### État des lieux de l'enseignement des soins palliatifs en 3<sup>o</sup> cycle des études médicales.

*Madame, Monsieur, chers confrères,*

*Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale, je participe à la mise en place d'un enseignement de soins palliatifs à destination des internes.*

*Une enquête préliminaire informelle auprès de mes collègues internes de différentes facultés m'a permis de constater que nombre d'entre eux bénéficient déjà de ce type d'enseignement en 3<sup>o</sup> cycle.*

*Vos réponses permettront de préciser sous quelles modalités sont dispensés ces enseignements et les données recueillies participeront à justifier et renforcer la nature de notre projet.*

*Je vous remercie vivement pour l'aide que vous pouvez m'apporter.*

*Bien confraternellement,*

NICOLLE Marjorie

Interne - DES Médecine Générale à l'UFR Santé d'Angers

Il y a 11 questions dans ce questionnaire

#### **1- Veuillez sélectionner votre faculté**

*Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- |   |  |
|---|--|
| • <input type="radio"/> Amiens                        | • <input type="radio"/> Lille - Université de Lille 2 Droit et Santé |
| • <input type="radio"/> Nantes                        | • <input type="radio"/> Lyon   |
| • <input type="radio"/> Bordeaux                      | • <input type="radio"/> Montpellier                                  |
| • <input type="radio"/> Nancy                         | • <input type="radio"/> Paris V - DESCARTES                          |
| • <input type="radio"/> Brest                         | • <input type="radio"/> Paris VI - PIERRE ET MARIE CURIE             |
| • <input type="radio"/> Tours                         | • <input type="radio"/> Paris VII - DIDEROT                          |
| • <input type="radio"/> Poitiers                      | • <input type="radio"/> Paris XI - LE KREMLIN BICÊTRE                |
| • <input type="radio"/> Grenoble                      | • <input type="radio"/> Paris XII - CRÉTEIL                          |
| • <input type="radio"/> Marseille                     | • <input type="radio"/> Paris XIII - BOBIGNY                         |
| • <input type="radio"/> Nice                          | • <input type="radio"/> Paris-IDF OUEST - MONTIGNY LE BRETONNEUX     |
| • <input type="radio"/> Toulouse                      | • <input type="radio"/> Reims  |
| • <input type="radio"/> Clermont-Ferrand              | • <input type="radio"/> Rennes                                       |
| • <input type="radio"/> Caen                          | • <input type="radio"/> Rouen  |
| • <input type="radio"/> Besançon                      | • <input type="radio"/> Saint-Etienne                                |
| • <input type="radio"/> Dijon                         | • <input type="radio"/> Strasbourg                                   |
| • <input type="radio"/> Limoge                        | • <input type="radio"/> Guadeloupe                                   |
| • <input type="radio"/> Lille - Université Catholique | • <input type="radio"/> La Réunion                                   |

**2- Un enseignement abordant les soins palliatifs et/ou la prise en charge de la fin de vie est-il dispensé en 3<sup>o</sup> cycle ?**

*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- ☐ OUI
- ☐ NON

Faites le commentaire de votre choix ici :

**Les questions munies d'un astérisque \* sont soumises à la condition suivante :**

*La réponse était 'OUI' à la question « Un enseignement abordant les soins palliatifs et/ou la prise en charge de la fin de vie est-il dispensé en 3<sup>o</sup> cycle ? »*

**3- Sous quelle forme cet enseignement-il est dispensé ? \***

*Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

- ☐ Cours magistral, en amphi
- ☐ Enseignement Dirigé (20-30 étudiants/cours)
- ☐ Groupe d'échange de pratique (< 20 étudiants)
- ☐ Autre :

**4- Combien de temps est consacré à cet enseignement ? \***

*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- ☐ Une journée (environ 8h)
- ☐ Une ½ journée (environ 4h)
- ☐ Plus d'une journée
- ☐ Autre (Pouvez-vous préciser ?)

