

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N° : 190

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention MEDECINE GENERALE

PAR

SCHMITT Charlotte

Née le 30/05/1989 à GUEBWILLER (68)

**Une formation spécifique à destination des internes de médecine générale
améliore-t-elle leur manière de raisonner face aux situations cliniques courantes
de soins palliatifs ?**

Président de thèse : Professeur ANDRES Emmanuel

Directeur de thèse : Docteur MATTELAER Xavier

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition MAI 2019
Année universitaire 2018-2019



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|--|--------------|--|--|---|
| ADAM Philippe P0001 | NRPô NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| AKLADIOS Cherif P0191 | NRPô CS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| ANDRES Emmanuel P0002 | NRPô CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC | 53.01 | Option : médecine Interne |
| ANHEIM Mathieu P0003 | NRPô NCS | • Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| ARNAUD Laurent P0186 | NRPô NCS | • Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre | 50.01 | Rhumatologie |
| BACHELLIER Philippe P0004 | RPô CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| BAHRAM Seiamak P0005 | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté | 47.03 | Immunologie (option biologique) |
| BALDAUF Jean-Jacques P0006 | NRPô NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| BAUMERT Thomas P0007 | NRPô CU | • Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC | 52.01 | Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie |
| Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170 | NRPô NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 | Biologie cellulaire (option biologique) |
| BEAUJEU Rémy P0008 | NRPô Resp | • Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| BECMEUR François P0009 | RPô NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 | Chirurgie infantile |
| BERNA Fabrice P0192 | NRPô CS | • Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes |
| BERTSCHY Gilles P0013 | NRPô CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| BIERRY Guillaume P0178 | NRPô NCS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre | 43.02 | Radiologie et Imagerie médicale (option clinique) |
| BILBAULT Pascal P0014 | NRPô CS | • Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre | 48.02 | Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence |
| BODIN Frédéric P0187 | NRPô NCS | • Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil | 50.04 | Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie |
| Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016 | NCS | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine | 42.02 | Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| BONNOMET François P0017 | NRPô CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BOURCIER Tristan P0018 | NRPô NCS | • Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophthalmologie |
| BOURGIN Patrice P0020 | NRPô NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil | 49.01 | Neurologie |
| Mme BRIGAND Cécile P0022 | NRPô NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| BRUANT-RODIER Catherine P0023 | NRPô CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil | 50.04 | Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|---|--------------|---|---|
| Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171 | NRPô NCS | • Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC | 52.03 Néphrologie |
| CANDOLFI Ermanno P0025 | RPô CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| CASTELAIN Vincent P0027 | NRPô NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre | 48.02 Réanimation |
| CHAKFE Nabil P0029 | NRPô CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire |
| CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172 | NRPô NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CHARLOUX Anne P0028 | NRPô NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| Mme CHARPIOT Anne P0030 | NRPô NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 Oto-rhino-laryngologie |
| CHELLY Jameledine P0173 | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041 | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique) |
| CLAVERT Philippe P0044 | NRPô CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch | 42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique) |
| COLLANGE Olivier P0193 | NRPô NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC | 48.01 Anesthésiologie-Réanimation : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique) |
| CRIBIER Bernard P0045 | NRPô CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 Dermato-Vénérologie |
| DANION Jean-Marie P0046 | NRPô NCS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes |
| de BLAY de GAIX Frédéric P0048 | RPô CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 Pneumologie |
| DEBRY Christian P0049 | NRPô CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 Oto-rhino-laryngologie |
| de SEZE Jérôme P0057 | NRPô NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 Neurologie |
| DERUELLE Philippe | | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique |
| DIEMUNSCH Pierre P0051 | RPô CS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre | 48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique) |
| Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054 | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre | 47.04 Génétique (type clinique) |
| DUCLOS Bernard P0055 | NRPô CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 Option : Gastro-entérologie |
| DUFOUR Patrick (5) (7) P0056 | S/nb Cons | • Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Straus (convention) | 47.02 Option : Cancérologie clinique |
| EHLINGER Matthieu P0188 | NRPô NCS | • Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre | 50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059 | NRPô NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre | 54.01 Pédiatrie |
| Mme FACCA Sybille P0179 | NRPô NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme FAFI-KREMER Samira P0060 | NRPô CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique |
| FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052 | NRPô NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| GANGI Afshin P0062 | RPô CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| GAUCHER David P0063 | NRPô NCS | • Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophthalmologie |
| GENY Bernard P0064 | NRPô CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| GEORG Yannick | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire |
| GICQUEL Philippe P0065 | NRPô CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| GOICHOT Bernard P0066 | RPô CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP | 54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme GONZALEZ Maria P0067 | NRPô CS | • Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC | 46.02 Médecine et santé au travail Travail |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|-----------------------------------|-------------|--|--|--|
| GOTTENBERG Jacques-Eric P0068 | NRP6 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre | 50.01 | Rhumatologie |
| HANNEDOUCHE Thierry P0071 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 | Néphrologie |
| HANSMANN Yves P0072 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil | 45.03 | Option : Maladies infectieuses |
| HERBRECHT Raoul P0074 | RP6 NCS | • Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre | 47.01 | Hématologie ; Transfusion |
| HIRSCH Edouard P0075 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| IMPERIALE Alessio P0194 | NRP6 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189 | | • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau | 49.05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| JAUHAC Benoît P0078 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd. | 45.01 | Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme JEANDIDIER Nathalie P0079 | NRP6 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme JESEL-MOREL Laurence | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| KALTENBACH Georges P0081 | RP6 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau | 53.01 | Option : gériatrie et biologie du vieillissement |
| KEMPF Jean-François P0083 | RP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme KESSLER Laurence P0084 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| KESSLER Romain P0085 | NRP6 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| KINDO Michel P0195 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| KOPFERSCHMITT Jacques P0086 | NRP6 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil | 48.04 | Thérapeutique (option clinique) |
| Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 | Immunologie (option clinique) |
| KREMER Stéphane M0038 / P0174 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| KUHN Pierre P0175 | NRP6 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| KURTZ Jean-Emmanuel P0089 | NRP6 CS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre | 47.02 | Option : Cancérologie (clinique) |
| Mme LALANNE-TONGIO Laurence | | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| LANG Hervé P0090 | NRP6 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 | Urologie |
| LANGER Bruno P0091 | RP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique |
| LAUGEL Vincent P0092 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| LE MINOR Jean-Marie P0190 | NRP6 NCS | • Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre | 42.01 | Anatomie |
| LIPSKER Dan P0093 | NRP6 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 | Dermato-vénéréologie |
| LIVERNEAUX Philippe P0094 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MALOUF GABRIEL | | • Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre | 47.01 | Hématologie: transfusion |
| MARESCAUX Christian (5) P0097 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| MARK Manuel P0098 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MARTIN Thierry P0099 | NRP6 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 | Immunologie (option clinique) |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|---|-------------|---|--|---|
| MASSARD Gilbert P0100 | NRP6 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme MATHELIN Carole P0101 | NRP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil | 54.03 | <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale |
| MAUVIEUX Laurent P0102 | NRP6 CS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine | 47.01 | <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique |
| MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103 | RP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| MERTES Paul-Michel P0104 | NRP6 CS | • Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.01 | Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte) |
| MEYER Nicolas P0105 | NRP6 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil | 46.04 | Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique) |
| MEZIANI Ferhat P0106 | NRP6 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 | Réanimation |
| MONASSIER Laurent P0107 | NRP6 CS | • Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil | 48.03 | Option : Pharmacologie fondamentale |
| MOREL Olivier P0108 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| MOULIN Bruno P0109 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 | Néphrologie |
| MUTTER Didier P0111 | RP6 CS | • Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC | 52.02 | Chirurgie digestive |
| NAMER Izzie Jacques P0112 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| NISAND Israël P0113 | NRP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre | 54.03 | <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique |
| NOEL Georges P0114 | NCS | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie | 47.02 | Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique |
| OHLMANN Patrick P0115 | NRP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| Mme OLLAND Anne | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme PAILLARD Catherine P0180 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 | Pédiatrie |
| PELACCIA Thierry | | • Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR | 48.02 | Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences |
| Mme PERRETTA Silvana P0117 | NRP6 NCS | • Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC | 52.02 | Chirurgie digestive |
| PESSAUX Patrick P0118 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC | 53.02 | Chirurgie Générale |
| PETIT Thierry P0119 | CDp | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique | 47.02 | <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| PIVOT Xavier | | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique | 47.02 | <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| POTTECHER Julien P0181 | NRP6 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre | 48.01 | <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique) |
| PRADIGNAC Alain P0123 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP | 44.04 | Nutrition |
| PROUST François P0182 | NRP6 CS | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre | 49.02 | Neurochirurgie |
| Mme QUOIX Elisabeth P0124 | NRP6 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| Pr RAUL Jean-Sébastien P0125 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03 | Médecine Légale et droit de la santé |
| REIMUND Jean-Marie P0126 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 | Option : Gastro-entérologie |
| Pr RICCI Roméo P0127 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROHR Serge P0128 | NRP6 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 | Pédiatrie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|---------------------------------------|-----------------------|---|---|
| ROUL Gérald P0129 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 Cardiologie |
| Mme ROY Catherine P0140 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique) |
| SAUDER Philippe P0142 | NRP6 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 Réanimation |
| SAUER Arnaud P0183 | NRP6 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| SAULEAU Erik-André P0184 | NRP6 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC | 46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique) |
| SAUSSINE Christian P0143 | RP6 CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 Urologie |
| SCHNEIDER Francis P0144 | RP6 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre | 48.02 Réanimation |
| Mme SCHRÖDER Carmen P0185 | NRP6 CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil | 49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie |
| SCHULTZ Philippe P0145 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 Oto-rhino-laryngologie |
| SERFATY Lawrence P0197 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie |
| SIBILIA Jean P0146 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre | 50.01 Rhumatologie |
| Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147 | RP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| STEIB Jean-Paul P0149 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| STEPHAN Dominique P0150 | NRP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil | 51.04 Option : Médecine vasculaire |
| THAVEAU Fabien P0152 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 Option : Chirurgie vasculaire |
| Mme TRANCHANT Christine P0153 | NRP6 CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 Neurologie |
| VEILLON Francis P0155 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| VELTEN Michel P0156 | NRP6 NCS CS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques | 46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique) |
| VETTER Denis P0157 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC | 52.01 Option : Gastro-entérologie |
| VIDAILHET Pierre P0158 | NRP6 NCS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes |
| VIVILLE Stéphane P0159 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| VOGEL Thomas P0160 | NRP6 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau | 51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement |
| WEBER Jean-Christophe Pierre P0162 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil | 53.01 Option : Médecine Interne |
| WOLF Philippe P0164 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU | 53.02 Chirurgie générale |
| Mme WOLFF Valérie | | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 Neurologie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|----------------|-----|--|--|
|----------------|-----|--|--|

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

| | | | | |
|----------------------|------------|---|-------|--------------------|
| HABERSETZER François | CS | Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC | 52.01 | Gastro-Entérologie |
| CALVEL Laurent | NRPô CS | Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC | 55.02 | Ophtalmologie |
| SALVAT Eric | | Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur | | |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| MO112 | B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH) | | |
|--------------|---|--|--|

