

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**FAISABILITÉ D'UNE
ÉVALUATION DES
COMPÉTENCES
COLLABORATIVES ET
INTERDISCIPLINAIRES**

**EXEMPLE D'UN ENSEIGNEMENT EN SOINS PALLIATIFS POUR
LE 3^{ème} CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

MASSUS Isaline

Née le 04 Avril 1989 à Vire (14)

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

Membres du jury

| | |
|-------------------------------|-------------|
| M. le Pr URBAN Thierry | Président |
| M. le Dr GUINEBERTEAU Clément | Directeur |
| Mme le Dr PIGNON Aude | Codirecteur |
| M. le Pr GARNIER François | Membre |
| M. le Pr MARTIN Ludovic | Membre |

Soutenue publiquement le :
30 avril 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée MASSUS Isaline, 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'étudiante le **11/12/2018**

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 |
| BOUWARD 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 |
| DINOMAIS Mickaël | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| DIQUET Bertrand | Pharmacologie | Médecine |
| DUCANCELLÉ 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 |
| HUNAULT-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 Gérald | 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-vénérérologie | 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 |

PAST

| | | |
|---------------------|------------------------|-----------|
| CAVAILLON Pascal | Pharmacie Industrielle | Pharmacie |
| LAFFILHE Jean-Louis | Officine | Pharmacie |
| MOAL Frédéric | Physiologie | Pharmacie |

ATER

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| FOUDI Nabil (M) | Physiologie et communication cellulaire | Pharmacie |
| HARDONNIERE Kévin | Pharmacologie - Toxicologie | Pharmacie |
| WAKIM Jamal (Mme) | Biochimie et biomoléculaire | Médecine |

AHU

| | | |
|---------------|------------------------------------|-----------|
| BRIS Céline | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| LEROUX Gaël | Toxico | Pharmacie |
| BRIOT Thomas | Pharmacie Galénique | Pharmacie |
| CHAPPE Marion | Pharmacotechnie | Pharmacie |

CONTRACTUEL

| | | |
|------------------|--------|-----------|
| VIAULT Guillaume | Chimie | Pharmacie |
|------------------|--------|-----------|

REMERCIEMENTS

Au Professeur Thierry URBAN pour me faire l'honneur de présider ce jury et de me soutenir dans mon projet professionnel.

Aux Professeurs François GARNIER et Ludovic MARTIN d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail et pour le soutien qu'ils apportent à ce projet.

Au Docteur Clément GUINEBERTEAU pour avoir accepté de diriger ce travail, pour ta réactivité, ta patience, la réflexion intéressante que nous avons pu avoir autour de ce projet, et pour tout ce que tu m'as appris.

Au Docteur Aude PIGNON, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour ta gentillesse, tes conseils, ton implication et tout ce que tu as pu m'apporter dans le cadre de mon projet professionnel et lors de mon stage à l'USP.

Aux Docteurs Emilie LE PAPE, Damien GUTIERREZ et Florent BIENFAIT ainsi qu'à toute l'équipe de l'USP du CHU d'Angers pour m'avoir confortée dans mes choix et de montrer chaque jour que le travail d'équipe pour le bien du patient nous rend plus forts.

Aux Docteurs Françoise THIBOUS-SZPIRGLAS et Sandrine PERRAUD-LABURTHE pour toute la confiance que vous avez mise en moi et pour le travail extraordinaire que vous faites au Grand-Lulu.

A tous les médecins qui m'ont accompagnée et appris lors de cet internat, particulièrement au Dr SIX pour votre gentillesse, au Dr MILLIOT pour m'avoir appris que je n'avais pas à avoir honte de choisir un autre chemin, au Dr DELORME pour votre rigueur et votre bienveillance, à Yoann et Nicolas pour la bonne humeur que vous apportez aux urgences de Saumur.

A tous les soignants avec qui j'ai eu l'occasion de travailler pour vos sourires, votre implication et votre bienveillance.

A papa et maman pour votre soutien, votre amour inconditionnel, pour certaines qualités que vous m'avez transmises et qui me permettent d'être là aujourd'hui pour soutenir cette thèse. Je vous aime fort, « é co pu ».

A mes grands-parents et particulièrement à mon papi-parrain pour toutes les belles valeurs que tu nous as enseignées, notamment celles du travail et de la famille.

A mes frères sans qui la vie serait moins douce et moins drôle, merci pour votre patience à mon égard et tout l'amour que vous m'apportez, je vous aime très fort.

A Matt et Titi pour le bonheur de vous avoir comme cousins et amis.

A mon filleul Bastien et à Mélo pour rendre toujours tata fière de vous.

A mon rayon de soleil Elliot pour le bonheur que tu nous as apporté et à ta maman d'avoir rendu cela possible.

A Jennifer pour ton amitié sans faille depuis tant d'années, pour nos délires et tous nos souvenirs.

A Anne-So pour ton soutien, ta sensibilité et ta force.

A ma Nena qui me manque pour notre amitié qui résistera toujours aux frontières.

A ma famille sénégalaise pour tout le bonheur que vous m'apportez, « Nio far ».

A toutes les personnes qui ont apporté un sourire dans ma vie.

Liste des abréviations

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODE

- 1. Population étudiée et recrutement**
- 2. Outils d'évaluation**
- 3. Analyse**
- 4. Aspects éthiques et réglementaires**

RÉSULTATS

- 1. Description de la population étudiée**
- 2. Critère de jugement principal**
- 3. Critères de jugement secondaires**

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Résultats principaux**
- 2. L'IP-short, un outil utilisable dans l'évaluation de l'interdisciplinarité chez des apprenants en formation ?**
- 3. L'interdisciplinarité dans la formation, un atout pour la pratique clinique**
- 4. L'impact de la formation, une temporalité à considérer**
- 5. Forces et limites**
- 6. Conclusion : Que peut-on retenir de ce travail pour les prochains enseignements ?**

RETOUR SUR EXPÉRIENCE

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

Annexe 1 - Méthodologie et démarche du projet pédagogique

Annexe 2 - Trame pédagogique de l'enseignement

Annexe 3 - Contribution des deux thésardes au projet d'enseignement sur l'interdisciplinarité autour du patient en situation palliative

Annexe 4 - Questionnaire pré-formation (Q1)

Annexe 5 - Questionnaire post-formation immédiat (Q2)

Annexe 6 - Questionnaire post-formation à 6 mois (Q3)

Annexe 7 - Thématisation des items de l'IP-short

INTRODUCTION

La pratique des soins palliatifs s'est profondément développée en France ces dernières années. L'actuel plan triennal 2015-2018 (1), pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, fixe comme une priorité **l'appropriation de la démarche palliative partout où elle est nécessaire**, que ce soit dans les unités hospitalières non spécialisées, les établissements médico-sociaux ou au domicile du patient pour une prise en charge de proximité. Quatre axes ont été définis comme prioritaires :

- 1) Informer le patient, lui permettre d'être au centre des décisions qui le concernent
- 2) Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs
- 3) Développer les prises en charge de proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux
- 4) Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous : réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs

Ce plan considère la **formation des différents acteurs de santé comme essentielle** au développement des soins palliatifs, et en envisage les modalités à travers deux mesures : les mesures 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 5.1 « Mettre en place dans le troisième cycle des études médicales une formation spécialisée en soins palliatifs/douleur ». Le CNEFUSP a réalisé en 2017 une enquête nationale (2) et des propositions (3) dans ce sens.

La **place de l'interdisciplinarité** entre professionnels réunis autour d'un patient en situation palliative est donc mise en avant. Elle peut se définir comme « *l'art de faire travailler ensemble*

*des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de parvenir à un **but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème**. Il y a des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes » (4). L'approche palliative implique cette mise en commun et cette confrontation de connaissances variées afin d'améliorer les soins et la qualité de vie des patients (5).*

C'est dans ce contexte qu'un **projet d'enseignement interdisciplinaire autour du patient en situation palliative** a été développé en collaboration entre le Département de Médecine Générale de la Faculté de Santé et la Fédération en Soins de Supports et Soins Palliatifs du CHU d'Angers. Ce dispositif innovant visait à renforcer les compétences des futurs médecins dans les prises en charge palliatives. Plus particulièrement, l'objectif pédagogique central était de participer à développer l'interdisciplinarité en réunissant des internes de médecine générale et des internes d'autres spécialités médicales. Ce projet a fait l'objet de deux travaux de thèse associés dans la planification pédagogique de la formation : la méthodologie du projet pédagogique ([Annexe 1](#)) et la trame pédagogique de l'enseignement ([Annexe 2](#)) ont été travaillées conjointement avec les deux thésardes et directeurs de thèse. Les contributions détaillées des deux thésardes sont présentées en [Annexe 3](#). Le premier travail de thèse a été soutenu publiquement à la Faculté de Santé d'Angers le 21 juin 2018 (6).

Ce deuxième travail de thèse était plus particulièrement dédié au développement des outils d'évaluation, principalement de la compétence collaborative et interdisciplinaire. À l'heure actuelle, **l'approche par compétence** représente le modèle dominant dans l'enseignement supérieur (7). Le développement d'enseignements cohérents avec cette approche nécessite l'utilisation d'activités d'enseignements centrées sur l'apprenant d'un niveau élevé de complexité et en lien permanent avec l'activité professionnelle. Pour maintenir l'alignement

pédagogique, les outils d'évaluation (tant à visée certificative que formative) devraient maintenir ce niveau de complexité.

Ainsi, l'objectif principal de ce travail était d'évaluer la faisabilité d'un outil d'évaluation des compétences interdisciplinaires en soins palliatifs.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de l'enseignement sur le développement des compétences interdisciplinaires , d'évaluer l'impact de l'enseignement sur le développement d'autres compétences nécessaires en soins palliatifs (culture palliative, compétence relationnelle, compétence technico-scientifique) (8) et de participer à la mise en place d'une formation interdisciplinaire autour des soins palliatifs, destinée aux internes de médecine générale et des spécialités médicales.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive longitudinale pré- et post-formation, réalisée entre avril et novembre 2018.