Faites le commentaire de votre choix ici :

**5- Qui est concerné par cet enseignement ? \***

*Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

- ☐ Internes de médecine générale
- ☐ Internes d'autres spécialités
- ☐ Étudiants d'autres professions de santé
- ☐ Autre :

**6- Qui assure cette formation ? \***

*Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :*

- ☐ Un médecin généraliste enseignant
- ☐ Un professionnel de soins palliatifs
- ☐ Un professionnel de l'HAD
- ☐ Autre :

**7- Quels en sont les objectifs pédagogiques ? \***

*Texte libre*

**8- Cet enseignement est-il : \***

*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- ☐ Obligatoire
- ☐ Facultatif

**La question suivante\*\* est soumise à la condition :**

*La réponse était 'NON' à la question « Un enseignement abordant les soins palliatifs et/ou la prise en charge de la fin de vie est-il dispensé en 3<sup>e</sup> cycle ? »*

**9- Un projet de ce type est-il en cours ? \*\***

- ☐ OUI (Pouvez-vous préciser ?)
- ☐ NON

Faites le commentaire de votre choix ici :

**10- Pourriez-vous nous transmettre les coordonnées de l'enseignant référent de cette formation en 3<sup>e</sup> cycle ? \***

*(Dans le but de lui faire part de nos travaux, éventuellement de lui demander conseil)*

*Texte libre*

**11- Pouvez-vous nous donner votre avis :**

**Votre ressenti en tant que formateur ? / Retours des étudiants sur la formation ? / Vos conseils ou suggestions pour notre projet ?**

*Texte libre*

Merci de votre participation.

## Annexe 4 – Liste des facultés ayant répondu

<b>Enseignement de soins palliatifs organisé par le DMG</b>	Tours
	Bordeaux
	Toulouse
	Paris-IDF OUEST
	Paris VI - PIERRE ET MARIE CURIE
	Saint-Etienne
	Lille - Université de Lille 2 Droit et Santé
	Lille - Université Catholique de Lille
	Montpellier
	Reims
	Rennes
	Besançon
	Rouen
	Marseille
	Amiens
	Nancy
<b>Pas d' enseignement spécifique</b>	Clermont-Ferrand
	Grenoble
	Paris VII - DIDEROT
	Brest
	Nice
	Strasbourg
	Poitiers
	Nantes
	Paris V - DESCARTES
	Paris XII - CRÉTEIL

## Annexe 5 - Résumé des objectifs pédagogiques

<b>Culture palliative</b>
Définir les notions de maladie grave, d'incurabilité, de soins palliatifs
Repérer un patient en situation palliative
Évaluer une situation de soins palliatifs
<b>Aspects technicoscientifiques</b>
Savoir reconnaître une fin de vie
Mobiliser ses connaissances des thérapeutiques en situation authentique
Prescrire et manipuler la pharmacopée nécessaire aux situations palliatives : - Savoir prescrire les antalgiques, notamment les morphiniques - Analyser et soulager les autres symptômes de fin de vie
Anticiper les prescriptions
Être capable de reconnaître les situations qui peuvent être gérées en médecine générale
Connaître les soins de confort applicables au domicile du patient
<b>Aspect relationnel</b>
Travailler la relation médecin-patient
Identifier les freins et les atouts permettant de développer une compétence relationnelle
Accompagner le patient en fin de vie et son entourage (aidants, famille) à l'approche de la mort et face au deuil
Annoncer une mauvaise nouvelle en tenant compte du contexte du patient
Communiquer de manière adéquate avec le patient, les aidants et la famille
Anticiper les besoins du patient et de l'entourage
<b>Connaissance du réseau/coordination</b>
Définir le travail en réseau
Connaître les circuits de soins palliatifs
Mettre en place un réseau de personnes 'ressource' autour du patient
Identifier et mobiliser les aides et les ressources (humaines, structures) disponibles pour maintenir ce patient à domicile
S'inscrire dans l'interdisciplinarité pour l'évaluation de la situation clinique et l'organisation du travail en équipe (à domicile)
<b>Législation</b>
Appréhender le contexte légal
Connaître les codes et lois applicables aux situations de maladie grave et de fin de vie
Pratiquer une médecine palliative en adéquation avec la loi Léonetti
Identifier la volonté du patient, au besoin en s'appuyant sur les proches (personnes de confiance, directives anticipées)
Savoir prendre une décision collégiale
<b>Éthique</b>
Connaître le cadre déontologique, les principes éthiques
Démarrer une réflexion éthique
Connaître et gérer les problèmes émotionnels et éthiques soulevés par les situations de soins palliatifs
Savoir faire face aux demandes d'euthanasie, de sédation profonde et continue jusqu'au décès

## **Annexe 6 - Enseignements transversaux « Pratique médicale des soins palliatifs » à destination de tous les internes de médecine en phase socle**

*Proposition du Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs (CNEFUSP)- 23 mars 2017*

### **Objectif général**

L'objectif des Enseignements transversaux « Pratique médicale des soins palliatifs » est de favoriser l'apprentissage par les internes d'une démarche de soins, de traitements, de questionnement éthique et d'accompagnement lors des situations palliatives les plus fréquemment rencontrées.