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|-----|---|--|
| AGIN Arnaud M0001 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et Médecine nucléaire |
| Mme ANTAL Maria Cristina M0003 | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| Mme ANTONI Delphine M0109 | | • Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie |
| ARGEMI Xavier M0112 | | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil | 45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses |
| Mme AYME-DIETRICH Estelle | | • Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC | 48.03 Option: pharmacologie fondamentale |
| Mme BARNIG Cindy M0110 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie |
| Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018) | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil | 45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique) |
| Mme BIANCALANA Valérie M0008 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| BLONDET Cyrille M0091 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| BONNEMAINS Laurent M0099 | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 54.01 Pédiatrie |
| BOUSIGES Olivier M0092 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| CARAPITO Raphaël M0113 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 Immunologie |
| CAZZATO Roberto | | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| CERALINE Jocelyn M0012 | | • Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique) |
| CHOQUET Philippe M0014 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| COLLONGUES Nicolas M0016 | | • Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP | 49.01 Neurologie |
| DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme de MARTINO Sylvie M0018 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine | Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique |
| Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18) | CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP | 47.04 Génétique |
| DEVYS Didier M0019 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| DOLLÉ Pascal M0021 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme ENACHE Irina M0024 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie |
| FILISSETTI Denis M0025 | | • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| FOUCHER Jack M0027 | | • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 44.02 Physiologie (option clinique) |
| GUERIN Eric M0032 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 Biologie cellulaire (option biologique) |
| Mme HARSAN-RASTEI Laura | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme HEIMBURGER Céline | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme HELMS Julie M0114 | | • Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation |
| HUBELE Fabrice M0033 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034 | | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03 Médecine Légale et droit de la santé |
| JEGU Jérémie M0101 | | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil | 46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique) |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|---|-----|---|---|
| JEHL François M0035 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| KASTNER Philippe M0089 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme KEMMEL Véronique M0036 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme LAMOUR Valérie M0040 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme LANNES Béatrice M0041 | | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| LAVAUX Thomas M0042 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 Biologie cellulaire |
| LAVIGNE Thierry M0043 | CS | • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène | 46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique) |
| Mme LEJAY Anne M0102 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (Biologique) |
| LENORMAND Cédric M0103 | | • Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 Dermato-Vénérologie |
| LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018) | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine | 45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique) |
| Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| LERMITTE Benoît M0115 | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.03 Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090 | | • Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie |
| LUTZ Jean-Christophe M0046 | | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC | 55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| MEYER Alain M0093 | | • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| MIGUET Laurent M0047 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC | 44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique) |
| Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049 | CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MULLER Jean M0050 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| NOLL Eric M0111 | | • Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre | 48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence |
| Mme NOURRY Nathalie M0011 | | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC | 46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique) |
| PENCREAC'H Erwan M0052 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| PFUFF Alexander M0053 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS | 45.02 Parasitologie et mycologie |
| Mme PITON Amélie M0094 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC | 47.04 Génétique (option biologique) |
| PREVOST Gilles M0057 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| Mme REIX Nathalie M0095 | | • Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| RIEGEL Philippe M0059 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| ROGUE Patrick (cf. A2) M0060 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique) |
| Mme ROLLAND Delphine | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC | 44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique) |
| ROMAIN Benoît M0061 | | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 Chirurgie générale |
| Mme RUPPERT Elisabeth M0106 | | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil | 49.01 Neurologie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|-----|---|---|
| Mme SABOU Alina M0096 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme SAMAMA Brigitte M0062 | | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| Mme SCHEIDECKER Sophie | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme SCHNEIDER Anne M0107 | | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre | 54.02 Chirurgie Infantile |
| SCHRAMM Frédéric M0068 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme SOLIS Morgane | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme SORDET Christelle M0069 | | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre | 50.01 Rhumatologie |
| TALHA Samy M0070 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option clinique) |
| Mme TALON Isabelle M0039 | | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| TELETIN Marius M0071 | | • Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073 | | • Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| VALLAT Laurent M0074 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre | 47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique |
| Mme VILLARD Odile M0076 | | • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme WOLF Michèle M0010 | | • Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil | 48.03 Option : Pharmacologie fondamentale |
| Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116 | | • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 Pédiatrie |
| ZOLL Joffrey M0077 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC | 44.02 Physiologie (option clinique) |

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

| | | | |
|---------------------------|-------|---|---|
| Pr BONAHA Christian | P0166 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques |
| Mme la Pre RASMUSSEN Anne | P0186 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

| | | | |
|-----------------------|-------|---|---|
| Mr KESSEL Nils | | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |
| Mr LANDRE Lionel | | ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine | 69. Neurosciences |
| Mme THOMAS Marion | | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |
| Mme SCARFONE Marianna | M0082 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|---------------------|-------|--|------------------------------------|
| Mme CHAMBE Juliette | M0108 | Département de Médecine générale / Faculté de Médecine | 53.03 Médecine générale (01.09.15) |
|---------------------|-------|--|------------------------------------|

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

| | | |
|------------------------|-------|---|
| Pr Ass. GRIES Jean-Luc | M0084 | Médecine générale (01.09.2017) |
| Pr Ass. KOPP Michel | P0167 | Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016) |

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

| | | |
|---------------------|-------|--------------------------------------|
| Dre CHAMBE Juliette | M0108 | 53.03 Médecine générale (01.09.2015) |
|---------------------|-------|--------------------------------------|

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| Dre BERTHOU anne | M0109 | Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018) |
| Dr BREITWILLER-DUMAS Claire | | Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019) |
| Dr GUILLLOU Philippe | M0089 | Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016) |
| Dr HILD Philippe | M0090 | Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016) |
| Dr ROUGERIE Fabien | M0097 | Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017) |
| Dr SANSELME Anne-Elisabeth | | Médecine générale |

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| Mme ACKER-KESSLER Pia | M0085 | Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03) |
| Mme CANDAS Peggy | M0086 | Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99) |
| Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle | M0087 | Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11) |
| Mme JUNGER Nicole | M0088 | Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09) |
| Mme MARTEN Susanne | M0098 | Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14) |

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Dr ASTRUC Dominique | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre |
| Dr ASTRUC Dominique (par intérim) | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre |
| Dr CALVEL Laurent | NRP6 CS | • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre |
| Dr DELPLANCQ Hervé | NRP6 CS | - SAMU-SMUR |
| Dr GARBIN Olivier | CS | - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim |
| Dre GAUGLER Elise | NRP6 CS | • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil |
| Dre GERARD Bénédicte | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil |
| Mme GOURIEUX Bénédicte | RP6 CS | • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil |
| Dr KARCHER Patrick | NRP6 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau |
| Pr LESSINGER Jean-Marc | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre |
| Mme Dre LICHTBLAU Isabelle | NRp6 Resp | • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim |
| Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine | NRP6 CS | • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau |
| Dr NISAND Gabriel | RP6 CS | • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil |
| Dr REY David | NRP6 CS | • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil |
| Dr TCHOMAKOV Dimitar | NRP6 CS | • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP |
| Mme Dre TEBACHER-ALT Martine | NRP6 NCS Resp | • Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil |
| Mme Dre TOURNOUD Christine | NRP6 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil |

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

| | |
|------------------------------|--|
| Dr BRAUN Jean-Jacques | ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016) |
| Pr CHARRON Dominique | Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018) |
| Mme GUI Yali | (Shaanxi/Chine) (2016-2017) |
| Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès | Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015) |
| Dr JENNY Jean-Yves | Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) |
| Mme KIEFFER Brigitte | IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017) |
| Dr KINTZ Pascal | Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr LAND Walter G. | Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017) |
| Dr LANG Jean-Philippe | Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr LECOCQ Jehan | IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr REIS Jacques | Neurologie (2017-2018) |
| Pr REN Guo Sheng | (Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017) |
| Dr RICCO Jean-Baptiste | CHU Poitiers (2017-2018) |

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|---|--|
| ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94 | KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98 |
| BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01 | LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98 |
| BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12 | LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011 |
| BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95 | LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95 |
| BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10 | LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10 |
| BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16 | LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16 |
| BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18 | MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03 |
| BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017 | MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13 |
| BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95 | MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16 |
| BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03 | MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14 |
| BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99 | MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94 |
| BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10 | MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16 |
| BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02 | MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99 |
| BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99 | MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07 |
| BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86 | MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13 |
| BURSZEJN Claude (Pédoopsychiatrie) / 01.09.18 | MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10 |
| CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15 | MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93 |
| CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15 | MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011 |
| CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95 | MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009 |
| CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12 | OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13 |
| CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16 | PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15 |
| COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00 | PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15 |
| CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98 | Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011 |
| CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11 | POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18 |
| DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17 | REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98 |
| DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17 | RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02 |
| DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87 | RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10 |
| DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13 | SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14 |
| EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10 | SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04 |
| FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02 | SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95 |
| FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016 | SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01 |
| FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009 | SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11 |
| GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13 | SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12 |
| GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04 | SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87 |
| GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97 | SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06 |
| GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03 | STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10 |
| GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14 | STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009 |
| HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18 | STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15 |
| HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06 | STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03 |
| HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04 | TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06 |
| IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009 | TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08 |
| IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98 | VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16 |
| JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17 | VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13 |
| JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11 | VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08 |
| JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011 | WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09 |
| JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04 | WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11 |
| KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06 | WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13 |
| KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95 | WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15 |
| KIRN André (Virologie) / 01.09.99 | WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96 |
| KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98 | |
| KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07 | |
| KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08 | |
| KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07 | |

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Emmanuel Andres

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Xavier Mattelaer

Tu as accepté de te lancer dans cette belle aventure, de me guider, me soutenir et m'accompagner tout au long de ce travail. Je te remercie pour ton implication sans faille, ta pédagogie et ta gentillesse.

Cela a été un réel plaisir de travailler avec toi.

A Messieurs le Professeur Jean–Emmanuel Kurtz et le Professeur Jean-Christophe Weber

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Laurent Calvel

Je te prie de recevoir mes sincères remerciements pour ton implication dans ce projet. Tu me fais également l'honneur de siéger dans mon jury de thèse.

A Madame le Docteur Véronique Vignon

Tu m'as fait découvrir un autre visage du merveilleux métier que nous exerçons. Chaque jour travaillé à tes côtés a été enrichissant. Je te remercie pour ton implication, ta patience, ta gentillesse et pour ton dévouement auprès des patients.

A toute l'équipe des soins palliatifs de la clinique de la Toussaint

Je vous remercie pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé et pour toutes les choses que j'ai apprises à vos côtés. Vous réalisez au quotidien un travail exceptionnel.

Aux membres du département de médecine générale qui ont participé à mon travail

Pour le temps accordé et les précieux conseils promulgués, soyez assurés de ma gratitude.

A tous les médecins côtoyés pendant mes années d'interne

Pour toutes les choses que vous m'avez enseignées et transmises, je vous remercie.