1. Population étudiée et recrutement

La population étudiée était celle des internes participant à la première édition de l'enseignement pluridisciplinaire en soins palliatifs mise en place à la Faculté de Santé d'Angers, le 5 avril 2018.

Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat et était limité à 10 internes de médecine générale et 10 internes d'autres spécialités médicales, après accord des différents coordonnateurs des DES (Diplôme d'Étude Spécialisé) contactés. Il s'agissait des DES de neurologie, d'hématologie, de pneumologie, de dermatologie et d'endocrinologie. La proposition de formation était envoyée aux internes par les coordonnateurs de leurs DES respectifs.

2. Outils d'évaluation

Les questionnaires, développés avec le logiciel LIME SURVEY, ont été envoyés par mail aux participants. Le questionnaire pré-formation (Q1) a été envoyé 9 jours avant la formation et a fait l'objet de 2 relances ([Annexe 4](#)). Le questionnaire post-formation immédiat (Q2) a été envoyé 4 jours après la formation et a fait l'objet de 4 relances ([Annexe 5](#)). Le questionnaire post-formation à distance (Q3) a été envoyé 6 mois après la formation et a fait l'objet de 5 relances, dont 2 individuelles ([Annexe 6](#)).

2.1. Évaluation de l'interdisciplinarité : choix et adaptation du questionnaire

L'outil d'évaluation de l'Interdisciplinarité en Pratique Clinique-65, IPC-65, est un outil validé permettant l'évaluation du degré d'intégration d'une équipe interdisciplinaire (9-10).

Néanmoins, sa longueur (65 questions) ne permettait pas son utilisation répétée au cours d'un enseignement. En conséquence, une version plus courte, adaptée à des médecins en formation et au domaine des soins palliatifs, intitulée **IP-short**, a été développée par l'équipe pédagogique à l'origine de l'enseignement.

Afin d'adapter ce questionnaire aux soins palliatifs, l'iCOPE (11) avait également été utilisé. L'IP-short comportait désormais un ensemble de 14 items répartis en 4 thèmes explorant différents champs de la compétence collaborative ([Annexe 7](#)) ([Annexe 4](#), Partie III, question 1). Les réponses utilisaient une échelle de Likert à quatre modalités scorées : « Totalement en accord » (3 points), « Plutôt en accord » (2 points), « Plutôt en désaccord » (1 point), « Totalement en désaccord » (0 point). L'ensemble des réponses permettait le calcul d'un score. La comparaison du score obtenu à différents moments permettait ainsi de suivre l'évolution du groupe.

Il présentait également une question supplémentaire issue des éléments de l'IPC-65 ([Annexe 4](#), partie III, question 2) évaluant l'évolution du concept d'interdisciplinarité chez les apprenants. Pour ce faire, les apprenants devaient classer 7 items par ordre de priorité. Leur place dans le classement permettait d'attribuer un score à chacun des 7 items : de 6 points s'il était classé 1^{er} à 0 point s'il était classé 7^{ème}. Enfin, cela permettait de classer les items aux différents temps d'évaluation, et ainsi d'évaluer l'évolution de ce classement.

2.2. Évaluation de la faisabilité de l'IP-short par les apprenants

Pour évaluer la faisabilité (12) de l'IP-short, un questionnaire a été administré aux apprenants à la fin de l'étude ([Annexe 6](#), partie IV). Il comportait 5 questions fermées et une plage de commentaires libres. Les réponses utilisaient une échelle de Likert à quatre modalités, non scorées.

2.3. Évaluation des autres compétences

Les connaissances et compétences en culture palliative, technico-scientifiques et relationnelles ont été évaluées par des QRM, une question à réponse libre et une auto-évaluation des compétences selon l'échelle de codage d'évaluation des doctorants (13) ([Annexe 4](#), partie II).

L'échelle d'évaluation des doctorants comporte 5 modalités scorées :

- Je suis confiant dans ma capacité à déployer cette compétence : 4 points
- Je maîtrise cette compétence mais je peux encore l'améliorer : 3 points
- Mes capacités ou ma pratique sont insuffisantes et doivent être améliorées : 2 points
- Mes capacités ou ma pratique dans ce domaine sont faibles, je devrais y travailler très sérieusement : 1 point
- Je n'ai pas besoin de cette compétence pour ma pratique / Je n'y ai pas été confronté : NP

L'évolution a été évaluée pour l'ensemble du groupe répondant.

3. Analyse

Le critère de jugement principal était un critère de jugement composite prenant en compte :

- Le taux de questionnaires remplis et utilisables aux différents moments de la formation
- Le temps de remplissage des questionnaires, obtenu grâce au chronométrage du logiciel LIME SURVEY
- L'avis des apprenants sur l'IP-short ([Annexe 6](#), partie IV).

Les critères de jugement secondaires étaient :

- L'évolution du score obtenu à l'IP-short et l'évolution du concept d'interdisciplinarité
- L'évolution des réponses à l'évaluation des autres compétences.

4. Aspects éthiques et réglementaires

Les réponses ont été anonymisées à l'aide d'un numéro d'identification remis à chaque participant avant le questionnaire pré-formation.

Vu la nature des informations recueillies, une déclaration à la CNIL n'était pas nécessaire.

RÉSULTATS

1. Description de la population étudiée

L'étude portait sur les réponses de 9 internes de la Faculté de Santé d'Angers. (Cf. figure1)

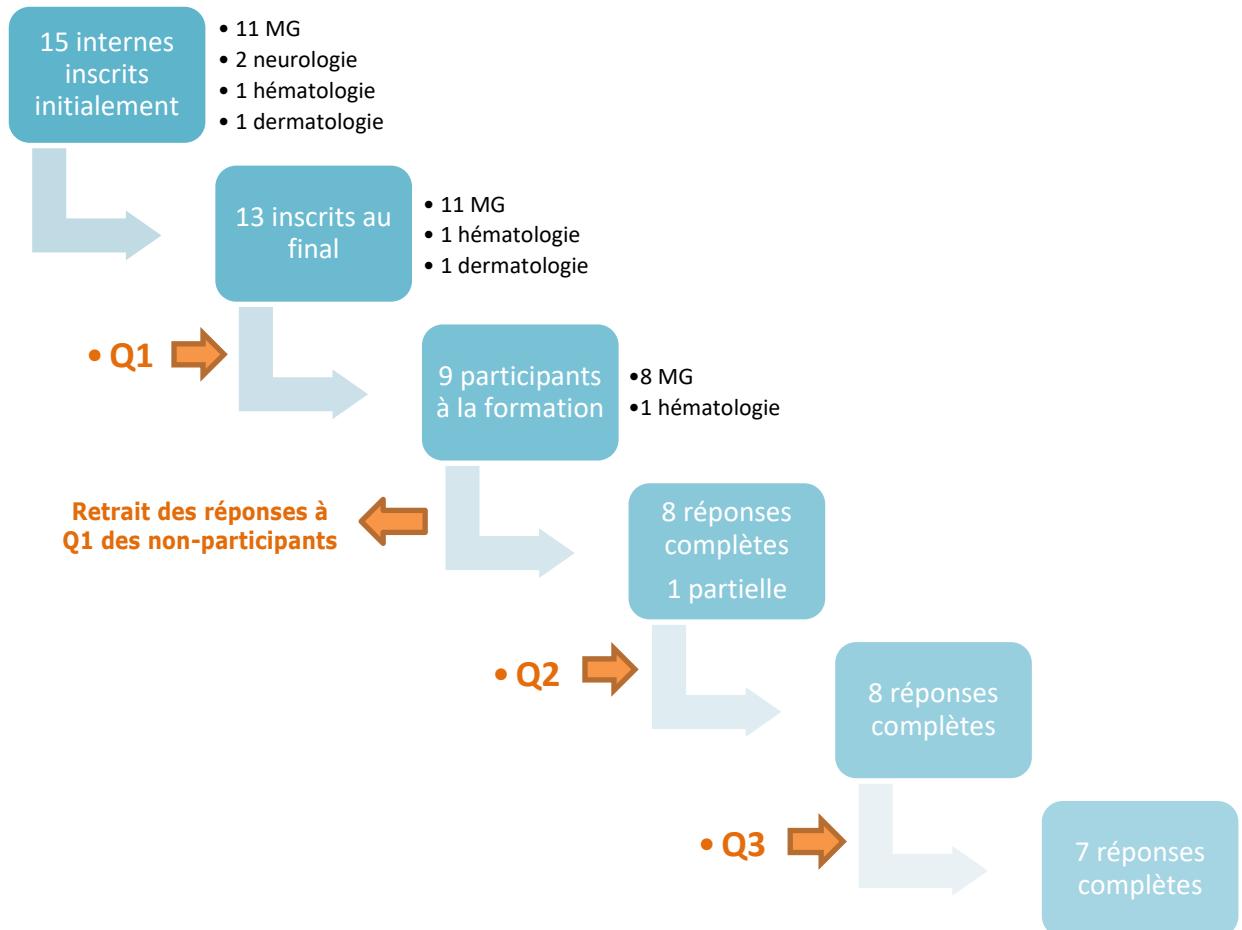


Figure 1 : Diagramme de flux

La population étudiée était celle des internes ayant effectivement participé à la formation, soit 9 internes.

La figure 2 présente leur avancée dans le cursus médical.