Ces situations ne concernent pas que la phase terminale de la vie mais intègrent, au sein d'une démarche palliative précoce et intégrée, les patients en phase palliative ou terminale de maladies létales, ayant un risque vital potentiel, et/ou en fin de vie.

Cette dynamique d'apprentissage repose sur des savoirs et des compétences qui sont transversales à la médecine (compétences clinique, relationnelle, éthique, coopérative et réflexive). Elles se déclinent cependant de manière singulière en situation palliative compte tenu des données corporelles, psychiques, relationnelles, éthiques, organisationnelles, existentielles et sociétales.

### **Compétences précises visées**

Dans le contexte de la phase socle, les compétences ciblées sont :

- Repérer en amont les situations palliatives et construire une continuité des soins en anticipant les problématiques possibles à venir et les réponses adaptées au lieu de vie ou de soins du patient
- Identifier une phase palliative et mettre en œuvre les soins, les thérapeutiques et l'accompagnement adaptés face aux situations fréquemment rencontrées
- Identifier une phase terminale et mettre en œuvre les soins, les thérapeutiques et l'accompagnement adaptés
- Travailler en collaboration avec les équipes de soins palliatifs

### **Cible**

Tous les internes des spécialités médicales concernées par ces situations ou prenant des gardes dans les établissements hospitaliers ou en médecine ambulatoire sont concernés par ces enseignements transversaux.

Cela comprend donc les DES d'Anesthésie réanimation/médecine intensive-réanimation, Dermatologie et vénéréologie, Gériatrie, Gynécologie médicale, Hématologie, Hépatogastro-entérologie, Médecine cardiovasculaire/médecine vasculaire, Médecine générale, Médecine interne/maladies infectieuses et tropicales, Médecine physique et rééducation, Médecine d'urgence, Néphrologie, Neurologie, Oncologie, Pneumologie, Rhumatologie.

Le DES de pédiatrie relève d'une formation d'emblée spécifique.

## **Repères pédagogiques généraux**

La formation a essentiellement un objectif pratique. Elle vise à aider les internes à mettre en œuvre au cours de leur internat une démarche de traitements et de soins adaptés aux patients et à leur entourage.

Elle repose sur un enseignement par e-learning associé à des séminaires transversaux.

Quel que soit le support pédagogique adopté, la formation s'appuie sur des situations cliniques potentiellement rencontrées par les internes dans les services hospitaliers, aux urgences ou au domicile des patients.

L'enjeu est de construire une complémentarité entre l'enseignement par e-learning et la formation lors de séminaires interactifs. Dans cette optique une graduation des cas cliniques est faite avec des situations relativement simples et codifiées dans le cadre du e-learning et des situations plus complexes lors des séminaires.

La capacité d'analyse des situations cliniques (analyse globale de la situation, recueil des plaintes, décryptage en symptômes, recherche étiologique...) est supposée acquise lors du DFSGM et du DFASM (UE 5, items soins palliatifs ; stages d'externe).

S'appuyant sur ces acquis, la formation favorise l'apprentissage d'une compétence clinique centrée sur les aspects thérapeutiques :

- Maniements des thérapeutiques symptomatiques dans le respect des recommandations,
- Usage et réflexion sur la pertinence d'utilisation des traitements de suppléances des fonctions vitales
- Usage et réflexion sur la pertinence d'utilisation des traitements étiologiques

Parallèlement à la formation à cette compétence clinique, la formation favorisera l'apprentissage et donnera des points de repères pratiques sur les compétences relationnelle, éthique et coopérative.

Points de repères pratiques sur des aspects relationnels dans des situations d'annonce de diagnostic ou de résultats d'investigations, d'accompagnement des familles, d'annonce d'un décès...