A toutes les équipes des différents services traversés durant ces années d'étude

Pour votre travail, pour votre engagement au quotidien avec les patients, pour toutes les choses que vous m'avez transmises, pour tous les bons moments passés à vos côtés je vous suis reconnaissante.

A ma famille, ma belle famille et mes amis

Pour votre soutien, vos encouragements, votre amour et votre présence dans ma vie je vous remercie.

A Mathieu

Tu m'accompagnes depuis le début. Une page se tourne mais notre histoire continue, je suis impatiente d'en écrire les nouveaux chapitres. Merci d'avoir partagé toutes ces années à mes côtés.

A Elise

L'amour que je te porte n'aura jamais de limite.

A Titi et Moumouche

Mes fidèles compagnons à quatre pattes qui m'ont tant apporté tout au long de ces années. Parce que chaque vie compte...

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS | 15 |
| TABLE DES MATIERES | 17 |
| GLOSSAIRE | 21 |
| PREAMBULE | 22 |
| I. INTRODUCTION | 23 |
| II. HISTORIQUE DE LA FORMATION | 26 |
| 1. Etat des lieux actuel | 27 |
| 1.1. En France | 27 |
| 1.2. A Strasbourg | 28 |
| 2. Evolution de la formation dans les années à venir | 28 |
| III. MATERIEL ET METHODES | 30 |
| 1. Schéma d'étude | 30 |
| 1.1. Type d'étude | 30 |
| 1.2. Sélection de la population | 30 |
| 1.3. Critère de jugement principal et secondaire | 30 |
| 2. Organisation de la formation et de son évaluation | 31 |
| 2.1. Organisation | 31 |
| 2.1.1. Lieu de déroulement | 31 |
| 2.1.2. Choix des intervenants pédagogiques | 31 |
| 2.1.3. Définition des objectifs, choix des outils pédagogiques | 32 |
| 2.1.4. Création du contenu de la formation | 36 |
| 2.1.5. Définition du calendrier et de la durée de la formation | 36 |
| 2.1.6. Recrutement des participants | 37 |
| 2.2. Evaluation de la formation | 37 |
| 2.2.1. Choix de l'outil et méthode d'évaluation | 37 |
| 2.2.2. Définition du TCS | 38 |
| 2.2.3. Rédaction et validation des questionnaires | 40 |
| 2.2.4. Etablissement de la grille de notation | 41 |
| 2.2.5. Validation interne du questionnaire | 43 |
| 2.2.6. Questionnaire de satisfaction | 44 |

| | |
|---|----|
| 3. Déroulement de la formation | 44 |
| 3.1. Présentation générale | 44 |
| 3.2. Déroulement des demi-journées | 45 |
| 3.2.1. Première demi-journée | 45 |
| 3.2.2. Deuxième demi-journée | 45 |
| 3.2.3. Troisième demi-journée | 46 |
| 4. Analyse des résultats | 47 |
| 4.1. Recueil des données du TCS | 47 |
| 4.2. Traitement des données | 47 |
| 4.3. Analyse en sous-groupes | 47 |
| 4.4. Outils statistiques | 48 |
| 4.5. Enquête de satisfaction | 49 |
| 4.5.1. Analyse des QCM | 49 |
| 4.5.2. Analyse des réponses libres | 49 |
| IV. RESULTATS | 51 |
| 1. Recrutement et participation | 51 |
| 2. Population de l'étude | 52 |
| 3. TCS | 53 |
| 3.1. Résultats des experts | 53 |
| 3.2. Résultats pré-formation des internes | 53 |
| 3.2.1. Globaux | 53 |
| 3.2.2. Par semestre d'étude | 54 |
| 3.3. Résultats post-formation | 55 |
| 3.3.1. Globaux | 55 |
| 3.3.2. Par semestre d'étude | 55 |
| 3.4. Comparaison des résultats pré et post-formation | 56 |
| 3.4.1. Comparaison globale | 56 |
| 3.4.2. Comparaison par semestre d'étude | 56 |
| 3.4.3. Comparaison individuelle | 57 |
| 3.5. Analyse statistique | 57 |
| 3.5.1. Coefficient alpha de Crombach | 57 |
| 3.5.2. Résultat des tests de comparaison des scores moyens des populations et des sous-populations | 57 |
| 4. Questionnaire de satisfaction | 60 |

| | |
|---|-----|
| 4.1. QCM | 60 |
| 4.2. Appréciations personnelles | 61 |
| 4.3. Suggestions | 63 |
| V. DISCUSSION | 64 |
| 1. Méthodologie | 64 |
| 1.1. Recrutement | 64 |
| 1.2. Puissance de l'étude | 65 |
| 1.3. Choix des critères de jugement | 66 |
| 1.4. L'utilisation du TCS | 67 |
| 1.4.1. Validité interne du questionnaire | 67 |
| 1.4.2. Validité externe du questionnaire | 69 |
| 1.5. Composition du groupe expert | 70 |
| 2. Résultats | 71 |
| 2.1. Le TCS | 71 |
| 2.1.1. Analyse globale | 71 |
| 2.1.2. Analyse statistique | 72 |
| 2.2. Questionnaire de satisfaction | 74 |
| 2.2.1. QCM | 74 |
| 2.2.2. Appréciations personnelles | 77 |
| 2.2.3. Suggestions | 79 |
| 3. Portée des résultats | 82 |
| 4. Perspectives | 83 |
| VI. CONCLUSION | 86 |
| ANNEXES | 89 |
| Annexe 1 : Exercice de prescription | 89 |
| Annexe 2 : Vignettes cliniques des jeux de rôle | 92 |
| Annexe 3 : TCS 29 questions | 94 |
| Annexe 4 : TCS 21 questions | 100 |
| Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction | 105 |
| LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX | |
| <i>Tableau 1 : Choix des objectifs et des outils pédagogiques</i> | 35 |
| <i>Tableau 2 : Exemple d'une vignette de TCS</i> | 40 |
| <i>Tableau 3 : Evolution du score des participants au cours de la formation</i> | 59 |

| | |
|---|-----|
| <i>Figure 1 : Inclusion des inscrits à la formation</i> | 51 |
| <i>Figure 2 : Sex ratio</i> | 52 |
| <i>Figure 3 : Répartition des sujets inclus en fonction de leur semestre d'études</i> | 53 |
| BIBLIOGRAPHIE | 108 |

GLOSSAIRE

DMG : Département de Médecine Générale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

EMSP : Equipe mobile de Soins Palliatifs

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

TCS : Test de Concordance de Script

USP : Unité de Soins Palliatifs

Préambule

" Ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut pas ajouter des jours à la vie "

Nous vivons aujourd'hui dans une société où la médecine se voit attribuer un rôle majeur : celui de tout guérir.

A l'heure où l'espérance de vie n'a jamais été aussi longue et où des patients que tout condamnait survivent, quelle place reste-t-il pour ceux chez qui il ne reste « plus rien à faire ».

Actuellement au cœur de plusieurs débats politiques, les soins palliatifs apparaissent comme un concept moderne pour la prise en charge du patient en fin de vie.

Pourtant, la notion de soins palliatifs apparaît en France au 19^e siècle avec la création par Jeanne Garnier de l'oeuvre du Calvaire en 1842 à Lyon. Elle accueille des femmes atteintes de maladies « incurables » et les loge dans sa propre maison, prend soin d'elles et les accompagne jusqu'à leur mort.

En 1967, à Londres, Cicely Saunders fonde le St Christopher's Hospice, lieu de référence dans la création des unités de soins palliatifs.

En France, 1984 voit la création de l'association pour les soins palliatifs. Trois ans plus tard la première unité de soins palliatifs (USP) ouvre à Paris.

A partir des années 90 on observe une progression rapide de la reconnaissance des soins palliatifs et leur intégration dans les pratiques médicales quotidiennes.

Cependant, au sein d'une médecine de plus en plus spécialisée, l'approche du patient dans sa globalité prônée par les soins palliatifs peut poser des difficultés.

I. INTRODUCTION

En France 80 % de la population souhaite mourir à domicile et pourtant cela ne se produit que dans un quart des cas.

Les freins à ce maintien à domicile sont multiples : aides existantes méconnues des patients et de leur famille, lourdeur des dossiers à remplir, délais d'obtention des aides trop longs, difficultés de coordination des soins.

De plus, les acteurs des soins à domicile (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) sont peu formés aux situations de fin de vie et y sont peu confrontés [1-4]. Ces prises en charge sont chronophages et lourdes émotionnellement[5,6].

Un médecin généraliste effectue en moyenne une à trois prises en charge de patient en soins palliatifs par an[1].

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années pour évaluer la prise en charge des patients en soins palliatifs par les internes et les médecins généralistes installés[1-8].

Les résultats dénoncent un manque important de formations et d'informations[9-11].

Chez les médecins généralistes installés, une étude réalisée en 2004 dans les Vosges[4] montrait que 48,7 % des médecins estimaient ne pas avoir reçu une formation suffisante et 59 % des médecins formés estimaient que la formation était insuffisante.

Une étude plus récente de 2012 sur l'évolution et les perspectives des soins palliatifs à domicile trouve des chiffres similaires : 46 % des médecins évoquent toujours un besoin de formation. Cela montre que huit ans plus tard la réponse aux demandes de formation en soins palliatifs est insuffisante.

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, le nombre de médecins s'estimant suffisamment formés diminue d'année en année.

Chez les internes le constat est plus accablant : une étude de 2015 [7] évaluant les compétences en soins palliatifs des internes de médecine générale indique que 79 % des internes estiment leur préparation insuffisante, 37,7 % disent ne pas avoir été formés et 77 % vivent difficilement les situations de fin de vie.

Une étude plus récente de 2017 [12] réalisée auprès de 100 internes de la faculté de Lyon décrivait elle aussi l'existence d'un sentiment majoritaire d'insuffisance de formation.

Ces études ont été menées dans différentes régions en France ce qui traduit un sentiment national de déficit de formation.

On remarque que les internes et les médecins installés y participent volontiers ce qui montre leur intérêt pour le sujet.

L'ensemble des données de la littérature met en avant une demande importante de formation et d'information dans le domaine de la fin de vie et des soins palliatifs de la part des internes.

Depuis l'arrêté du 4 mars 1997 [13], l'enseignement des soins palliatifs est obligatoire au cours des études de médecine.

En 1998, Bernard Kouchner, secrétaire d'État chargé de la santé, déclare que « les soins palliatifs et la douleur sont une priorité de santé publique ». Le plan triennal 1999-2001 qui s'en suit entraîne la création de plusieurs actions de formation ainsi que de nouvelles structures de soins.

En 1999 est voté l'article 1^{er} de la loi du 9 juin [14] garantissant un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie.

Malgré cette volonté politique et les différentes actions menées, l'observatoire national de la fin de vie (ONFV) créée en 2010 dans le but d'apporter des données objectives et fiables quant à la réalité des situations de fin de vie en France a mis en évidence d'un côté un accès aux soins palliatifs encore trop réduit et de l'autre une formation des professionnels de santé insuffisante [15].

En partant de tous ces éléments, nous avons voulu savoir si la création d'une formation en soins palliatifs destinée aux internes de médecine générale permettrait de répondre à leurs attentes et d'améliorer les prises en charges de leurs patients.