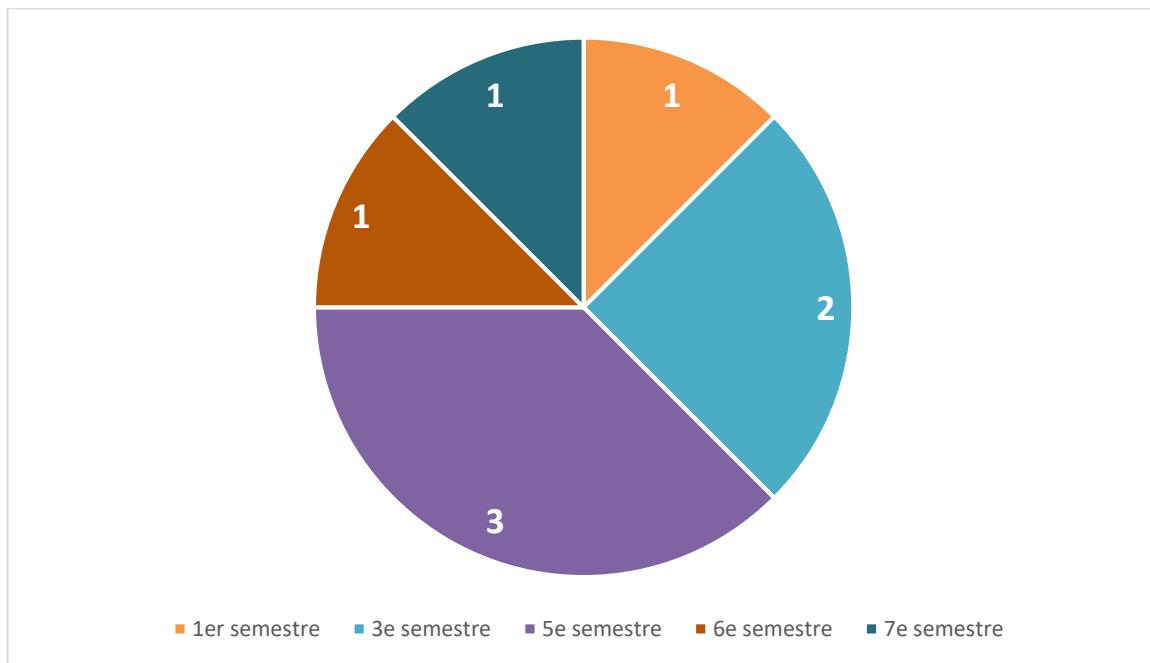


Figure 2 : Répartition des apprenants selon leur avancée dans le cursus médical

Ainsi, 5 internes sur 9 avaient réalisé plus de la moitié de leur cursus de DES avant cette formation. 4 internes sur les 9 interrogés avaient réalisé un stage en USP, en équipe mobile de soins palliatifs, dans une unité possédant des LISPs ou dans une unité de cancérologie.

2. Critère de jugement principal

2.1. Taux de remplissage

Le Q1 avait été rempli totalement par 8 participants sur 9. Le 9^{ème} participant avait répondu à toutes les questions excepté la dernière. Sa réponse n'a donc pas été prise en compte pour l'évaluation du temps de remplissage mais exploitée pour le reste de l'analyse.

Le Q2 avait recueilli 8 réponses complètes sur 9 et le Q3 7 sur 9.

Le taux de remplissage restait important mais on notait une tendance à la diminution à distance de la formation, malgré la multiplication des relances.

2.2. Temps de remplissage.

| Questionnaire | Nombre de réponses complètes | Médiane | Valeur minimale | Valeur maximale |
|---------------|------------------------------|----------|-----------------|-----------------|
| Q1 | 8 | 15min52s | 4min12s | 25min38s |
| Q2 | 8 | 13min24s | 9min18s | 1h5min57s |
| Q3 | 7 | 9min31s | 7min13s | 29min36s |

Tableau I : Temps de remplissage

A longueur équivalente des questionnaires, on notait une diminution du temps médian de remplissage entre Q1 et Q3.

Néanmoins, on observait une grande variabilité du temps de réponse.

La majorité des internes interrogés (5/7) étaient « plutôt en accord » avec le fait que la longueur du questionnaire était adaptée. Un interne était « plutôt en désaccord », et un « totalement en accord ».

2.3. Avis des apprenants sur l'IP-short

L'avis des apprenants sur l'IP-short est présenté dans la figure 3.

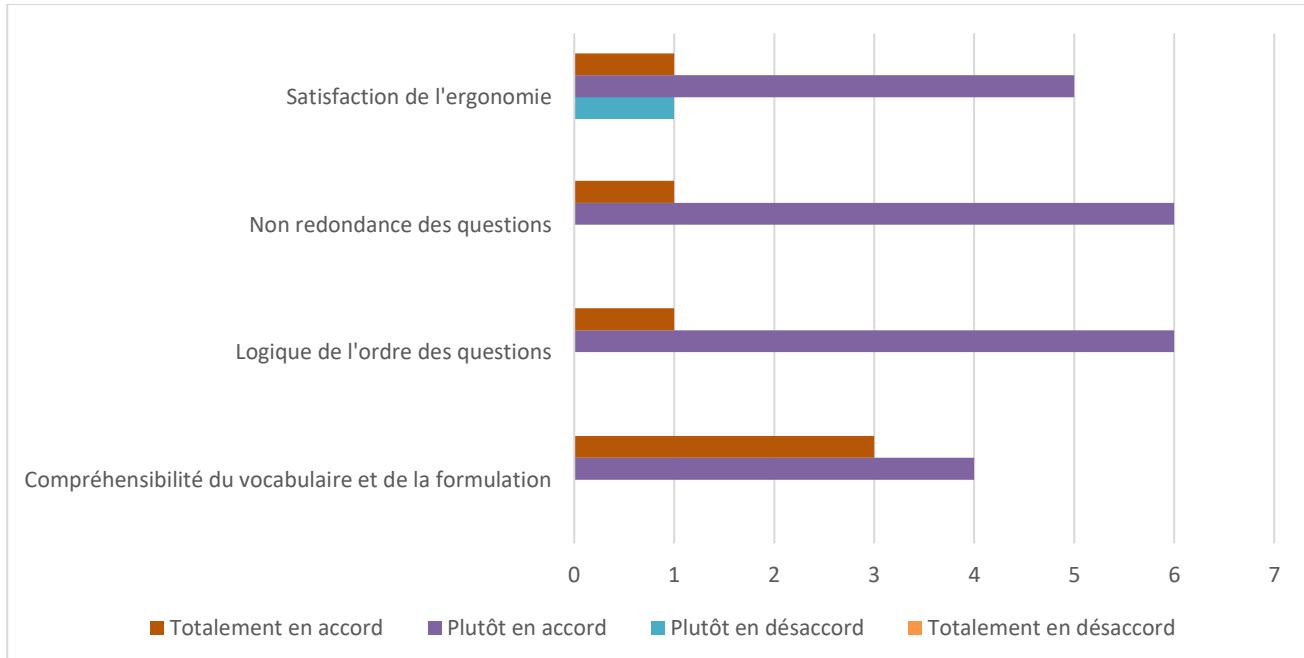


Figure 3 : Avis des apprenants sur l'IP-short

Commentaire : un apprenant soulevait une difficulté ergonomique pour répondre à la question 2 de la partie III (classement d'items), responsable d'une perte de temps, notamment sur smartphone.

La majorité des apprenants était « plutôt en accord » avec la clarté du contenu de l'IP-short, sa structure (logique, non-redondance) et son ergonomie.

Un apprenant a proposé de réaliser un questionnaire de type « vrai/faux » centré sur les connaissances et d'en évaluer l'évolution. Par ailleurs, un autre a jugé l'IP-short « adapté et intéressant, invitant à la réflexion ».

3. Critères de jugement secondaires

3.1. Évolution des réponses à l'IP-short : Évaluation de la compétence collaborative

3.1.1. Partie scorée de l'IP-short

L'évolution des scores par thème est présentée dans la figure 4 (n correspondant au nombre de participants). La thématisation des questions est explicitée en [Annexe 7](#).