Points de repères pratiques sur des aspects éthiques et légaux tels que la délibération sur les orientations de traitement, la demande de sédation, l'accompagnement de la rédaction de directives anticipées, la discussion et la mise en œuvre du droit à la sédation profonde et continue dans le respect du critères légaux...

Points de repères pratiques sur des aspects organisationnels tels que l'organisation d'un retour au domicile avec anticipation des complications à venir, le recours à une équipe de soins palliatifs fixes ou mobiles...

Dans le cadre des séminaires, l'enjeu est aussi d'ouvrir l'étudiant à une compétence réflexive. Elle comprend une implication personnelle avec l'apprentissage de la dimension subjective du soin (interprétation d'une souffrance globale ; capacité à entrer en relation avec un patient ou une famille souffrante ; réflexion éthique selon les repères professionnels et personnels ; confrontation à l'incertitude, à l'inachevé, à une relative impuissance, aux limites, à la mort). Elle s'associe à une réflexion personnelle et collective sur les pratiques médicales en tenant compte des contextes institutionnel et sociétal.

Pour les spécialités particulièrement concernées par les situations palliatives (oncologie, gériatrie, pneumologie, hématologie, neurologie), cette formation devra être complétée par des séminaires en phase d'approfondissement en tenant compte des spécificités cliniques et organisationnelles propre à chaque discipline.

## **Volume horaire**

Le volume total de la formation est de 6 heures dont 2 heures pour le e-learning et 4 heures pour le séminaire interactif. Les 4 heures du séminaire interactif sont réparties sur une demi-journée ou sur 2 x 2 heures.

### **1- Enseignement par e-learning (évalué à 2heures)**

Il repose sur le principe d'un diaporama commenté avec une succession de 12 séquences de 10 minutes comprenant :

- Un pré-test (1 à 2 diapos)
- Les points principaux acquis lors du DFASM (2 diapos)
- Des connaissances ou des repères pratiques sur des thématiques ciblées (7 diapos)
- Les modalités de recours à des équipes de soins palliatifs sur la thématique ciblée (1 diapo)
- Un post test (1 à 2 diapos)
- Quelques références

Les thématiques sont :

- Introduction avec explication du module
- Manier les traitements antalgiques
- Utiliser les outils antalgiques complémentaires
- Prendre soin d'un patient dyspnéique
- Prendre soin d'un patient avec un syndrome occlusif
- Prendre soin d'un patient avec des troubles neuro-psychiques
- Les différentes utilisations du midazolam en soins palliatifs
- Délibérer et décider lorsque se posent des questions relatives à l'hydratation et la nutrition artificielles
- Construire une pratique éthique en tenant compte du cadre légal
- Repérer un patient relevant d'une approche palliative et coopérer avec les équipes de soins palliatifs
- Organiser un retour au domicile
- Accompagner un patient et son entourage lors d'une phase agonique

Une base de données recouvrant l'ensemble des situations palliatives est mise à la disposition de l'interne. Elle sera régulièrement actualisée en fonction de l'évolution des savoirs, des pratiques, du cadre légal, institutionnel et sociétal. Elle sera associée à des ressources bibliographiques.

Évaluation de l'étudiant suite à l'enseignement par e-learning

Quelques QRM synthétiques seront proposés permettant de couvrir les thématiques abordées.

### **2- Séminaires transversaux (évalué à 4h)**

Les séminaires sont organisés sous la responsabilité de la faculté de médecine. Les formateurs seront des médecins seniors exerçant dans des équipes de soins palliatifs ou reconnus par les responsables universitaires et pédagogiques pour leur compétence en soins palliatifs. La coordination de la pédagogie sera faite par les équipes de soins palliatifs rattachées au CHU.

Afin de permettre une formation en petits groupes permettant une interaction entre les internes et les médecins seniors, l'organisation sera décentralisée au centre hospitalier

accueillant des internes et disposant d'une équipe de soins palliatifs. L'objectif est qu'il y ait au maximum 30 internes par groupe.

Selon les contextes institutionnels et le nombre d'internes à former, une organisation locale ou régionale sera à adapter. Si nécessaire, les séminaires pourront être répétés dans l'année afin que chaque interne puisse en bénéficier.