Plus que d'offrir davantage de connaissances théoriques, notre travail avait pour principal objectif d'évaluer le rôle de cette formation sur la progression du raisonnement clinique des internes face aux situations concrètes de soins palliatifs rencontrées en médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient de fournir les informations concernant les structures existantes et accessibles en ambulatoire, de revoir les bases théoriques de la prise en charge des symptômes, d'introduire une dimension éthique par l'intermédiaire d'un rappel des lois existantes et d'apporter une aide pour l'apprentissage de la compétence relationnelle entre le médecin, le patient et sa famille ainsi qu'une collaboration directe avec les équipes de soins palliatifs.

Sur cette base, nous avons donc créé une formation destinée aux internes de médecine générale proposée sous la forme d'un séminaire optionnel de trois demi-journées. Le contenu et la présentation ont été réalisés par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de la clinique de la Toussaint et l'EMSP des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS).

Afin d'évaluer la progression du raisonnement clinique des participants, ces derniers ont été soumis au début et à la fin de la formation à un test de concordance de script créé spécifiquement pour la formation.

II. HISTORIQUE DE LA FORMATION EN SOINS PALLIATIFS

En 1999 est présenté le plan Kouchner[16] qui introduit la notion de formation des professionnels de santé en soins palliatifs.

Il est suivi par le programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 [17] avec la création d'un guide de bonnes pratiques, destinées en priorité aux soignants et aux médecins.

En 2008, création du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) douleur et médecine palliative, destiné à former les futurs professionnels des structures dédiées aux soins palliatifs que sont notamment les USP et les EMSP. Ce diplôme associe une formation théorique et une formation pratique par immersion dans une structure habilitée.

L'ensemble est ensuite repris dans le plan 2008-2012 [18] par Nicolas Sarkozy avec une volonté de reconnaissance universitaire et d'intégration de la dimension palliative dans tous les niveaux de formation médicale et paramédicale.

L'objectif est d'encourager les universités à mettre en place un séminaire obligatoire centré sur la réflexion éthique dans les situations complexes concernant les personnes en fin de vie ainsi que de développer l'enseignement sur les lieux de stage et les enseignements optionnels sous forme d'analyse des pratiques et de cas cliniques.

En 2015 présentation du nouveau plan 2015-2018 [19]. Ce dernier met l'accent sur le renforcement des enseignements. Plusieurs objectifs y sont énoncés :

- Faire travailler ensemble les professionnels autour des soins palliatifs en incitant à la création d'une unité d'enseignement interdisciplinaire pour les étudiants des différentes filières de formation en santé.
- Favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs.
- Inscrire les formations aux soins palliatifs comme prioritaires dans les actions de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.

- Mettre en place dans le troisième cycle des études médicales une formation spécialisée en soins palliatifs et en médecine de la douleur.
- Veiller à ce que les spécialités particulièrement concernées par la médecine palliative bénéficient d'un enseignement socle en la matière, s'incarnant tant dans les enseignements théoriques que dans des stages pratiques. L'agrément de lieux de stages en soins palliatifs sera en conséquence encouragé.

1. ÉTAT DES LIEUX ACTUEL

1.1. En France

Depuis la réforme du deuxième cycle des études médicales, l'enseignement des soins palliatifs se présente sous la forme de cours théoriques intégrés dans le module 6 : douleurs, soins palliatifs et accompagnement, enseignés au cours du deuxième cycle des études médicales.

Le nombre d'heures de cours théoriques octroyées à ce module varie d'une faculté à l'autre.

Au cours du troisième cycle, il n'existe actuellement aucune formation obligatoire.

L'offre de formation reste très hétérogène et dépend en grande partie de la faculté de rattachement.

Le développement des formations est très lent et peu de stages sont disponibles pour les internes en formations.

La médecine palliative reste peu intégrée dans les autres disciplines et terrains de stage.

1.2. A Strasbourg

Si on s'intéresse plus particulièrement aux formations en soins palliatifs disponibles à la faculté de Strasbourg on voit qu'elles sont très limitées.

L'enseignement des soins palliatifs a lieu au cours du deuxième cycle sous forme de cas cliniques. L'ensemble est intégré au module 6 : douleurs, soins palliatifs et accompagnement.

Au cours du troisième cycle, aucune formation optionnelle ou séminaire n'était proposé aux internes en médecine générale avant la création de notre formation.

Il existe néanmoins la possibilité de réaliser un diplôme interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs commun aux internes des facultés de Strasbourg, Besançon, Dijon, Nancy et Reims pour les régions Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté.

D'un point de vue pratique, seuls trois terrains de stage, proposant chacun un poste, sont ouverts pour les internes de médecine générale au sein des équipes de soins palliatifs par semestre en Alsace. De ce fait, seuls trois internes au total par semestre sur l'ensemble des 3 promotions des internes de médecine générale ont accès à cette formation.

Ces terrains de stage se répartissent entre l'USP des HUS, le service de soins palliatifs de la clinique de la Toussaint rattachée au groupe hospitalier St Vincent à Strasbourg et le service de gériatrie/soins palliatifs de l'Hôpital civil d'Haguenau.

2. ÉVOLUTION DE LA FORMATION DANS LES ANNEES A VENIR

Le dernier rapport de la cour des comptes en 2015 [15] indique que la formation des professionnels de santé a progressé au cours des dix dernières années mais reste malheureusement insuffisante.

La réforme du troisième cycle des études médicales est entrée en application à la rentrée 2017.

Elle devait permettre à la fois la création d'un enseignement spécialisé de haut niveau par l'intermédiaire d'une formation spécialisée transversale (FST) de médecine palliative destinée aux internes en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale et rendre obligatoire un séminaire de formation dans tous les DES particulièrement concernés par la fin de vie (cancérologie, gériatrie, neurologie, médecine générale, réanimation...).

Actuellement seules des FST de soins palliatifs sont disponibles dans certaines facultés.

En analysant les propositions de formations en soins palliatifs de la faculté de médecine de Strasbourg puis en élargissant notre recherche à l'ensemble des facultés en France nous avons constaté une offre très limitée en comparaison des besoins de formations exprimés dans la littérature[7].

Nous avons donc eu l'idée de créer une nouvelle formation de soins palliatifs destinée aux internes de médecine générale de la faculté de Strasbourg et de l'évaluer afin d'observer si celle-ci permettait d'améliorer le raisonnement clinique des participants en situation de soins palliatifs et de répondre à leurs attentes.

III. MATERIEL ET METHODES

1. SCHEMA D'ETUDE

1.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude interventionnelle et exploratoire sur le plan pédagogique, mono centrique, non randomisée, où l'intervention était un séminaire de trois demi-journées évalué à l'aide d'un test de concordance de scripts (TCS).

1.2. Sélection de la population

Le séminaire a été proposé à l'ensemble des internes de 3^e, 4^e, 5^e et 6^e semestre du DES de médecine générale, rattachés à la faculté de Strasbourg. L'inscription à la formation était basée sur le volontariat.

1.3. Critère de jugement principal et secondaire

Le critère de jugement principal était l'amélioration significative des résultats des participants au TCS avec une comparaison des résultats pré formation versus post formation immédiate.

Les critères de jugement secondaires étaient la satisfaction des participants sur l'organisation, le déroulement, et le contenu de la formation.

2. ORGANISATION DE LA FORMATION ET DE SON EVALUATION

2.1. Organisation

2.1.1. *Lieu de déroulement*

Le séminaire étant proposé dans le cadre des formations optionnelles du DES de médecine générale, nous avons décidé qu'il se tiendrait dans les mêmes locaux que les autres formations proposées, à savoir au forum et dans le bâtiment 3 de la faculté de médecine de Strasbourg.

Nous avons obtenu l'accord du directeur du département de médecine générale (DMG) et réservé les salles auprès du responsable de la faculté.

2.1.2. *Choix des intervenants pédagogiques*

Nous avons proposé à l'ensemble des médecins des équipes mobiles des deux grandes structures de soins palliatifs de Strasbourg de participer à la formation à savoir l'EMSP de la clinique de la Toussaint et l'EMSP des HUS.

Il nous semblait en effet important que les intervenants soient au quotidien directement en lien avec les médecins généralistes et confrontés à leurs difficultés.

Trois médecins de l'EMSP de la clinique de la Toussaint et un médecin de l'EMSP des HUS ont décidé de participer.

2.1.3. *Définition des objectifs, choix des outils pédagogiques*

De mars 2017 à novembre 2017, trois réunions de préparation ont été organisées avec les médecins ayant accepté de participer à la formation.

Il a fallu tout d'abord définir les objectifs de la formation puis ensuite décider des outils pédagogiques à utiliser pour les atteindre.

Les objectifs

Les objectifs à atteindre au cours de la formation ont été identifiés et définis à partir des besoins et des difficultés exprimés, par les internes de médecine générale et les médecins généralistes installés, dans la revue de la littérature[5,7,8] ainsi qu'à partir des suggestions de formations exprimées dans plusieurs études[20-23]. A travers notre formation nous n'avons pas voulu mesurer l'évolution des connaissances théoriques des internes mais plutôt analyser l'impact que pourrait avoir cette formation sur leur apprentissage en évaluant l'évolution de leur réflexion dans le cadre de situations cliniques relevant de leur pratique quotidienne. Nous avons donc décidé d'évaluer l'impact de notre formation sur la progression de leur raisonnement clinique face à des situations spécifiques aux soins palliatifs.

Les thèmes abordés ont été définis à partir de quatre grandes compétences reliées à la pratique médicale mises en avant par Régis AUBRY et Donatien MALLET dans leur article « Réflexions et propositions pour la formation médicale » [19] : une compétence technoscientifique, une compétence relationnelle, une compétence en éthique et une compétence de coopération. Ces éléments ont été associés aux thèmes pour lesquels les internes de médecine générale souhaitaient une formation [7]: l'intégration des dimensions éthiques et des lois actuelles et leur mise en pratique, la prise en charge des symptômes, le travail des compétences relationnelles avec le patient, sa famille et les autres acteurs de santé.

Un autre souhait était de mettre en relation les EMSP avec les futurs médecins généralistes afin de présenter et de clarifier leur rôle et ainsi favoriser leur collaboration ultérieure [25].

Une fois les objectifs et thèmes à aborder définis, nous avons décidé du niveau d'acquisition que nous souhaitons atteindre à travers cette formation.

Pour ce faire il a d'abord fallu établir le niveau requis des participants à chaque thématique.

Ce dernier a été décidé à partir du niveau de connaissances théoriques exigé chez un étudiant en médecine à la fin de son deuxième cycle.