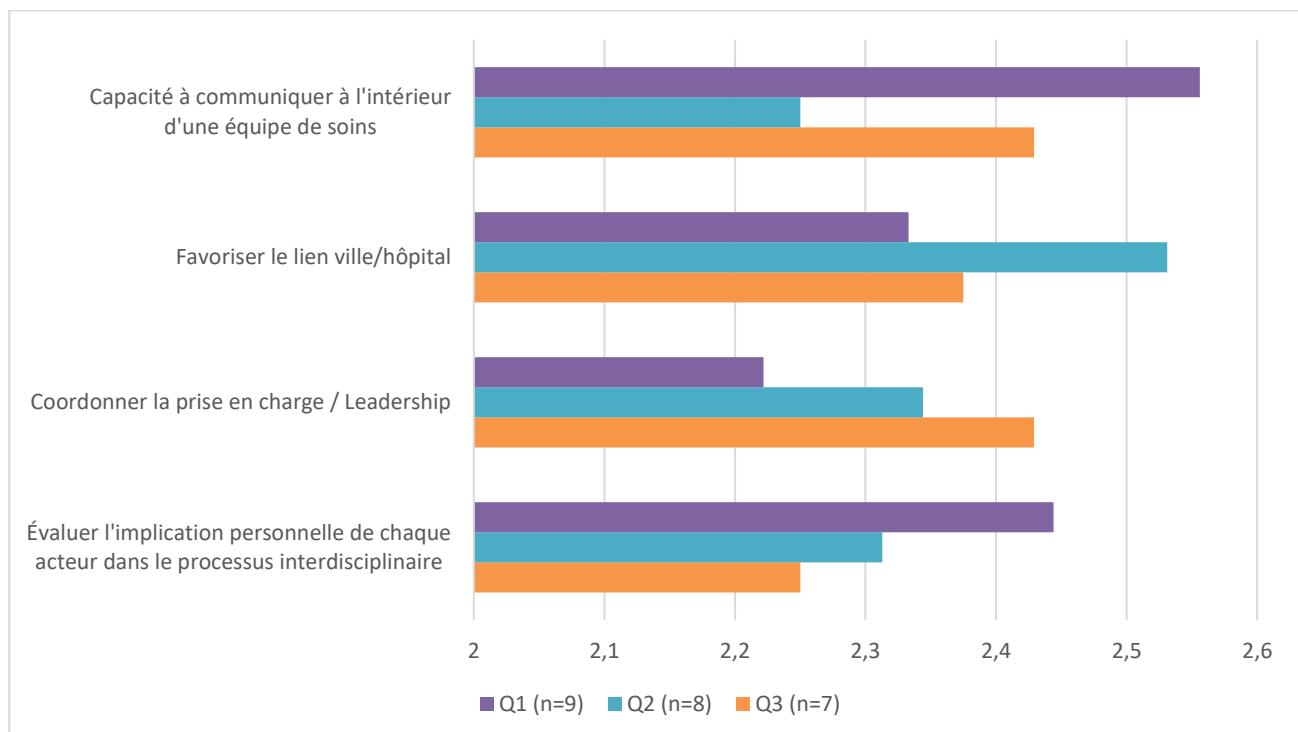


Figure 4 : Evolution par thème des scores à l'IP-short

3.1.2. Évolution du concept d'interdisciplinarité chez les apprenants

Les principaux résultats étaient une **mise en avant de l'item « favoriser l'accompagnement du patient et/ou de sa famille »**, qui passait de la 4^{ème} place à Q1 à la 2^{ème} (Q2) puis 1^{ère} place lors du Q3.

On notait également une prise en compte **plus importante de l'intérêt de « rassurer chaque membre sur la pertinence de ses interventions »**, qui passait de la 7^{ème} à Q1 à la 5^{ème} (Q2) puis à la 2^{ème} place ex-aequo lors du Q3.

En revanche, l'item concernant **« une meilleure adhésion et implication du patient et/ou de sa famille au plan d'intervention »**, baissait de la 2^{ème} à la 5^{ème} place au fil des évaluations, au profit des items sus-nommés.

3.2. Évaluation des autres compétences en soins palliatifs

Les compétences en culture palliative, technico-scientifiques et relationnelles, étaient abordées dans la partie II du questionnaire ([Annexe 4](#)).

3.2.1. Echelle d'évaluation des doctorants

Les résultats sont présentés en figure 5, pour les différents champs explorés chacun par un item.

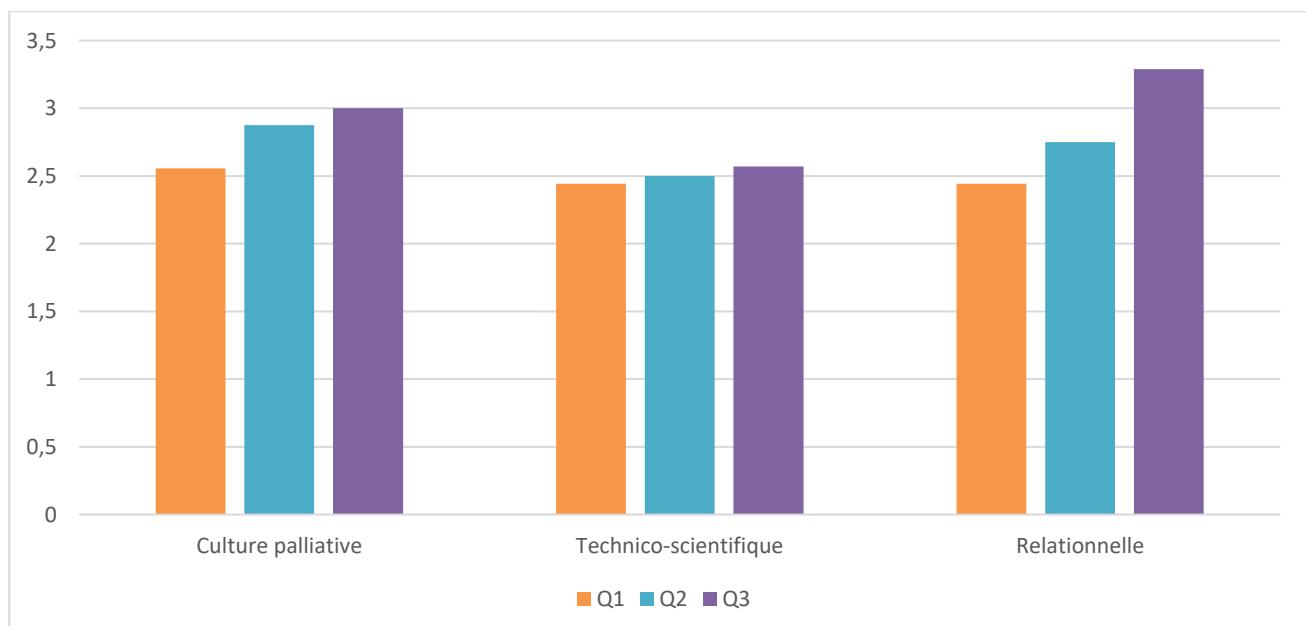


Figure 5 : Evolution des scores selon l'échelle d'évaluation des doctorants

3.2.2. Compétence en culture palliative : définition des soins palliatifs

Les définitions prises pour référence étaient celles proposées par la SFAP et l'OMS en 2002 (14). Les évolutions principales des définitions proposées par les apprenants résidaient notamment sur la notion **d'interdisciplinarité**, présente uniquement 2 fois /9 lors de Q1, mais 4 fois sur 8 et 3 fois sur 7 lors de Q2 et Q3.

La **globalité** de la prise en charge était également de plus en plus mise en avant.

La notion de « **respect du libre arbitre/autonomie du patient** » était absente des définitions proposées lors de Q1, mais proposée à 2 reprises lors de Q2 et Q3.

On observait également une place prépondérante de **l'entourage** dans les définitions de Q3.

Enfin, la notion d' « **anticipation des besoins** » a été évoquée à une reprise lors de Q2.

3.2.3. Compétence technico-scientifique : pratique de la sédation

La bonne réponse de ce QRM selon la SFAP (14) était le deuxième item « la sédation est réversible ».

Lors de Q1, 8 étudiants sur 9 avaient bien sélectionné cet item, mais 4 autres réponses erronées avaient été données. Lors de Q2, tous les étudiants avaient sélectionné le bon item, et 2 réponses fausses persistaient. Enfin, **lors de Q3, tous les étudiants avaient sélectionné le bon item et une seule réponse erronée persistait.**

3.2.4. Compétence relationnelle : l'accompagnement de l'entourage du patient

Les bonnes réponses de ce QRM selon la SFAP étaient les 1^{er}, 3^{ème} et 5^{ème} items (respectivement l'interdiction d'échanger avec les proches si le patient s'y oppose, un conseil d'explications prudentes et l'utilité des entretiens en présence du patient et de ses proches).

Lors des différents questionnaires, aucun étudiant n'avait donné de réponses erronées et tous avaient sélectionné le 5^{ème} item. Le taux de sélection de l'item 1 a été en diminution au cours des évaluations, passant de 4/9 pour le 1^{ère} à Q1 à 2/7 à Q3. Celui de l'item 3 est resté stable,

passant de 6/9 pour le 3^{ème} à Q1 à 5/7 à Q3. Ainsi, **cette question présentait des résultats globalement stables.**

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats généraux

L'ensemble des critères d'évaluation de la faisabilité laisse penser que l'IP-short est un outil utilisable dans un dispositif d'enseignement de ce type : taux de réponse satisfaisant, temps de remplissage jugé adapté, questionnaire clair et ergonomie confortable.

La compétence interdisciplinaire semblait s'être améliorée dans les domaines du lien ville-hôpital, de la coordination de la prise en charge et du « bien travailler ensemble » au sein d'une équipe de soins dans le but de favoriser l'accompagnement du patient et de ses proches, même si l'évaluation de l'implication de chacun dans le processus interdisciplinaire semblait s'être dégradée. Les autres compétences en soins palliatifs semblaient s'être globalement améliorées, en dehors d'une stabilité des réponses concernant l'accompagnement de l'entourage du patient.

2. L'IP-short, un outil utilisable dans l'évaluation de l'interdisciplinarité chez des apprenants en formation ?

Le concept d'interdisciplinarité en pratique clinique s'est fortement développé au cours de ces dernières années. Selon Oandasan et al. (15), « *un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe contribuera à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, à veiller à la sécurité des patients et par le fait même, diminuera les problèmes relatifs à la charge de travail qui produit le surmenage parmi les professionnels de la santé* ». La nécessité de collaborer en santé est donc apparue comme une évidence. Plusieurs outils d'évaluation de l'interdisciplinarité ont été développés, notamment pour l'évaluation de rencontres interdisciplinaires (16), de l'interdisciplinarité en éducation thérapeutique (10), en soins palliatifs (11) et en pratique générale de soins (9).

L'IP-short, inspiré principalement de l'IPC-65 (9) et de l'iCOPE (11), se devait d'être adapté au contexte pédagogique.

L'évaluation de l'IP-short par les apprenants se faisait selon plusieurs critères. Le taux de réponse, comme nous pouvions le craindre, a diminué à distance de la formation. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce recul : l'absence de caractère obligatoire pour la validation des heures de formation de réponse à ces questionnaires ; une période (octobre) de fin de stage des internes et de fin d'internat pour 3 des internes participants, souvent source de travaux supplémentaires ; l'éloignement du « temps de rencontre » pouvant donner un caractère moins « essentiel » de réponse au questionnaire. Par ailleurs, ce constat interpelle chez une cohorte d'étudiants volontaires. Qu'en aurait-il été dans le cas d'une participation imposée ?