#### Modalités pédagogiques des séminaires interactifs :

Les modalités pédagogiques seront à définir par les équipes organisant la journée de formation en fonction du nombre d'internes présents, des compétences et difficultés des internes, des situations cliniques rencontrées.

La pédagogie sera inductive et interactive basée sur les situations rencontrées par les étudiants et complétées par des apports externes (recommandations, publications nationales et internationales).

La visée centrale est de favoriser l'apprentissage d'une pratique et non pas de délivrer des connaissances. Dans cette optique, l'usage de présentation magistrale n'est pas pertinent mais peut trouver sa place en complément, après le travail pratique et réflexif fait par les étudiants. Une modalité souhaitée est de s'appuyer sur des situations complexes, vécues avec difficulté et présentées par les internes eux-mêmes, les discuter en petits groupes en désignant un rapporteur, puis en grand groupe. Cette dynamique permettra également de faire l'apprentissage de la discussion en équipe des situations complexes. Le formateur cherchera à dégager les points de repères pertinents et à compléter si besoin par des connaissances et des savoirs.

Il ne s'agit pas de couvrir l'ensemble de la formation en soins palliatifs car il y a des savoirs supposés acquis en DFASM. On insistera cependant sur les aspects thérapeutiques non enseignés en DFASM. Il s'agit aussi que chaque équipe de médecine palliative adapte la journée en fonction des lacunes perçues sur les terrains de stages des internes.

L'utilisation de vidéos présentant des situations cliniques réelles ou imaginées est possible. Cela peut être pertinent si le volume d'étudiants est important. La présentation de la vidéo sera suivie d'un travail en petits groupes, puis en grand groupe.

Afin de maintenir l'attention et l'intérêt des internes, et si l'enseignement se déroule sur une demi-journée, il est conseillé de rythmer la séance et d'alterner les méthodes et supports pédagogiques ainsi que les thèmes abordés.

Au cours de la formation, on fera appel à des connaissances validées (recommandations, publications nationales et internationales...) dont les sources seront indiquées aux internes afin qu'ils puissent par eux-mêmes les consulter.

Au terme de chaque séminaire, un bilan sera fait afin de continuer d'adapter au mieux les modalités pédagogiques et les enjeux cliniques.

#### Évaluation :

La présence de l'étudiant est obligatoire durant les 4 heures du séminaire.

Des QRM synthétiques seront proposés recouvrant l'ensemble des thématiques abordés

Évaluation de l'ensemble du dispositif de formation (e-learning et séminaire pédagogique)

Un questionnaire écrit sera remis à chaque étudiant afin de faire une évaluation du dispositif.

L'ensemble des formateurs de chaque université se réunira régulièrement d'une part pour construire le dispositif de formation, d'autre part pour relire les expériences faites et améliorer l'ensemble du dispositif.