Nous nous sommes basés sur le programme national d'enseignement du module 6 : douleur, soins palliatifs, accompagnement :

- pour l'éthique : connaître la définition, avoir connaissance des lois existantes, les concepts philosophiques, les notions de déontologie, le droit médical.
- pour la prise en charge des symptômes : identifier et évaluer les symptômes.
- pour le relationnel : communication commune à toutes les spécialités, la relation médecin malade

Comme niveau à atteindre nous avons choisi la mise en pratique des connaissances théoriques dans des situations cliniques concrètes :

- pour la dimension éthique : savoir analyser les situations difficiles selon les quatre grands principes éthiques, argumenter les prises de décision et appliquer les nouvelles lois.
- pour les symptômes : avoir la capacité à prendre en charge les symptômes principaux en soins palliatifs et en fin de vie.
- pour l'approche relationnelle : savoir-faire et savoir être, accompagnement du patient et de sa famille.

Les outils pédagogiques

Les outils pédagogiques ont été choisis en fonction des acquisitions voulues.

Pour chaque acquisition, l'outil le plus adapté a été décidé à partir des connaissances actuelles sur l'utilisation des différents outils pédagogiques, elles même tirées de la littérature[26,27] et de discussions avec les principaux acteurs de la pédagogie médicale au sein du DMG.

Les trois outils retenus ont été :

- l'étude de cas réflexifs pour les compétences éthiques et l'application des lois.
- la résolution d'un cas clinique en sous-groupes pour la prise en charge des symptômes (Annexe 1).
- la réalisation de jeux de rôle pour l'approche relationnelle [28,29] (Annexe 2).

Tableau 1 : choix des objectifs et des outils pédagogiques

| Compétences | Niveau requis | Acquisitions | Outils |
|--|--|---|--|
| ETHIQUE | Définition de l'éthique Lois et cadre | - Savoir analyser les situations difficiles selon les quatre grands principes éthiques - Argumenter les prises de décision - Application des nouvelles lois | Étude de cas réflexifs |
| SYMPTÔMES - douleurs - dyspnée - troubles digestifs - agitation - agonie | Identifier et évaluer les symptômes | Prise en charge des symptômes | Résolution d'un cas clinique en sous-groupes |
| RELATIONNEL - annonce des évolutions - relation avec l'entourage - relation avec l'équipe soignante | Communication commune à toutes les spécialités La relation médecin/malade | Savoir-faire, savoir être Accompagnement du patient et de sa famille | Exercices d'écoute active Jeux de rôles |

2.1.4. *Création du contenu de la formation*

Les objectifs et les outils pédagogiques ayant été définis, la répartition des rôles de chacun a été définie selon le domaine de compétence et les préférences des formateurs.

Une fois les rôles attribués, le contenu de chaque présentation a été défini afin d'atteindre toutes les acquisitions voulues pour chaque compétence.

Chaque formateur a travaillé de façon autonome sur la création de sa partie avec une mise en commun régulière par l'intermédiaire de mails.

2.1.5. *Définition du calendrier et de la durée de la formation*

La formation a été intégrée dans le programme des séminaires optionnels proposés aux internes du DES de médecine générale.

De ce fait, le choix de la date de déroulement a été fait en prenant en compte le calendrier des autres séminaires optionnels, des formations obligatoires, des examens du DES de médecine générale et des disponibilités des locaux mis à disposition.

Il a fallu calculer avec précision la durée de la formation afin de définir le nombre de demi-journée nécessaires à son déroulement.

Pour ce faire nous avons pris en compte les différents outils pédagogiques utilisés, le nombre de thèmes abordés ainsi que la réalisation de l'évaluation de la formation.

Nous avons décidé que la formation aurait lieu sur trois demi-journées successives.

Les dates retenues ont été les 9 et 10 novembre 2017.

2.1.6. *Recrutement des participants*

Après concertation avec les différents intervenants il a été décidé d'ouvrir la formation à 20 étudiants, afin de travailler plus facilement en sous-groupes et de favoriser les échanges avec l'ensemble des participants.

Tous les internes du DES de médecine générale de 3^e, 4^e, 5^e et 6^e semestre avaient la possibilité de s'inscrire par l'intermédiaire de la plateforme d'inscription aux formations optionnelles du DMG KATLA.

Les participations étaient validées en fonction de l'ordre d'inscription. Les 20 premiers inscrits étaient automatiquement sélectionnés.

Les inscriptions ont été ouvertes le 12 octobre 2017 et clôturées le même jour car le nombre maximal de participants a été atteint en quelques heures. Une liste d'attente a également été créée afin de faire face à d'éventuels désistements.

Une fois inscrits, les participants ont reçu par mail des informations sur le déroulement des évaluations pré et post formation et sur l'utilisation et le déroulement d'un TCS.

2.2. Evaluation de la formation

2.2.1. *Choix de l'outil et méthode d'évaluation*

Nous avons voulu savoir si la création de cette formation permettait aux internes de progresser dans le domaine des soins palliatifs et si le contenu correspondait à leurs attentes.

Nous nous sommes basés sur le model de Donald Kirkpatrick afin de définir le niveau d'évaluation réalisable pour notre formation.

L'échelle de Kirkpatrick est composée de quatre niveaux :

Niveau 1 = réactions (évaluation de la satisfaction)

Niveau 2 = apprentissage (évaluation des acquis de la formation)

Niveau 3 = comportements (évaluation des transferts en situation de travail)

Niveau 4 = résultats (évaluation des impacts sur les performances de l'organisation)

Les deux premiers niveaux sont réalisables au moment de la formation. Les niveaux trois et quatre s'évaluent à distance de la formation après un intervalle de plusieurs mois.

Pour notre étude, nous avons décidé de réaliser une évaluation immédiate de la formation.

Nous nous sommes donc limités aux deux premiers niveaux de l'échelle de Kirkpatrick.

-Le niveau 1 a été évalué à travers un questionnaire de satisfaction, composé de questions à choix multiples (QCM) et de questions ouvertes, auquel les participants ont répondu immédiatement à la fin de la formation.

-Concernant le niveau 2, ce qui nous intéressait à travers cette formation était de pouvoir évaluer le raisonnement clinique des internes et l'évolution de ce raisonnement au cours de la formation.

L'outil d'évaluation du raisonnement clinique le plus adapté était pour nous le TCS, outil apparu assez récemment en France comme méthode d'évaluation mais ayant déjà bénéficié de plusieurs études validant son utilisation[30].

2.2.2. *Définition du TCS*

Le TCS ou test de concordance de script est une technique d'évaluation standardisée du raisonnement clinique en contexte d'incertitude. Cette méthode apprécie l'organisation des connaissances et non uniquement les connaissances factuelles.

Le TCS s'appuie sur la théorie hypothético-déductive du raisonnement clinique et sur la théorie des scripts, elle-même issue de la psychologie cognitive qui correspond aux réseaux de connaissances organisés pour la résolution de tâches spécifiques.

En effet, en situation clinique, les professionnels mobilisent des réseaux de connaissances, appelés scripts pour agir.

Plusieurs domaines de compétences sont concernés : les diagnostics, les investigations et les thérapeutiques.

Cette méthode permet d'évaluer la progression et les compétences du raisonnement clinique du professionnel et notamment sa capacité à prendre des décisions pertinentes dans des cas complexes, ou en situation d'incertitude, en les confrontant aux avis d'un panel d'experts.

C'est un outil pédagogique reproductible, fidèle et valide.

Le TCS utilise des vignettes courtes qui décrivent des situations cliniques posant problème et choisies en fonction du raisonnement que l'on veut évaluer chez le participant.

Ces vignettes sont suivies par des propositions d'hypothèses possibles.

Pour chacune d'elles, une nouvelle information est alors proposée, et les professionnels doivent décider si elle augmente, diminue ou est sans conséquence sur la pertinence de cette option.

Les réponses sont recueillies selon une échelle de Likert (de - 2 à + 2 par exemple).

Les situations cliniques proposées doivent être applicables à la pratique quotidienne.

Tableau 2 : exemple d'une vignette de TCS

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| Une adolescente de 13 ans consulte aux urgences pour des douleurs abdominales basses qui durent depuis trois jours. Ses douleurs sont décrites comme constantes, dans le quadrant inférieur droit. Elle n'a pas d'appétit et a vomi à deux reprises ce jour. Ses dernières menstruations datent de 35 jours et elle n'a pas présenté de saignement vaginal depuis. | | |
| Si vous pensiez à | Et qu'alors vous trouvez | Cette hypothèse devient |
| Une appendicite | Une leucocytose à 15 000 | -2 -1 0 +1 +2 |
| Une grossesse ectopique | Une relation sexuelle unique protégée dans le dernier mois | -2 -1 0 +1 +2 |
| Un kyste de l'ovaire | La douleur est d'intensité moyenne | -2 -1 0 +1 +2 |

-2 : éliminée ou quasi éliminée -1 : moins probable 0 : ni plus ni moins probable

+1: plus probable +2: confirmée ou quasi confirmée

2.2.3. Rédaction et validation des questionnaires

Avant de commencer la rédaction des vignettes, nous avons défini les sujets à aborder.

L'objectif était de proposer des situations cliniques rencontrées au quotidien par les internes en médecine générale et les médecins généralistes installés.

Nous nous sommes basés sur les objectifs et les acquisitions visées pour la formation.

Dans l'utilisation de TCS à visée certificative, un minimum de 60 vignettes est demandé afin d'obtenir une fiabilité interne suffisante du questionnaire. Dans notre étude à visée formative, nous avons décidé d'utiliser le TCS pour analyser l'évolution du raisonnement clinique des participants.

Nous pouvions donc baisser le nombre de vignettes nécessaire.

Nous avons réalisé 29 questions (Annexe 3) afin que l'évaluation ne soit pas trop longue étant donné qu'elle devait avoir lieu au début et à la fin de la formation mais également dans l'optique d'une répétition de la formation et de son évaluation dans le futur.

La rédaction initiale a été réalisée avec l'aide d'un médecin de l'EMSP de la clinique de la Toussaint.

L'ensemble a ensuite été envoyé à un médecin du DMG spécialisé dans le domaine des formations et des outils d'évaluation pour validation.

Après plusieurs ajustements nous avons proposé le questionnaire à trois médecins spécialisés en soins palliatifs : le chef du service de soins palliatifs des HUS, la chef du service de soins palliatifs de la clinique de la Toussaint à Strasbourg et un des médecins de l'EMSP de Haguenau.

Les trois médecins ont émis un retour positif sur le contenu des vignettes et les situations cliniques proposées.

2.2.4. *Etablissement de la grille de notation*

Une fois la rédaction des questionnaires terminée, il a fallu établir une grille de notation servant de base pour l'évaluation des étudiants allant participer à la formation.

Celle-ci se réalise à partir des réponses au questionnaire d'un panel de référence.

En effet, une fois que toutes les questions ont été relues et validées, elles sont soumises à un panel d'experts.

Le nombre de participants composant le panel de référence dépend de l'enjeu de la formation.[31]

Il doit comporter au moins une quinzaine de membres pour un TCS dont l'enjeu est certificatif.

Pour un TCS à visée formative, sans enjeu de classement ou de certification, le panel peut être composé de 8 à 10 membres.

Nous avons donc décidé que notre panel serait composé de 10 membres.

Ce panel doit être constitué de médecins expérimentés. La composition dépend de l'objet de l'évaluation.