Les autres éléments évalués sont toutefois encourageants, puisqu'une large majorité des étudiants évaluait positivement son ergonomie, sa non redondance, sa compréhensibilité, sa logique et sa longueur. Enfin, la longueur du questionnaire était également évaluée par le temps de réponse au questionnaire. On pouvait observer une diminution de celui-ci au fur et à mesure de la prise en main de l'outil Lime Survey. Des éléments logistiques pourraient par ailleurs expliquer en partie la grande variabilité des temps de réponse (de 4min12s à 1h05min57s) : le temps le plus court correspondait à un étudiant ayant rempli le questionnaire pré-formation à son arrivée en salle et le temps le plus long laisserait supposer une interruption lors du remplissage. Les temps médians entre 9 et 15 minutes pour 12 à 13 questions étaient supérieurs à ceux conseillés pour des enquêtes en ligne dans le domaine du marketing qui préconise une durée maximale de 10 minutes pour 15 à 20 questions (17).

Au-delà de ces considérations pratiques, il est important de revenir au contenu même de l'IP-short. Sa construction par l'équipe pédagogique doit être portée à caution. En effet, si l'IP-65 est une échelle validée d'évaluation de l'interdisciplinarité dans les équipes de soins, l'IP-

short construite pour les besoins de cette formation n'a pas bénéficié de validation scientifique. Puisque les résultats de son utilisation pratique semblent encourageants, il serait intéressant de procéder à une validation structurée de son contenu, de manière à pouvoir l'utiliser plus solidement lors de prochains enseignements.

3. L'interdisciplinarité dans la formation, un atout pour la pratique clinique

La demande en soins de santé, dans un contexte d'évolution sociétale (16), ne cesse de se complexifier (18). Le concept d'interdisciplinarité apparaît comme une stratégie des plus prometteuse afin d'améliorer la qualité des soins, mais également la qualité de travail des soignants grâce à une meilleure gestion des ressources humaines. Cependant, l'évolution vers des pratiques interdisciplinaires est lente (15), notamment par un manque d'investissement dans la formation professionnelle dans ce domaine. Néanmoins, l'actuel plan triennal gouvernemental (1) met en avant cette notion, et la nécessité de formations interdisciplinaires. Cette étude relevait une mise en avant après formation du « bien travailler ensemble » via l'amélioration de la compétence de coordination de la prise en charge afin de favoriser l'accompagnement du patient et de ses proches, en rassurant chaque membre d'une équipe sur la pertinence de ses interventions, évoluant d'un modèle hiérarchique traditionnel pyramidal actuellement obsolète à un modèle horizontal entre les différentes disciplines du soin. On observait également à distance de la formation une amélioration de la capacité à communiquer entre soignants, une des clés d'une meilleure efficience professionnelle (15) et un point clé de la prévention de l'épuisement des soignants. L'évolution décevante des résultats au thème « évaluer l'implication personnelle de chaque acteur au sein du processus interdisciplinaire », interrogeait sur le fonctionnement des équipes de soins et la reconnaissance de la place de chacun. On peut observer en pratique clinique une implication variable des différents acteurs de soins médicaux et paramédicaux aux « réunions de service »

et autres processus collaboratifs. Plusieurs éléments peuvent limiter la pratique collaborative : des horaires de travail plus ou moins flexibles, un manque de motivation lié à un sentiment de dévalorisation de sa fonction au sein d'une équipe, le sentiment que sa voix « compte moins » entre différents corps de métier et grades hiérarchiques et des impératifs liés à la gestion d'urgences notamment dans le domaine chirurgical. La formation délivrée dans ce domaine pourrait avoir donné une image idéalisée de cette pratique, mais après confrontation avec les contraintes de la pratique clinique, les apprenants auraient pu ressentir une déception quant à l'implication et à la motivation de chacun dans le processus collaboratif.

4. L'impact de la formation, une temporalité à considérer

L'évaluation d'une formation nécessite plusieurs temps. Selon le modèle initial de Kirkpatrick à 4 niveaux de 1959, et ses successeurs (19), l'évaluation initiale permettrait d'évaluer la satisfaction et les connaissances acquises. Une évaluation plus tardive rendrait compte de l'évolution des compétences acquises (20) par une modification des comportements et l'évaluation ultime, du résultat (dans notre cas, l'amélioration des indices de qualité de soin et de bien-être des soignants). Dans le domaine de l'entreprise, on parle d'évaluation « à chaud » pour les connaissances et « à froid » pour les compétences, pour lesquelles il est parfois difficile de délimiter ce qui tient de la formation et ce qui tient d'éléments intercurrents (21). Certaines réponses au Q2 illustrent bien cette temporalité à respecter. On peut observer, notamment dans le domaine de la capacité à communiquer à l'intérieur d'une équipe de soin, une dégradation de cette compétence lors de l'évaluation « à chaud », faisant supposer une remise en question de la part des apprenants de leur pratique pré-formation n'ayant pas encore eu l'occasion de mettre en pratique les notions évoquées lors de celle-ci. On note d'ailleurs une amélioration rassurante de cette compétence par la suite. Dans le cas des QRM, plutôt l'adage des connaissances que des compétences, il existe *a contrario* une amélioration

constante des résultats au fil des évaluations, les connaissances théoriques étant fixées, elles seraient moins sujettes à une remise en question après pratique.

L'objectif final de l'évaluation d'une formation serait l'évaluation des résultats, ici dans les domaines de la qualité des soins et du bien-être soignant, mais ceci nécessiterait une évaluation sur plusieurs années ainsi que des ressources matérielles et humaines importantes, incompatibles avec un travail de thèse.

5. Forces et limites

Le recrutement s'étant fait sur la base du volontariat auprès des étudiants, il existait donc un biais de recrutement. Ceci s'observe dans les caractéristiques de la population étudiée, retrouvant une population d'internes plutôt avancés dans leur cursus et 4 des 9 internes ayant réalisé un stage en USP, dans une structure contenant des LISP ou dans une unité de cancérologie. Ayant été plus confrontés à ces situations que des internes novices, ils se sont montrés volontaires pour ce type de formation. Cette population « réceptive » a permis d'initier cet enseignement de manière sereine et d'avoir des retours constructifs permettant son amélioration. La présence d'un seul interne de spécialité médicale a limité l'interdisciplinarité recherchée puisque la formation visait la mise en pratique de l'interdisciplinarité avant l'abord de cette pratique par son contenu théorique. Elle a également limité la taille de l'échantillon du fait des critères de recrutement et donc la force de l'évaluation de l'IP-short et des autres composantes de ce travail. La représentativité de la population cible est donc plutôt faible.

L'évaluation des items en sous-groupes thématiques a pu occulter certaines données. Néanmoins, compte tenu de la multitude d'items, une évaluation individuelle n'aurait pas permis d'exploiter les résultats.

La période entre la formation et l'évaluation à 6 mois a pu être responsable d'un biais de confusion, les internes ayant pu être en stage dans le domaine des soins palliatifs, ou avoir eu

d'autres formations ayant également permis l'acquisition de compétences dans le domaine des soins palliatifs et de l'interdisciplinarité.

L'IP-short a été élaboré principalement sur la base de l'IPC-65 (9) qui a l'avantage d'avoir été validé aussi bien au Québec que dans sa version française. Ainsi, l'adaptation de cet outil reconnu est un point fort de cette étude. Néanmoins, son adaptation a été réalisée par l'équipe pédagogique et il n'a pas fait l'objet d'une validation formelle.

6. Conclusion : que peut-on retenir de ce travail pour les prochains enseignements ?

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'utilisabilité d'un questionnaire d'évaluation de l'interdisciplinarité dans un contexte de formation. Le projet étant que l'IP-short puisse être utilisé à nouveau pour les prochaines sessions de formation de ce type.

Ce questionnaire a reçu un accueil plutôt favorable de la part des apprenants. Pour plus de praticité, il semblerait adapté de re-travailler sur le support en changeant de logiciel afin de faciliter l'ergonomie sur smartphone.

L'IP-short pourrait donc être utilisé lors de prochaines formations afin d'évaluer l'évolution des compétences collaboratives des internes avant et à distance de la formation.

Afin d'améliorer la qualité de l'évaluation à froid, l'intérêt d'une nouvelle rencontre à 6 mois sur un temps plus court pourrait être réévalué, telle que réalisée lors d'évaluations de formations dans les entreprises, afin d'améliorer les taux de réponse et de pouvoir échanger à nouveau sur les modifications de pratiques engendrées par la formation.

L'absence des internes de spécialités médicales doit nous interroger. La méthode de recrutement au sein des différents DES pourrait être réévaluée en collaboration avec les référents universitaires afin de garantir l'interdisciplinarité dans cette formation.

RETOUR SUR EXPERIENCE

La première séance de formation a eu lieu le 5 avril 2018 à la Faculté de Santé d'Angers, en présence des Drs PIGNON et GUINEBERTEAU, NICOLLE Marjorie et moi-même.

Cette séance avait été préparée en amont avec l'élaboration de la démarche pédagogique et de la trame pédagogique par ces 4 intervenants. Il fut également mis en place sur la plateforme Moodle un ensemble de liens hypertextes, permettant l'acquisition préalable de connaissances en soins palliatifs, notamment issus de la CASSPA (Coordination de l'Accompagnement en SoinS Palliatifs Angevine), de sites juridiques, de la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur).

Afin d'aider les médecins en formation dans leur pratique interdisciplinaire, également en libéral, des fiches réseaux regroupant les coordonnées des différents réseaux de soins palliatifs de la région Pays de Loire, ont été réalisées. Une carte interactive a également été initiée, regroupant actuellement les USP et les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs, et dans le futur les services d'hospitalisation à domicile, les LISP et les réseaux de soins palliatifs pédiatriques. Cet outil permettrait donc à un médecin en cabinet, de savoir exactement quelles ressources sont à sa disposition en fonction de son lieu d'exercice.