## Annexe 7 - Interdisciplinarité médicale autour du patient en soins palliatifs. Deux projets de thèse.

### MISE EN PLACE D'UN ENSEIGNEMENT TRANSVERSAL EN 3<sup>e</sup> CYCLE DES ETUDES MEDICALES

NICOLLE Marjorie

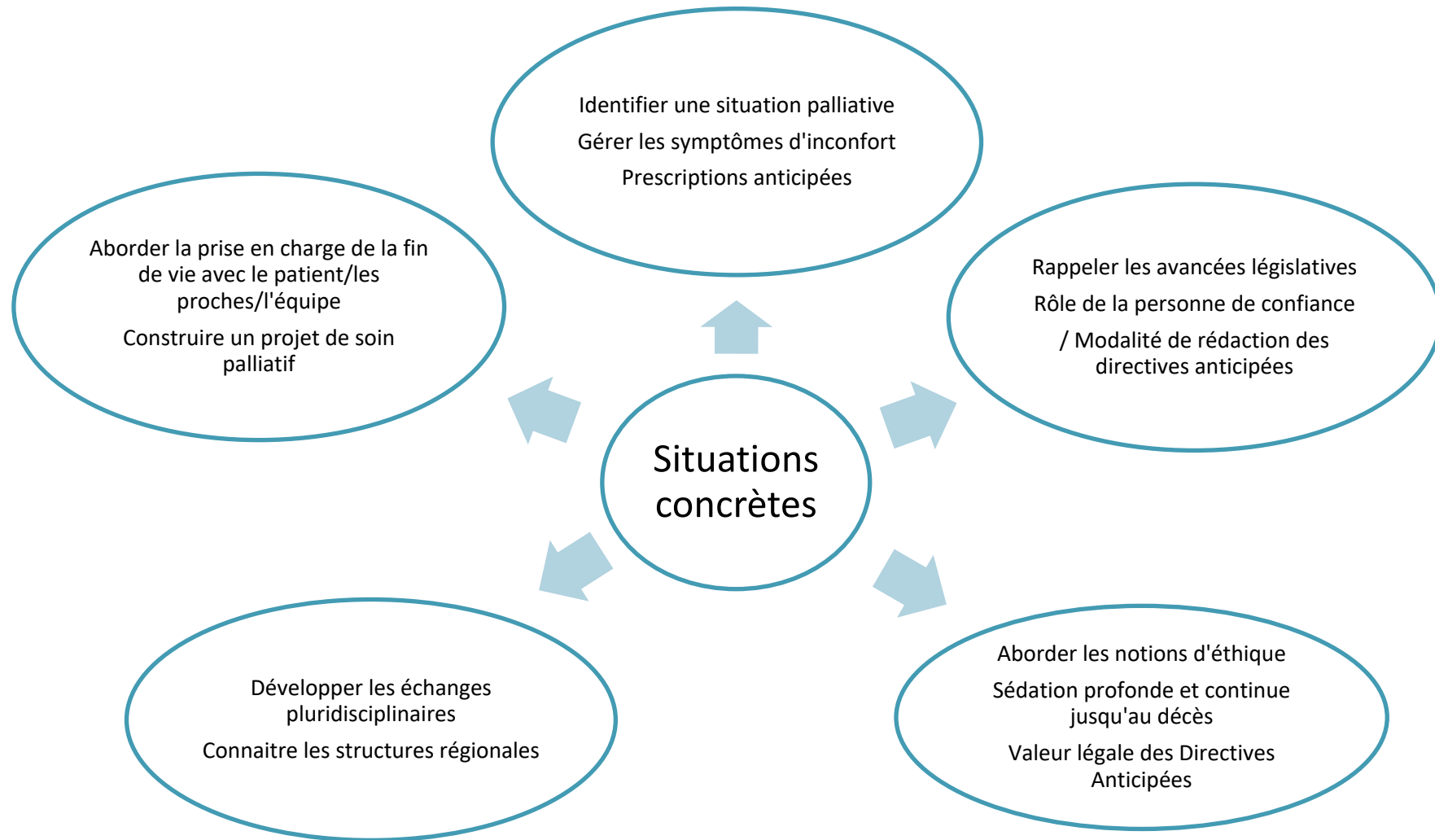
- Recueil des attentes des médecins en formation en termes de formation en soins palliatifs : **Revue narrative de la littérature**,
- État des lieux de l'enseignement en soins palliatifs en 3<sup>ème</sup> cycle du DES de médecine générale en France : **Étude quantitative descriptive**,
- Participation à la **planification pédagogique** de la formation qui sera proposée aux internes de médecine générale et des spécialités médicales à la faculté d'Angers,
- Élaboration d'**outils pédagogiques** permettant le bon déroulement de l'enseignement et leur mise en ligne sur la plateforme commune MOODLE,
- Participation à l'élaboration d'un **questionnaire préliminaire** afin de recueillir les attentes des internes participants et servant de support à l'enseignant pour le cours,
- Participation à l'**animation de la formation**.

### ANALYSE DE LA FAISABILITE D'UNE EVALUATION DES COMPETENCES COLLABORATIVES ET INTERDISCIPLINAIRES

MASSUS Isaline

- Participation à la **planification pédagogique** de la formation qui sera proposée aux internes de médecine générale et des spécialités médicales à Angers,
- Élaboration d'**outils pédagogiques** permettant le bon déroulement de l'enseignement et leur mise en ligne sur la plateforme commune MOODLE,
- Élaboration du **questionnaire préliminaire** en intégrant des items de l'IP 65 et des **questionnaires d'évaluation** de cet enseignement, à court et à moyen termes,
- Participation à l'**animation de la formation**,
- Recueil et analyse des données afin d'évaluer la faisabilité d'un outil d'évaluation des compétences interdisciplinaires en soins palliatifs (IP-short) et l'impact de l'enseignement sur le développement des compétences interdisciplinaires.