Dans notre cas de figure, la formation ne s'adressant pas à des internes se destinant à la pratique d'une spécialité en soins palliatifs mais à des internes de médecine générale pratiquant les soins palliatifs, il nous a semblé intéressant de constituer un panel mixte composé d'experts de soins palliatifs et également d'experts de médecine générale.

Pour les médecins exerçants dans le domaine des soins palliatifs, nous avons choisis de ne demander qu'aux praticiens des EMSP de participer afin de refléter au mieux la pratique en ambulatoire pouvant être exercée par des médecins généralistes.

Nous avons donc cherché des volontaires au sein des EMSP de la clinique de la Toussaint et des HUS, et du DMG de Strasbourg.

Cinq personnes de chaque spécialité ont été retenues.

Aucune de ces personnes n'avaient eu accès au questionnaire au préalable.

Afin de pouvoir utiliser les résultats, les experts ont dû répondre au questionnaire dans les mêmes conditions que les participants à la formation.

Pour se faire une réunion a été organisée à la faculté de médecine le 8 juin 2017, réunissant les 10 participants dans une salle commune pour répondre au questionnaire.

Les participants avaient 30 minutes pour répondre de façon anonyme.

Les questionnaires ont ensuite été récoltés et traités à l'aide d'un fichier Excel ou chaque réponse a été entrée manuellement en double correction.

Chaque réponse d'expert a été prise en compte.

Une fois l'ensemble des réponses entrées, la grille de notation a pu être réalisée.

Un point complet était attribué à la réponse choisie par la majorité des experts puis le reste de l'attribution des points dépendait du nombre d'expert ayant choisi les autres réponses.

Exemple :

Si 6 experts choisissent la réponse -2, 3 experts la réponse -1 et 1 expert la réponse 0 le barème d'attribution des points sera la suivant :

-6/6 soit 1 point pour la réponse -2

-3/6 soit 0,5 point pour la réponse -1

-1/6 soit 0,166 point pour la réponse 0

Les autres réponses ne rapportent donc pas de point.

Une fois toutes les réponses analysées, un nouveau tableau a été réalisé en ne reportant que l'attribution des points pour chaque valeur.

Au terme de cette phase, en fonction des résultats enregistrés, certaines questions pour lesquelles les réponses d'experts divergent totalement pouvaient être éliminées. Ceci n'a pas été le cas pour notre étude.

2.2.5. *Validation interne du questionnaire*

Une fois les réponses des experts au questionnaire traitées nous avons vérifié la validité interne du questionnaire en calculant le coefficient alpha de Cronbach. Celui-ci est une statistique utilisée pour mesurer la cohérence interne des questions posées lors d'un test. Il permet d'estimer la fidélité des réponses à un test[32]. Sa valeur est inférieure ou égale à 1 et son score est acceptable à partir de 0,7.

Notre questionnaire initial a obtenu un score de 0,36.

Afin d'améliorer cette valeur, des calculs statistiques ont permis de mettre en évidence les questions diminuant le score global et de calculer précisément les items à supprimer afin d'obtenir une valeur de 0,7. 8 questions ont ainsi été supprimées. Le questionnaire ainsi obtenu comportait donc 21 questions. (Annexe 4)

2.2.6. *Questionnaire de satisfaction*

Pour évaluer la satisfaction des participants, nous avons pris le questionnaire de satisfaction utilisé lors des formations dispensées par la clinique de la Toussaint. (Annexe 5)

Celui-ci est constitué de QCM et de questions ouvertes.

Différents aspects de la formation ont été évalués : le déroulement, les intervenants, le contenu, les échanges.

3. DEROULEMENT DE LA FORMATION

3.1. Présentation générale

La formation s'est déroulée les 9 et 10 novembre 2017 à la faculté de médecine de Strasbourg.

Tous les participants avaient été informés au moment de leur inscription qu'ils feraient l'objet d'une évaluation par l'intermédiaire de TCS.

Tous les intervenants n'étaient pas présents pour les trois demi-journées.

En effet seul un intervenant a été désigné fil rouge et a participé à l'ensemble de la formation.

La formation a commencé par un accueil des participants avec une présentation rapide des intervenants et du contexte de la réalisation de cette nouvelle formation optionnelle.

Chaque participant a reçu une pochette contenant le programme des trois demi-journées de formation, le TCS, le support pour la réalisation de l'exercice de prescription médicamenteuse en soins palliatifs, le questionnaire de satisfaction, le questionnaire PALLIA 10 et une bibliographie.

Les trois demi-journées se sont déroulées dans trois salles différentes de la faculté.

3.2. Déroulement des demi-journées

3.2.1. *Première demi-journée*

La première demi-journée a commencé à 9h00.

Après l'accueil des participants, une présentation et des explications ont été données sur le déroulement de l'évaluation par l'intermédiaire du TCS.

Les participants ont ensuite bénéficié de 45 minutes pour répondre chacun de leur côté au questionnaire. Ces derniers n'ont pas été anonymisés pour faciliter la collecte des données.

Une fois terminé, l'ensemble des questionnaires a été ramassé.

Les 20 minutes suivantes ont constitué en une présentation historique et actuelle des soins palliatifs.

Les deux heures suivantes se sont déroulées autour d'un cas clinique interactif, projeté sur écran, traitant des principes éthiques, de la loi Claeys-Léonetti et des ressources disponibles à domicile.

Le cas clinique était présenté à l'ensemble du groupe et entrecoupé de questions auxquelles devaient répondre à l'oral les participants.

A la fin du cas clinique, du temps a été consacré à la présentation des différentes structures hospitalières mais surtout ambulatoires existantes dans le domaine des soins palliatifs et auxquels les médecins généralistes peuvent faire appel dans leur pratique quotidienne.

L'ensemble de la matinée a été animé par trois intervenants. Elle s'est terminée à 12h30.

3.2.2. *Deuxième demi-journée*

La deuxième demi-journée a débuté à 14h00.

Les participants ont été répartis en quatre groupes formés selon les affinités.

Chaque groupe a travaillé ensemble pendant 75 minutes sur des exercices de prescription médicamenteuse. Pour se faire ils avaient accès aux ressources de leur choix.

Une restitution en grand groupe a ensuite eu lieu pendant 120 minutes, en projetant à nouveau le cas à l'ensemble des participants et en développant les sujets traités au fur et à mesure.

Un temps a été prévu à la fin de la correction afin de répondre aux différentes questions.

Deux intervenants étaient présents. L'après-midi s'est terminée à 17H30.

3.2.3. *Troisième demi-journée*

La dernière demi-journée a eu lieu le lendemain matin et a commencé à 9h.

Les 20 premières minutes ont consisté en une présentation orale traitant des clés de la communication.

Les deux heures suivantes étaient occupées par la réalisation de trois jeux de rôles où chaque groupe d'acteurs était constitué de plusieurs participants et d'un intervenant.

Chaque jeu durait 7 minutes précisément au bout desquelles se déroulait un débriefing de 20 minutes mené par un intervenant.

En premier étaient recueillies les impressions des acteurs puis celles des observateurs.

Une synthèse générale pour chaque jeu était ensuite donnée par l'intervenant.

La dernière heure a consisté au second passage du TCS, à remplir le questionnaire de satisfaction et à la conclusion de la formation.

Les participants ont à nouveau eu 45 minutes pour répondre au même questionnaire que le premier jour.

Ils ont ensuite rempli le questionnaire de satisfaction.

Enfin, la conclusion de cette formation a consisté à recueillir les impressions générales de chacun des participants et à demander de préciser les sujets qu'ils auraient aimé voir abordés davantage.

Cette dernière demi-journée a été animée par trois intervenants et s'est achevée à 12h30.

4. ANALYSE DES RESULTATS

4.1. Recueil des données du TCS

Les réponses aux deux questionnaires ont été entrées manuellement dans deux tableurs Excel : un pour le pré-test et un pour le post-test.

4.2. Traitement des données

Les réponses pré-test et post-test des sujets ont été appariées grâce aux noms des participants.

Des points ont ensuite été attribués à chaque réponse à l'aide de la grille de notation préalablement établie.

Les sujets se sont vu attribuer une note chiffrée sur 29 pour chaque test.

Une fois traités, les résultats ont été anonymisés par un numéro afin de permettre leur diffusion.

Pour analyser les résultats, nous avons calculé et comparé la moyenne, la médiane ainsi que l'écart-type des réponses de l'ensemble du groupe pour le pré-test et le post-test à l'aide du tableur Excel.

Nous avons ensuite analysé de façon individuelle les résultats aux pré-tests et aux post-tests pour connaître la progression de chaque sujet.

4.3. Analyse en sous-groupes

Une analyse en sous-groupes se basant sur le semestre d'étude a été réalisée afin de voir si l'on trouvait une corrélation entre un niveau de pratique plus élevé et un meilleur raisonnement clinique.

4.4. Outils statistiques

Les différents calculs statistiques nécessaires à l'analyse de notre étude ont été réalisés par l'équipe de statisticiens de la faculté de Strasbourg.

L'étude de la validité interne de notre questionnaire a été réalisée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach.

Pour la réalisation des analyses bilatérales, nous avons choisi l'utilisation d'un test de Student après vérification de la normalité de la distribution des scores des référents et des scores des internes pré et post-formation.

Pour chaque comparaison il a fallu également vérifier l'absence de différence statistiquement significative entre les variances.

Un seuil de significativité alpha de 0,05 a été retenu pour les différentes comparaisons.

Les différents résultats ont été analysés selon l'hypothèse suivante :

H_0 = la différence de position des échantillons est égale à 0

H_1 = la différence de position des échantillons est différente de 0

Si la p-value calculée est inférieure au seuil $\alpha=0,05$, on peut rejeter l'hypothèse nulle H_0 et retenir l'hypothèse H_1 : la différence entre les scores est significative.

Si la p-value calculée est supérieure ou égale au seuil $\alpha=0,05$ on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H_0 et retenir l'hypothèse H_1 : la différence entre les scores n'est pas significative.

4.5. Enquête de satisfaction

4.5.1. *Analyse des QCM*

Les réponses aux QCM ont été entrées manuellement dans un tableau en reprenant les différents thèmes d'évaluation : atteinte des objectifs, organisation de la formation, maîtrise du contenu par les intervenants, réponse aux questions posées, ambiance dans le groupe, réponse à leurs attentes, alternance entre cours et discussions libres, pertinence des méthodes utilisées.

Pour la plupart des items, les participants avaient le choix entre quatre réponses possibles : très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, pas du tout satisfaisant.

Il leur a également été demandé s'ils conseilleraient cette formation.

L'ensemble des réponses a ensuite été additionné afin de calculer un pourcentage de réponses par catégorie.

4.5.2. *Analyse des réponses libres*

Dans le questionnaire, quelques questions permettaient aux participants de s'exprimer sous forme de réponses libres et courtes.

Différents items étaient abordés : appréciation personnelle sur la formation, transférabilité du contenu de la formation à leur situation professionnelle, les sujets supplémentaires de formation en soins palliatifs à aborder et les suggestions personnelles pour l'amélioration de la formation.

Chaque question a été reprise dans un tableau où les réponses ont été analysées de façon verticale (c'est-à dire dans chaque réponse) et horizontale (c'est-à-dire en comparant les différentes réponses).