Avant la formation, et en complément du travail de thèse de Marjorie NICOLLE (6), les attentes des internes ont été recueillies. On y retrouvait notamment la volonté de pouvoir échanger avec des internes d'autres spécialités sur « *leur vision et application des soins palliatifs* » ainsi que de « *développer la communication et l'échange interdisciplinaire* », ce qui montrait l'importance aux yeux des internes de ce type de formation.

Les retours des apprenants, évalués lors du Q2, sont des éléments majeurs pour la suite de la mise en place de cette formation, permettant son amélioration. On y retrouvait notamment la proposition de réalisation de jeux de rôle, d'ateliers de rédaction « *fictive* » de directives

anticipées, mais également de « *renforcer la communication auprès des différents services, afin d'avoir une population d'internes plus diversifiée* », ce qui semble en effet être un objectif primordial pour une prochaine session.

La totalité des internes présents envisageait de recommander cette formation. Ils soulignaient en particulier la qualité des échanges entre internes et avec les encadrants, et l'humanité de ce type de formation.

Néanmoins, beaucoup déploraient le manque de données plus « pratiques », notamment sur les protocoles thérapeutiques. Ceci était en effet un choix pédagogique, l'ensemble de ces données théoriques ayant été référencées sur la plateforme Moodle.

La mise en place de cet enseignement fut particulièrement enrichissante, permettant d'entrevoir le domaine de la pédagogie dans ce projet qui me semble avoir toute sa place dans l'enseignement du 3^{ème} cycle des études médicales, voire conjointement avec d'autres disciplines de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie - 2015-2018 [Internet] [cited 2018 Mar 19]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
2. Mallet D (Membre du CNEFUSP). Enquête nationale sur les enseignements en soins palliatifs : Formation médicale initiale, PACES-DFGSM-DFASM. Paris: CNEFUSP; 2017.
3. Mallet D (Membre du CNEFUSP). Enseignements transversaux « Pratique médicale des soins palliatifs » à destination de tous les internes de médecine en phase socle : proposition du CNEFUSP. Paris: CNEFUSP; 2017.
4. SFAP. Formation interdisciplinaire en soins palliatifs à destination des équipes spécialisées en soins palliatifs [Internet] [cited 2018 Mar 19]. Available from: <http://www.sfap.org/system/files/presentation-offre-formation-interdisciplinarite-soins-palliatifs.pdf>
5. 2e Congrès international francophone de soins palliatifs 2013. Revue internationale de soins palliatifs. 2013 May 15;28(1):9-106.
6. Nicolle M. Interdisciplinarité médicale autour du patient en soins palliatifs : mise en place d'un enseignement transversal en 3ème cycle des études médicales. Guineberteau C, editor. 2018 Jun 21;60.
7. Nguyen, Diem-Quyen, Blais, Jean-Guy. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. 2007;8(4):232-51.
8. Aubry, Régis, Mallet, Donatien. Réflexions et propositions pour la formation médicale. Pédagogie Médicale. 2008;9(2):94-102.
9. Bédard SK, Larivière C. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique, Validation of the IPC65 questionnaire: a tool to measure interdisciplinarity in clinical practice. Santé Publique. 2013;25(6):763-73.
10. Tribonnière X de la, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 5(1):163-76.
11. Head BA, Schapmire T, Hermann C, Earnshaw L, Faul A, Jones C, et al. The Interdisciplinary Curriculum for Oncology Palliative Care Education (iCOPE): Meeting the Challenge of Interprofessional Education. J Palliat Med. 2014 Oct 1;17(10):1107-14.
12. Plateforme d'enseignement de l'institut libre Marie Haps. Conception et construction d'un questionnaire. [Internet] [cited 2018 Oct 4]. Available from: http://intranet.ilmh.be/learning/courses/PSY212/document/Construction_d_un_questionnaire.htm
13. 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. [Lyon]: Bibliothèque Lyon 1; 2017.
14. Etudiants | SFAP - site internet [Internet]. [cited 2019 Jan 6]. Available from: <http://www.sfap.org/rubrique/etudiants>

15. Ivy Oandasan, G.Ross Baker, et al. Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Juin 01,2006 [cited 2019 Jan 25]. Available from: https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/researchReports/commissionedResearch/teamworks-synthesis-report_f.pdf
16. Careau E. Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires. Thèse de doctorat. Québec : Faculté des études supérieures de l'Université Laval, 2013. 1. [cited 2019 Jan 25]. Available from: http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/these_emmanuelle_careau/these_emmanuelle_careau.pdf
17. Lafont F. Longueur optimale du questionnaire [Internet]. le blog de Questio. 2016 [cited 2019 Feb 2]. Available from: <https://blog.question.fr/longueur-optimale-du-questionnaire>
18. Robertson G. Repenser les dispositifs de formation dans une approche pluri-professionnelle – EMLafontlconsulte [Internet]. [cited 2019 Feb 2]. Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/84593>
19. Daniel Gilibert, Isabelle Gillet. Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques Psychologiques*, Elsevier Masson, 2010, 16, pp.217-238.
20. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cited 2019 Jan 30]. Available from: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
21. Comment évaluer une formation ? Méthodes et outils [Internet]. [cited 2019 Feb 2]. Available from: <https://www.manager-go.com/ressources-humaines/evaluation-de-la-formation.htm>

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Diagramme de flux..... | 8 |
| Figure 2 : Répartition des apprenants selon leur avancée dans le cursus médical..... | 9 |
| Figure 3 : Avis des apprenants sur l'IP-short | 10 |
| Figure 4 : Évolution par thème des scores à l'IP-short | 11 |
| Figure 5 : Évolution des scores selon l'échelle d'évaluation des doctorants..... | 12 |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Temps de remplissage 10

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| MÉTHODE | 4 |
| 1. Population étudiée et recrutement..... | 4 |
| 2. Outils d'évaluation..... | 4 |
| 2.1. Évaluation de l'interdisciplinarité : choix et adaptation du questionnaire | 4 |
| 2.2. Évaluation de la faisabilité de l'IP-short par les apprenants | 5 |
| 2.3. Évaluation des autres compétences | 6 |
| 3. Analyse..... | 6 |
| 4. Aspects éthiques et réglementaires | 7 |
| RÉSULTATS..... | 8 |
| 1. Description de la population étudiée | 8 |
| 2. Critère de jugement principal..... | 9 |
| 2.1. Taux de remplissage | 9 |
| 2.2. Temps de remplissage..... | 10 |
| 2.3. Avis des apprenants sur l'IP-short | 10 |
| 3. Critères de jugement secondaires | 11 |
| 3.1. Évolution des réponses à l'IP-short : Évaluation de la compétence collaborative..... | 11 |
| 3.1.1. Partie scorée de l'IP-short | 11 |
| 3.1.2. Évolution du concept d'interdisciplinarité chez les apprenants..... | 12 |
| 3.2. Évaluation des autres compétences en soins palliatifs | 12 |
| 3.2.1. Echelle d'évaluation des doctorants | 12 |
| 3.2.2. Compétence en culture palliative : définition des soins palliatifs..... | 13 |
| 3.2.3. Compétence technico-scientifique : pratique de la sédation..... | 13 |
| 3.2.4. Compétence relationnelle : l'accompagnement de l'entourage du patient | 13 |
| DISCUSSION ET CONCLUSION | 15 |
| 1. Résultats généraux | 15 |
| 2. L'IP-short, un outil utilisable dans l'évaluation de l'interdisciplinarité chez des apprenants en formation ? | 15 |
| 3. L'interdisciplinarité dans la formation, un atout pour la pratique clinique . | 17 |
| 4. L'impact de la formation, une temporalité à considérer..... | 18 |
| 5. Forces et limites | 19 |
| 6. Conclusion : que peut-on retenir de ce travail pour les prochains enseignements ? | 20 |
| RETOUR SUR EXPERIENCE | 21 |
| BIBLIOGRAPHIE | 23 |
| LISTE DES FIGURES..... | 25 |
| LISTE DES TABLEAUX | 26 |
| TABLE DES MATIÈRES..... | 27 |
| ANNEXES..... | I |

ANNEXES

Annexe 1 - Méthodologie et démarche du projet pédagogique

1/ La phase préparatoire :

- Recueil des données de la littérature concernant les attentes des internes en termes de formation en soins palliatifs. (7) (Objet d'une seconde thèse)
- État des lieux de l'enseignement en soins palliatifs en 3^e cycle du DES de médecine générale en France. (Objet d'une seconde thèse)
- Planification pédagogique de la formation (définition des objectifs, des méthodes et outils pédagogiques, des moyens, du contenu et du déroulement de la journée d'intervention) ([Annexe 2](#))
- Élaboration d'outils pédagogiques permettant le bon déroulement de l'enseignement (fiches pratiques, guides des réseaux, etc), mise en ligne de ces documents sur la plateforme commune MOODLE
- Définition des modes d'évaluation des compétences définis par la formation

2 / La phase de réalisation

Participation à l'animation de la formation le 5 avril 2018 conjointement avec la co-thésarde Marjorie Nicolle et un représentant du DMG (le Dr Clément GUINEBERTEAU, chef de clinique de médecine générale à Angers) et un représentant de la Fédération Soins de Support et Palliatifs du CHU d'Angers (le Dr Aude PIGNON, médecin de l'unité de soins palliatifs du CHU d'Angers).

3/ La phase d'évaluation

Cette démarche d'évaluation comporte 3 étapes (10) :

- Un questionnaire pré-formation (1 semaine avant la formation), recueillant en 1^{ère} partie les caractéristiques des participants ; en 2^{ème} partie leurs attentes et leurs connaissances et compétences dans les domaines de la culture palliative, technico-scientifique et relationnel ; en 3^{ème} partie leurs compétences dans le champ de l'interdisciplinarité.
- Un questionnaire post-formation immédiat (1 semaine après la formation), recueillant en 1^{ère} partie la satisfaction des participants à cet enseignement, et reprenant les 2^{ème} et 3^{ème} parties sus-citées.
- Un questionnaire post-formation à moyen terme (6 mois), reprenant les 2^{ème} et 3^{ème} parties des questionnaires précédents, ainsi que 5 questions d'évaluation de la faisabilité de l'outil auprès des apprenants.