## Annexe 8 – Attentes des internes avant le premier enseignement.



**Interdisciplinarité médicale autour du patient en situation palliative :  
mise en place d'un enseignement transversal en 3<sup>ème</sup> cycle des études  
médicales.**

RÉSUMÉ

Introduction – Les internes, comme leurs aînés, expriment ne pas se sentir à l'aise avec la prise en charge des patients en situation palliative. Les récents débats autour de la fin de vie et les questionnements éthiques qu'ils soulèvent au sein de la société ont poussé le gouvernement à promouvoir la diffusion de la culture palliative et améliorer la formation des professionnels de santé. L'objectif de ce travail était de soutenir la planification pédagogique d'un enseignement en recueillant d'une part, les attentes des internes en termes de formation aux soins palliatifs et d'autre part, en effectuant un état des lieux des enseignements existants.

Méthode – Une revue narrative de la littérature concernant les attentes de formation aux soins palliatifs a été menée. À l'issue de l'interrogation des bases de données scientifiques et la littérature grise, les articles ou thèses étaient sélectionnés puis analysés par le chercheur principal de l'étude. Secondairement, une enquête descriptive transversale a été menée auprès des Départements de Médecine Générale (DMG) français. Un questionnaire dématérialisé a été diffusé via le réseau des chefs de cliniques de médecine générale.

Résultats – Les internes s'estimaient insuffisamment formés durant leur cursus. Ils souhaitaient une formation axée sur la réalité du terrain et la pratique. La participation à des séminaires interactifs d'une journée, basés sur des mises en situations ou abordant des situations cliniques réellement vécues était plébiscitée. Au-delà des connaissances technicoscientifiques, les internes étaient demandeurs d'informations sur le cadre légal et sur le réseau de soin. Un espace de parole permettant d'aborder les notions d'éthique était bienvenu.

Deux tiers des facultés ayant répondu dispensaient déjà ce type d'enseignement aux internes de médecine générale. Il s'agissait majoritairement d'un enseignement d'une journée, facultatif, dispensé par des médecins généralistes enseignants, exclusivement destiné aux internes de médecine générale.

Conclusion – Soutenu par ces résultats, un enseignement a vu le jour à la faculté de santé. Son contenu et son organisation sont cohérents avec ce qui est actuellement proposé par les DMG français, à la différence que cet enseignement y ajoute une dynamique interdisciplinaire.

**Mots-clés : Pédagogie médicale, soins palliatifs, interdisciplinarité**

**Medical interdisciplinarity about palliative care patients :  
Opening of a transversal teaching in 3rd cycle of medical studies.**

ABSTRACT

Introduction – Residents, like their elders, express discomfort with palliative care patients. Ethical questions raised by recent social discussions about end of life, have prompted the government to promote palliative care. The 2015-2018 « three-year program » includes measures for training of health professionals. The objective of this work was to support the creation of palliative care education in Angers, through the collection of resident's expectations and through an inventory of the actual teachings in France.

Method – A narrative review of the literature about residents' expectations on palliative care education was conducted. After interrogation of the scientific databases and grey literature, articles or medical thesis were selected, then analyzed by the principal researcher of the study. Second, a transversal and descriptive survey was conducted among french Departments of General Practice (GP). An online questionnaire was sent by the network of senior registrars of GP.

Results – Interns felt that they were insufficiently trained during their studies. They wanted training bases on real-life situations and focused on practice. Participation in one-day interactive seminars, based on role-playing and real-life situation was popular. Apart from technical and scientific knowledge, the students requested informations on legislation and health care network. Time to discuss ethical concepts was welcome. Two-third of responding faculties already provided that kind of course. It was mainly a one-day course, optional, provided by general practitioners, intended for general medical residents only.

Conclusion – Encouraged by these findings, a new teaching was initiated at the faculty of medicine in Angers. Its content and organisation are consistent with current teaching offered by the french Departments of GP, with the difference that this teaching adds an interdisciplinary dynamic.

**Keywords : Medical education, palliative care, interdisciplinarity**