Pour chaque réponse, les idées et qualificatifs principaux ont été retranscrits dans le tableau.

Deux grandes familles étaient définies : les avis positifs et les avis négatifs.

Une fois l'ensemble des questionnaires traités, les doublons ont été supprimés et les mots ont été classés par thèmes en fonction des questions.

Nous avons ensuite analysé ces thèmes afin de retranscrire des avis groupés.

IV. RESULTATS

1. RECRUTEMENT ET PARTICIPATION

20 sujets se sont inscrits pour participer à la formation.

Sur les 20 inscrits, 19 étudiants se sont présentés le premier jour de la formation.

Les 19 étudiants présents le premier jour ont tous participé à l'ensemble des trois demi-journées.

19 sujets ont répondu au TCS le premier et le dernier jour.

18 sujets ont répondu au questionnaire de satisfaction à la fin de la formation. Un des participants n'a pas répondu car il a dû partir avant la fin de la formation.

Sur les 18 réponses, un des participants n'a pas répondu au recto d'une des feuilles du questionnaire. De ce fait seuls 17 questionnaires ont été analysés.

Globalement 95% des inscrits (19/20) ont été inclus dans l'étude pour l'analyse du TCS et 85% des inscrits (17/20) ont été inclus pour l'analyse du questionnaire de satisfaction.

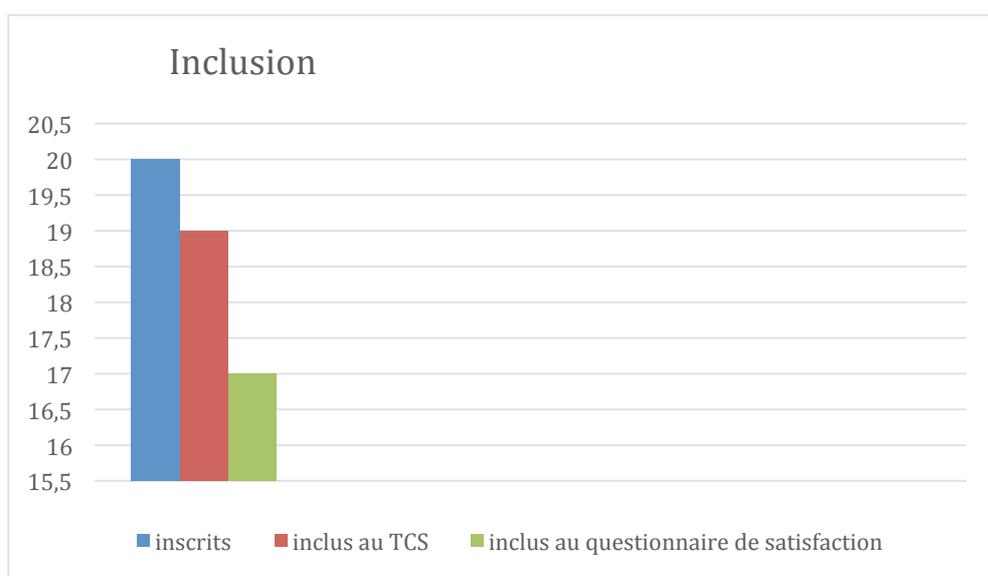


Figure 1 : inclusion des inscrits à la formation

2. POPULATION DE L'ETUDE

Tous les participants étaient internes en médecine générale.

Sur les 19 participants, il y avait 17 femmes et 2 hommes soit un sex ratio de 1 homme pour 8 femmes environ.

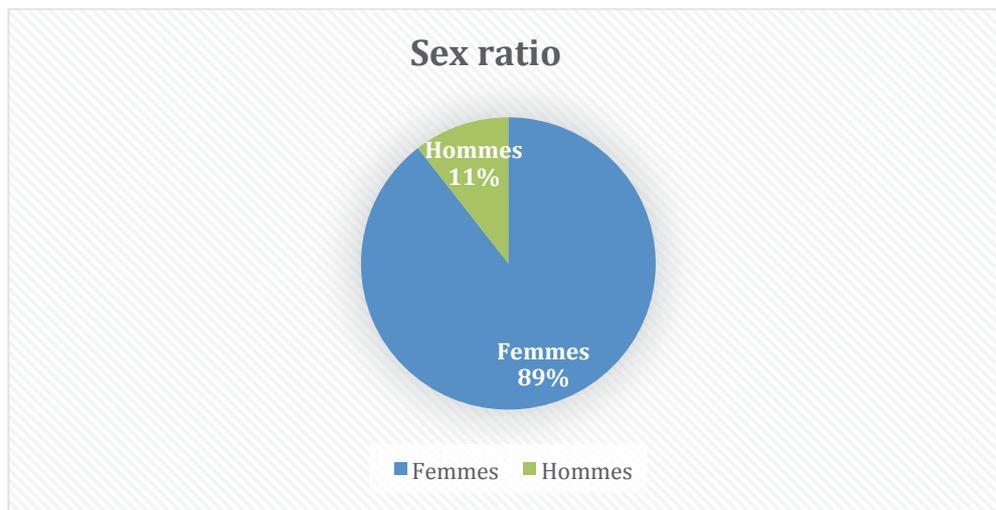


Figure 2 : sex ratio

8 participants étaient en 3^e semestre, 8 participants en 5^e semestre et 3 participants venaient de terminer leur 6^e et dernier semestre.

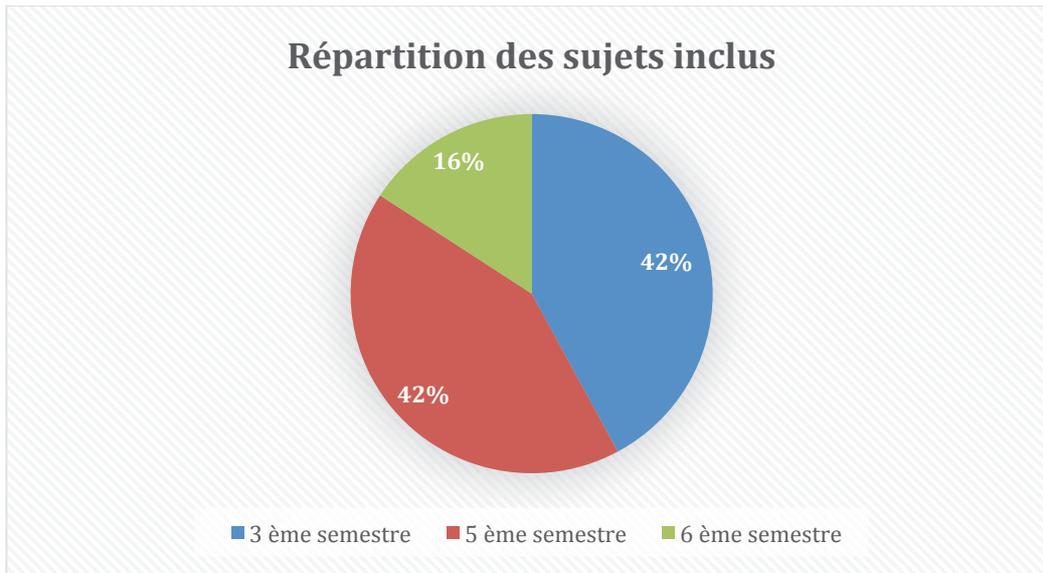


Figure 3 : répartition des sujets inclus en fonction de leur semestre d'études

3. TCS

3.1. Résultats des experts

La moyenne des experts au TCS était de 17,342/21.

La médiane était de 17,276/21.

L'écart type était de 2,272.

La note la plus basse était de 14,087/21.

La note la plus élevée était de 20,55/21.

3.2. Résultats pré-formation des internes

3.2.1. *Globaux*

La moyenne de l'ensemble des participants au premier passage du TCS était de 14,196/21.

La médiane de l'ensemble des participants au premier passage du TCS était de 14,289/21.

L'écart-type de l'ensemble des participants était de 1,602.

La note la plus basse obtenue était de 10,373/21.

La note la plus élevée obtenue était de 16,7/21.

3.2.2. *Par semestre d'études*

Pour les participants en 3^e semestre d'études :

La moyenne au premier passage du TCS était de 14,677/21.

La médiane au premier passage du TCS était de 14,484/21.

L'écart-type au premier passage du TCS était de 1,067.

La note la plus basse obtenue était de 12,875/21.

La note la plus élevée obtenue était de 16,667/21.

Pour les participants en 5^e semestre d'études :

La moyenne au premier passage du TCS était de 13,7/21.

La médiane au premier passage du TCS était de 13,802/21.

L'écart-type au premier passage du TCS était de 1,869.

La note la plus basse obtenue était de 10,373/21.

La note la plus élevée obtenue était de 15,995/21.

Pour les participants en 6^e semestre d'études :

La moyenne au premier passage du TCS était de 14,245/21.

La médiane au premier passage du TCS était de 13,684.

L'écart-type au premier passage du TCS était 2,228.

La note la plus basse obtenue était de 12,351/21.

La note la plus élevée était de 16,7/21.

3.3. Résultats post-formation

3.3.1. *Globaux*

La moyenne de l'ensemble des participants au deuxième passage du TCS était de 15,783/21.

La médiane de l'ensemble des participants au deuxième passage du TCS était de 15,403.

L'écart-type de l'ensemble des participants était de 1,509.

La note la plus basse obtenue était de 12,123/21.

La note la plus élevée obtenue était de 18,675/21.

3.3.2. *Par semestre d'études*

Pour les participants en 3^e semestre d'études :

La moyenne au deuxième passage du TCS était de 15,884/21.

La médiane au deuxième passage du TCS était de 15,407/21.

L'écart-type au deuxième passage du TCS était de 0,930.

La note la plus basse obtenue était de 15,098/21.

La note la plus élevée obtenue était de 17,3/21.

Pour les participants en 5^e semestre d'études :

La moyenne au deuxième passage du TCS était de 15,712/21.

La médiane au deuxième passage du TCS était de 15,705/21.

L'écart-type au deuxième passage du TCS était de 2,061.

La note la plus basse obtenue était de 12,123/21.

La note la plus élevée obtenue était de 18,675/21.

Pour les participants en 6^e semestre d'études :

La moyenne au deuxième passage du TCS était de 15,702/21.

La médiane au deuxième passage du TCS était de 15,195/21.

L'écart-type au deuxième passage du TCS était 1,584.

La note la plus basse obtenue était de 14,434/21.

La note la plus élevée obtenue était de 17,478/21.

3.4. Comparaison des résultats pré et post-formation

3.4.1. *Comparaison globale*

La moyenne de l'ensemble des participants a augmenté de $15,783-14,196 = 1,587$.

La médiane de l'ensemble des participants a augmenté de $15,403-14,289 = 1,114$.

L'écart-type de l'ensemble des participants a diminué de $1,509-1,602 = -0,093$.

3.4.2. *Comparaison par semestre d'études*

Pour les participants en 3^e semestre d'études :

La moyenne a augmenté de $15,884-14,677 = 1,207$.

La médiane a augmenté de $15,407-14,484 = 0,923$.