Enseignement transversal en 3^{ème} cycle des études médicales

Interdisciplinarité autour du patient en situation palliative

Objectifs pédagogiques :

- Développer la culture palliative
- Développer les connaissances technico-scientifiques dans le domaine des soins palliatifs
- Travailler l’approche relationnelle et émotionnelle dans la pratique des soins palliatifs
- **Impulser une dynamique interdisciplinaire inscrite dans le réseau.**

Public-cible : Internes de spécialité Médecine Générale et internes de spécialités médicales hospitalières (environ 10 et 10)

Durée : Sur une journée

Porteurs du Projet : Dr Clément GUINEBERTEAU (CCU MG), Dr Aude PIGNON (Médecin de l’Unité de Soins Palliatifs du CHU)

Formateurs : Médecin de l’unité de soins palliatifs du CHU d’Angers / Enseignant du Département de Médecine Générale

Calendrier : 1^{ère} séance le 5 avril 2018

Déroulé détaillé de la formation : (cf. infra)

Le projet bénéficie du soutien du Département de Médecine Générale, du Pr Urban (Responsable du DESC de Soins Palliatifs), de la Fédération de Soins Palliatifs du CHU d’Angers et des instances de la Faculté de Santé.

Déroulé détaillé de la formation

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 (9h-9h30)

+ Discussion préliminaire à partir du recueil des attentes (dématérialisé)

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

- C'est quoi les soins palliatifs ? C'est quoi un patient en situation palliative ?
 - o Activité 1 : Brainstorming : Repérage des éléments qui amènent à définir la situation comme palliative
 - Consignes : écrivez ce qu'évoquent pour vous les soins palliatifs, en un mot ou deux
 - o **Activité 2 : Réflexion à partir de la fiche de repérage précoce développée par la CASSPA**

Pause (10h30-10h45) – café + thé

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

- Activité 1 : à partir de situations vécues, identifier des symptômes d'inconfort
 - o Consigne : (30 minutes) par groupes de 4, exposez des situations cliniques où vous avez été en difficultés pour prendre en charge des symptômes d'inconfort ?
 - Quelles stratégies de prise en charge (médicamenteuses ou non) ? Quelle surveillance ?
 - A l'hôpital et/ou au domicile ?
 - Comment prescrire ? Comment appliquer la prescription ?
 - o Restitution : (30 minutes) 10 minutes par groupe
- Activité 2 : Réflexion sur la place des prescriptions anticipées (20-30') + 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 interroger / développer un projet d'accompagnement de fin de vie ?
(14h15-15h45)

- Activité 1 : sous forme de groupes d'échange et d'analyse de pratique
- Thématiques qui pourraient être abordées
 - o Place des directives anticipées / personne de confiance. Cadre juridique et enjeux éthiques
 - o Comment parler de la mort ?
 - o Comment parler de ses limites en tant que soignant ?

Pause (15h45-16h)

Temps 3 : Construire une prise en charge interdisciplinaire inscrite dans le réseau (16h-17h15)

- Activité 1 : (30 minutes) par groupes de 4, exposez des situations cliniques
 - o Échanges de situations cliniques nécessitant la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire, réflexion sur la continuité de soins
 - o Restitution : 30 minutes
- Brainstorming sur les acteurs du réseau et sur les missions

Questions, conclusion et synthèse de la journée (17h15-17h45)

- Messages-clés

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

Annexe 3 – Contribution des deux thésardes au projet d'enseignement sur l'interdisciplinarité autour du patient en situation palliative

MISE EN PLACE D'UN ENSEIGNEMENT TRANSVERSAL EN 3^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

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 3ème cycle du DES de médecine générale en France : **Étude quantitative descriptive**,
- Participation à la **planification pédagogique** de la formation 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'**animation** de la formation.

ANALYSE DE LA FAISABILITÉ D'UNE ÉVALUATION DES COMPÉTENCES COLLABORATIVES ET INTERDISCIPLINAIRES

MASSUS Isaline

- Participation à la **planification pédagogique** de la formation 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 de questionnaires** préliminaire et d'évaluation à court et moyen (6 mois) terme de la formation, des compétences en soins palliatifs et plus particulièrement en interdisciplinarité,
- 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), basé sur le questionnaire IP-65, et l'impact de l'enseignement sur le développement des compétences : **étude quantitative descriptive longitudinale**.

Annexe 4 – Questionnaire pré-formation (Q1)

Dans le cadre de cette journée de formation pluridisciplinaire sur les soins palliatifs, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux connaître vos attentes vis-à-vis de cet enseignement et de mieux y répondre, ainsi que vos compétences dans ce domaine.

Merci de vos réponses !

Il y a 13 questions dans ce questionnaire

- **Partie I**

1) Veuillez renseigner le numéro d'anonymisation qui vous a été envoyé par mail :

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

2) Dans quelle spécialité médicale exercez-vous ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- DES médecine générale
- DES neurologie
- DES endocrinologie
- DES pneumologie
- DES dermatologie
- DES hématologie

3) En quel semestre êtes-vous ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1er semestre
- 2ème semestre
- 3ème semestre
- 4ème semestre
- 5ème semestre
- 6ème semestre
- 7ème semestre
- 8ème semestre
- 9ème semestre
- 10ème semestre

4) Au cours de votre internat, avez-vous réalisé un stage :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En unité de soins palliatifs (ou équipe mobile) ou dans une unité possédant des LISPs (Lits Identifiés Soins Palliatifs) ou dans une unité de cancérologie
- Je n'ai réalisé aucun stage dans ces structures

5) Réalisez-vous ou projetez-vous de réaliser un enseignement complémentaire en médecine palliative ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- DESC, DU
- Aucun
- Autre : (*Texte libre*)

6) D'une manière générale, vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge d'un patient en situation palliative ?

Choisissez la réponse appropriée :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

0 : Pas du tout à l'aise

5 : Moyennement à l'aise

10 : Très à l'aise

7) D'une manière générale, quelles sont vos attentes vis-à-vis de cette journée de formation ?

Texte libre

• **Partie II**

1) Savez-vous décrire plus précisément ce que sont les soins palliatifs ?

Texte libre

2) Concernant la sédation chez un patient qui présente une maladie grave à un stade avancé ou terminal :

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La sédation est toujours profonde et continue jusqu'au décès
- La sédation est réversible
- La sédation profonde et continue jusqu'au décès chez un patient en fin de vie est une pratique très fréquente
- La sédation est une pratique systématique chez un patient qui présente une agonie

La sédation accélère systématiquement la survenue du décès

3) A propos de l'accompagnement de l'entourage d'un patient en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale et/ou en fin de vie :

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Il est interdit d'échanger avec les proches si le patient s'y oppose
- Il est systématiquement conseillé de limiter l'accueil et la venue des proches pour ne pas fatiguer le patient
- Il est conseillé d'expliquer avec prudence sans répondre forcément à toutes les questions
- Il est recommandé d'indiquer un pronostic précis afin que les proches puissent s'organiser
- Il peut être utile de réaliser des entretiens en présence du patient et de ses proches

4) Evaluatez votre degré de compétence ressenti dans les domaines suivants :

Réponses possibles :

- Je suis confiant dans ma capacité à déployer cette compétence
- Je maîtrise cette compétence mais je peux encore l'améliorer
- Mes capacités ou ma pratique sont insuffisantes et doivent être améliorées
- Mes capacités ou ma pratique dans ce domaine sont faibles, je devrais y travailler sérieusement
- Je n'ai pas besoin de cette compétence pour ma pratique / Je n'y ai pas été confronté

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- Le repérage des patients qui relèvent d'une prise en charge palliative
- La gestion des symptômes d'inconfort en dehors de la douleur
- Les compétences relationnelles dans le cadre d'une annonce au patient / à ses proches

• **Partie III**

L'interdisciplinarité peut se définir comme « l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème. Il y a des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes » (SFAP)

Les situations palliatives et de fin de vie sont des situations complexes dans lesquelles le travail d'équipe est nécessaire, tel que le définissent les différents plans gouvernementaux. La suite de ce questionnaire va permettre d'évaluer la place de l'interdisciplinarité dans ces situations complexes auxquelles vous pouvez être confrontés dans votre pratique quotidienne.

1) Par rapport aux questions suivantes, essayez de définir le plus spontanément possible votre positionnement au sein d'une équipe de soins (incluant médicaux et paramédicaux) :

Réponses possibles :

- Totalement en accord
- Plutôt en accord
- Plutôt en désaccord
- Totalement en désaccord
- Non applicable

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- Vous croyez en l'importance d'une prise en charge interdisciplinaire lors de la prise en charge d'un patient en situation palliative
- Les collègues que vous sollicitez pour un avis concernant une prise en charge palliative vous semblent impliqués dans un travail d'équipe centré sur le patient
- Vous communiquez de façon efficiente avec vos collègues
- Vous communiquez de façon efficiente avec l'équipe paramédicale
- Dans des situations complexes de soins palliatifs, les équipes médicales et paramédicales vous semblent motivées pour travailler ensemble
- Lors du recours à un autre professionnel (médical ou paramédical), l'autonomie professionnelle de chacun est reconnue
- En cas de désaccord au sein de l'équipe avec laquelle vous travaillez sur la conduite à tenir auprès d'un patient en situation palliative, il vous semble possible d'exprimer votre ressenti
- Lors d'une situation palliative en contexte hospitalier vous prenez avis auprès du médecin généraliste du patient
- Lorsque vous prenez en charge un patient en situation palliative, vous prenez avis auprès de ses autres médecins référents (oncologue, neurologue, ...)
- Dans un travail d'équipe, vous vous sentez capable de distinguer les rôles et contributions de chacun
- Lors d'un retour à domicile d'un patient en situation palliative potentiellement fragile, vous vous mettez en lien et restez disponible auprès du médecin traitant de ce patient
- Vous vous mettez facilement en lien avec des professionnels extérieurs pouvant vous aider dans une prise en charge palliative complexe (HAD, IDE libérales, EMSP du lieu de vie du patient, association de patients, ...)
- Vous vous sentez capable lors de la prise en charge d'un patient en situation palliative d'initier une collaboration interdisciplinaire autour de ce patient

- Vous vous sentez capable d'évaluer les besoins des patients et/ou de leurs familles en soins sur le plan psychologique, spirituel, social et culturel

2) Dans votre pratique actuelle, le recours à d'autres professionnels de santé lors de la prise en charge d'un patient en situation palliative permet avant tout :

Classez ces propositions de 1 à 7, la 1^{ère} étant la plus importante à vos yeux et la 7^{ème} la moins importante

- De traiter des cas complexes
- Le soutien mutuel, et facilite l'intégration des débutants et des stagiaires dans un projet de soins par des professionnels plus expérimentés
- De favoriser le respect et la reconnaissance de la spécificité de chacun
- De rassurer chaque membre sur la pertinence de ses interventions
- D'améliorer l'atteinte d'objectifs cliniques en soins palliatifs (retour à domicile, maintien des capacités fonctionnelles ou cognitives, soulagement des symptômes d'inconfort, ...)
- De favoriser l'accompagnement du patient et/ou de sa famille
- Une meilleure adhésion et implication du patient et/ou de sa famille au plan d'intervention

Merci à tous d'avoir répondu à ce questionnaire, à bientôt !

Annexe 5 – Questionnaire post-formation immédiat (Q2)

Vous avez participé à la journée de formation interdisciplinaire en soins palliatifs, et nous vous en remercions.

Nous vous sollicitons à nouveau afin d'évaluer ce qu'a pu vous apporter cette formation, et si celle-ci vous a satisfaits ou non.

N'hésitez pas à répondre avec franchise !

Merci de vos réponses !

Il y a 12 questions dans ce questionnaire

- **Partie I**

1) Veuillez renseigner le numéro d'anonymisation qui vous a été envoyé par mail :

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

2) J'évalue ma satisfaction globale de cette formation à :

Choisissez la réponse appropriée :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 : Pas du tout satisfait

10 : Tout à fait satisfait

3) Je conseillerai la participation à cette journée à mes collègues ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

4) Pour les éditions futures, je vous proposerai de :

Texte libre

5) L'idée principale que je retiens à l'issue de cette formation est :

Texte libre

6) Commentaires libres sur cette journée de formation :

Texte libre

Partie II et partie III : cf parties II et III de l'Annexe 4

Annexe 6 - Questionnaire post-formation à 6 mois (Q3)

Vous avez participé à la journée de formation interdisciplinaire en soins palliatifs il y a déjà 6 mois.

Nous vous sollicitons à nouveau afin d'évaluer ce qu'a pu vous apporter cette formation.

Nous souhaitons également vos retours sur ce que vous avez pensé de nos questionnaires.

N'hésitez pas à répondre avec franchise !

Merci de vos réponses !

Il y a 13 questions dans ce questionnaire

- **Partie I**

1) Veuillez renseigner le numéro d'anonymisation qui vous a été envoyé par mail :

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Partie II et partie III : cf parties II et III de l'Annexe 4

- **Partie IV**

Voici quelques questions sur ce que vous avez pensé de ce questionnaire, afin de nous permettre de le perfectionner pour de prochaines sessions.

Merci de votre avis

1) Le vocabulaire et la formulation des questions sont facilement compréhensibles ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Totalement en accord
- Plutôt en accord
- Plutôt en désaccord
- Totalement en désaccord

2) L'ordre des questions correspond à une suite logique ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Totalement en accord
- Plutôt en accord
- Plutôt en désaccord

Totallement en désaccord

3) Les questions ne sont pas redondantes ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Totallement en accord

Plutôt en accord

Plutôt en désaccord

Totallement en désaccord

4) La longueur du questionnaire semble adaptée ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Totallement en accord

Plutôt en accord

Plutôt en désaccord

Totallement en désaccord

5) L'ergonomie du questionnaire est satisfaisante ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Totallement en accord

Plutôt en accord

Plutôt en désaccord

Totallement en désaccord

6) Commentaires libres sur ce questionnaire :

Texte libre

Merci à tous d'avoir répondu à ce questionnaire.

Annexe 7 – Thématisation des items de l'IP-short

Capacité à communiquer à l'intérieur d'une équipe de soins

- Vous communiquez de façon efficiente avec vos collègues
- Vous communiquez de façon efficiente avec l'équipe paramédicale

Favoriser le lien ville/hôpital

- Lors d'une situation palliative en contexte hospitalier vous prenez avis auprès du médecin généraliste du patient
- Lorsque vous prenez en charge un patient en situation palliative, vous prenez avis auprès de ses autres médecins référents
- Lors d'un retour à domicile d'un patient en situation palliative potentiellement fragile, vous vous mettez en lien et restez disponible auprès du médecin traitant de ce patient
- Vous vous mettez facilement en lien avec des professionnels extérieurs pouvant vous aider dans une prise en charge palliative complexe

Coordonner la prise en charge / Leadership

- Vous croyez en l'importance d'une prise en charge interdisciplinaire lors de la prise en charge d'un patient en situation palliative
- Dans un travail d'équipe, vous vous sentez capable de distinguer les rôles et contributions de chacun
- Vous vous sentez capable lors de la prise en charge d'un patient en situation palliative d'initier une collaboration interdisciplinaire autour de ce patient
- Vous vous sentez capable d'évaluer les besoins des patients et/ou de leurs familles en soins sur le plan psychologique, spirituel, social et culturel

Evaluer l'implication personnelle de chaque acteur dans le processus interdisciplinaire

- Les collègues que vous sollicitez pour un avis concernant une prise en charge palliative vous semblent impliqués dans un travail d'équipe centré sur le patient
- Dans des situations complexes de soins palliatifs, les équipes médicales et paramédicales vous semblent motivées pour travailler ensemble
- Lors du recours à un autre professionnel (médical ou paramédical), l'autonomie professionnelle de chacun est reconnue.

- En cas de désaccord au sein de l'équipe avec laquelle vous travaillez sur la conduite à tenir auprès d'un patient en situation palliative, il vous semble possible d'exprimer votre ressenti

Faisabilité d'une évaluation des compétences collaboratives et interdisciplinaires : exemple d'un enseignement en soins palliatifs pour le 3^{ème} cycle des études médicales

RÉSUMÉ

Introduction – La pratique des soins palliatifs mobilise les compétences interdisciplinaires, quel que soit le contexte de soins. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la faisabilité d'un outil d'évaluation des compétences interdisciplinaires, utilisé dans une formation aux soins palliatifs destinée aux internes de plusieurs disciplines médicales. Un des objectifs secondaires était d'évaluer l'évolution de la compétence collaborative chez les apprenants au cours de la formation.

Méthode – L'IP-short, un questionnaire inspiré de questionnaires validés pour l'évaluation de l'interdisciplinarité, a été élaboré pour la formation. Il a été soumis aux internes en pré-formation, post-formation immédiat et à distance. Ce dernier contenait une partie d'évaluation de la faisabilité du questionnaire.

Résultats – Le taux de remplissage diminuait à distance de la formation. Majoritairement, les apprenants jugeaient positivement la longueur du questionnaire, sa logique, son ergonomie, sa non-redondance et sa compréhensibilité.

La compétence interdisciplinaire semblait s'être améliorée dans le domaine du lien-ville-hôpital et de la coordination de la prise en charge dans le but de favoriser l'accompagnement du patient, même si l'évaluation de l'implication de chacun se dégradait.

Conclusion – L'IP-short pourrait être utilisé lors de prochaines formations pour évaluer l'évolution des compétences collaboratives des internes avant et à distance de la formation, sous réserve d'une validation formalisée. L'amélioration de la compétence collaborative suite à cette formation soutiendrait l'intérêt de sa pérennisation, en réévaluant le mode de recrutement et d'évaluation à distance.

Mots-clés : Enseignement et éducation, études interdisciplinaires, études d'évaluation, soins palliatifs, internat et résidence

Feasibility of a collaborative and cross-disciplinary skills evaluation: example of the palliative care teaching for the third cycle of medical studies

ABSTRACT

Introduction – The palliative care's practice requires cross-disciplinary skills depending on the circumstances of the care. The main objective of this work was to evaluate the feasibility of a cross-disciplinary skills evaluation tool, which would be used in a palliative care course. This course is intended for residential students of several medical disciplines. One of the secondary objectives was to evaluate the evolution of the learners collaborative skills throughout the course.

Method – The IP-short was a questionnaire inspired by validated questionnaires for the cross-disciplinary evaluation which had been elaborated for the course. This questionnaire was submitted to pre-course, immediate post-course and distant course residential students. The distant course IP-short contained an evaluation part of the feasibility of the questionnaire.

Results – The completing rate decreased remotely. In majority, the learners judged positively the questionnaire's lenght, logic, ergonomics, non-repetition and understandability. Though the evaluation of everyone's implication was worsening, the cross-disciplinary skill seemed to improve in the link-city-hospital field and in the coordination of the patient's treatment in order to support the patient's care.

Conclusion – The IP-short, subject to a formalized validation, could be used in future courses in order to evaluate the residential students' collaborative skills before and after the course. Further into the course, the collaboratives' skills improvent would support its sustainability by reevaluating the recruitment and distant evaluation modes.

Keywords : Education, interdisciplinary studies, palliative care, evaluation studies, internship and residency