L'écart-type a diminué de $0,93-1,067 = 0,137$.

Pour les participants en 5^e semestre d'études :

La moyenne a augmenté de $15,712-13,7 = 2,012$.

La médiane a augmenté de $15,705 - 13,802 = 1,903$.

L'écart-type a augmenté de $2,061 - 1,869 = 0,192$.

Pour les participants en 6^e semestre d'études :

La moyenne a augmenté de $15,702 - 14,245 = 1,457$.

La médiane a augmenté de $15,195 - 13,684 = 1,511$.

L'écart-type a diminué de $1,584 - 2,228 = 0,644$.

3.4.3. *Comparaison individuelle*

18 étudiants ont vu leur moyenne augmenter entre le premier et le deuxième passage.

Seul un étudiant n'a pas amélioré son score. Celui-ci était en 5^e semestre.

3.5. Analyse statistique.

3.5.1. *Coefficient alpha de Cronbach*

Le calcul du coefficient alpha de Cronbach est de 0,701.

3.5.2. *Résultat des tests de comparaison des scores moyens des populations et des sous-populations.*

- Comparaison des scores moyens pré-formation entre experts et internes

Selon le test t de comparaison des moyennes : p-value = 0,0002

La différence entre les scores moyens des internes et des experts en pré-formation est significative.

-Comparaison des scores moyens post-formation entre experts et internes

Selon le test t de comparaison des moyennes : p-value = 0,0352

La différence entre les scores moyens des internes et des experts en post-formation est significative.

- Comparaison des scores moyens pré et post formation des internes

Selon le test t de comparaison des moyennes : p-value = 0,0001

La différence entre les scores moyens des internes pré et post-formation est significative.

- Comparaison des scores moyens pré et post formation par semestre d'étude :

Pour les internes en 3^e semestre et selon le test t de comparaison des moyennes : p-value = 0,01789

La différence entre les scores moyens pré et post-formation des internes en 3^e semestre d'étude est significative.

Pour les internes en 5^e semestre et selon le test t de comparaison des moyennes : p-value = 0,01592

La différence entre les scores moyens pré et post-formation des internes en 5^e semestre d'étude est significative.

Pour les internes en 6^e semestre et selon le test t de comparaison des moyennes : p-value = 0,1703

La différence entre les scores moyens pré et post-formation des internes en 6^e semestre n'est pas significative.

Tableau 3 : Evolution du score des participants au cours de la formation

| | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Note la + basse | Note la+ haute |
|--|---------|---------|------------|-----------------|----------------|
| Experts | 17,342 | 17,276 | 2,272 | 14,087 | 20,55 |
| Totalité des internes 1^{er} passage | 14,196 | 14,289 | 1,602 | 10,373 | 16,7 |
| Internes de 3^e semestre 1^{er} passage | 14,667 | 14,484 | 1,067 | 12,875 | 16,667 |
| Internes de 5^e semestre 1^{er} passage | 13,7 | 13,802 | 1,869 | 10,373 | 15,995 |
| Internes de 6^e semestre 1^{er} passage | 14,245 | 13,684 | 2,228 | 12,351 | 16,7 |
| Totalité des internes 2^{er} passage | 15,783 | 15,403 | 1,509 | 12,123 | 18,675 |
| Internes de 3^e semestre 2^{er} passage | 15,884 | 15,407 | 0,930 | 15,098 | 17,3 |
| Internes de 5^e semestre 2^{er} passage | 15,712 | 15,705 | 2,061 | 12,123 | 18,675 |
| Internes de 6^e semestre 2^{er} passage | 15,702 | 15,195 | 1,584 | 14,434 | 17,478 |
| <u>Evolution des scores :</u> | | | | | |
| Totalité des internes | +1,587 | +1,114 | -0,093 | p = 0,001 | |
| Internes de 3^e semestre | +1,207 | +0,923 | -0,137 | p=0,01789 | |
| Internes de 5^e semestre | +2,012 | +1,903 | +0,192 | p= 0,01592 | |
| Internes de 6^e semestre | +1,457 | +1,511 | -0,644 | p= 0, 1703 | |

4. QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION

4.1. QCM

Organisation de la formation

8 participants sur 17 (47%) ont trouvé l'organisation très satisfaisante.

9 participants sur 17 (53%) ont trouvé l'organisation satisfaisante.

Aucun des participants n'a trouvé l'organisation peu ou pas du tout satisfaisante.

Pertinence des méthodes utilisées

10 participants sur 17 (59%) ont trouvé la pertinence des méthodes très satisfaisante.

7 participants sur 17 (41%) ont trouvé la pertinence des méthodes satisfaisante.

Aucun participant n'a trouvé la pertinence des méthodes peu ou pas du tout satisfaisante.

Maîtrise du contenu

16 participants sur 17 (94%) ont trouvé la maîtrise du contenu très satisfaisante.

1 participant sur 17 (6%) a trouvé la maîtrise du contenu satisfaisante.

Aucun des participants n'a trouvé la maîtrise du contenu peu ou pas du tout satisfaisante.

Alternance cours/discussions libres

13 participants sur 17 (76%) ont trouvé l'alternance très satisfaisante.

4 participants sur 17 (24%) ont trouvé l'alternance satisfaisante.

Aucun des participants n'a trouvé l'alternance peu ou pas du tout satisfaisante.

Ambiance dans le groupe

9 participants sur 17 (53%) ont trouvé l'ambiance très satisfaisante.

8 participants sur 17 (47%) ont trouvé l'ambiance satisfaisante.

Aucun des participants n'a trouvé l'ambiance peu ou pas du tout satisfaisante.

Réponses aux questions posées

14 participants sur 17 (82%) ont trouvé les réponses très satisfaisantes.

3 participants sur 17 (18%) ont trouvé les réponses satisfaisantes.

Aucun des participants n'a trouvé les réponses peu ou pas du tout satisfaisantes.

Réponse globale à vos attentes

12 participants sur 17 (70%) ont trouvé la réponse très satisfaisante.

5 participants sur 17 (30%) ont trouvé la réponse satisfaisante.

Aucun des participants n'a trouvé la réponse peu ou pas du tout satisfaisante.

Atteinte des objectifs annoncés

12 participants sur 17 (70%) ont répondu « tout à fait ».

5 participants sur 17 (30%) ont répondu « en grande partie ».

Aucun des participants n'a répondu « partiellement » ou « pas du tout ».

Conseilleriez-vous cette formation ?

A cette question les 17 participants ont répondu « oui », soit la totalité des participants retenus pour cette étude.

4.2. Appréciations personnelles

Les questions à réponses libres ont été analysées indépendamment les unes des autres.

A la question : « Quelle appréciation portez-vous sur cette formation ? », les réponses ont été classées en éléments positifs et en éléments négatifs.

Sur les 17 réponses, aucun élément négatif n'est apparu.

Les réponses positives ont été regroupées en 4 catégories :

- Qualificatifs de la formation
- Contenant
- Contenu
- Intérêt de la formation

Qualificatifs de la formation : très bonne, complète, claire, interactive, formatrice, importante, variée, utile, détaillée.

Contenant : bon encadrement, intervenants dynamiques, outils pédagogiques variés.

Contenu : outils pratiques, réponses aux questionnements, bonne approche de l'aspect humain, complet, situations rencontrées fréquemment.

Intérêt de la formation : bonne initiative, pallie le manque de formation, formation pratique et théorique, adaptée aux besoins, adaptée à la médecine générale, approfondissement des bases.

A la question : « Pensez-vous que le contenu abordé est transférable à votre situation professionnelle ? Si oui, dans quel cadre ? Si non, pourquoi ? », les réponses ont été classées en « oui » ou « non ».

Les 17 participants ont répondu « oui ».

La justification des réponses a ensuite été classée en 3 catégories :

- Lieux de travail
- Activités pratiquées
- Ressources disponibles

Lieux de travail : internat, médecine hospitalière, gardes hospitalières, services de gériatrie, exercice libéral, prise en charge à domicile.

Activités pratiquées : prise en charge thérapeutique, prise en charge de la douleur, prise en charge des fins de vie à domicile, prise en charge des symptômes à domicile, communication avec les familles, prise en charge émotionnelle.

Ressources : relation avec l'EMPS, aides disponibles, structures existantes, réseaux de soins palliatifs.

4.3. Suggestions

A la question : « Avez-vous d'autres besoins de formation sur la thématique des soins palliatifs ? », plusieurs suggestions ont été soumises.

- Les modalités de la sédation terminale
- L'organisation pratique des soins à domicile
- Les traitements réalisables par voie sous cutanée
- Discussion sur l'arrêt des traitements curatifs

V. DISCUSSION

1. METHODOLOGIE

1.1. Recrutement

Notre recrutement a été réalisé sur la base du volontariat. La rapidité avec laquelle les inscriptions se sont complétées montre un vif intérêt pour le sujet de la part des internes en médecine générale. Cela peut également mettre en avant le manque de formation dans ce domaine en comparaison de la demande.

Par ailleurs il faut tenir compte du fait qu'il s'agissait de la première proposition de formation en soins palliatifs en tant que séminaire optionnel. L'aspect attractif de la nouveauté a pu également favoriser cet engouement.

De plus, bien qu'il s'agisse d'une formation optionnelle, un certain nombre de participation à ces formations est obligatoire pour la validation du troisième cycle des études de médecine générale. Cet élément favorise l'intérêt des étudiants aux différentes formations proposées.

Concernant le groupe formé, le fait de n'avoir aucun choix dans la constitution du groupe a entraîné une composition hétérogène avec en premier lieu un sex ratio très inégal de seulement 2 hommes pour 17 femmes ainsi qu'une distribution inégale des niveaux d'études des étudiants. Seuls 3 étudiants en fin de 6^e semestre se sont inscrits contre 8 étudiants dans chacun des deux autres semestres. Cela peut s'expliquer par le fait que les étudiants en fin de cursus ont souvent déjà validé le nombre de formations optionnelles obligatoires et sont donc peut être moins attentifs aux nouvelles formations proposées. De plus, la formation ayant été réalisée au mois de Novembre, il est possible qu'un certain nombre d'internes ayant terminé leur 6^e semestre à la fin du mois d'octobre aient commencé à travailler en ambulatoire et n'étaient pas disponibles pour participer à la formation.

Dans le recrutement et l'analyse des résultats, nous n'avons pas tenu compte du parcours de chaque étudiant. En effet, certains avaient effectué des semestres d'internat dans des services confrontés plus particulièrement aux soins palliatifs comme les services d'oncologie ou de gériatrie. Ces étudiants peuvent avoir une meilleure approche des soins palliatifs du fait de leur expérience personnelle. Cela peut entraîner un biais dans l'interprétation des résultats.

Par ailleurs ce mode de recrutement basé uniquement sur le volontariat risque de sélectionner indirectement des étudiants ayant un intérêt peut être plus important que la moyenne pour le sujet traité. Leurs réponses risquent de ne pas être représentatives de l'ensemble des étudiants ce qui peut entraîner un biais de sélection.

1.2. Puissance de l'étude

Pour une question d'organisation et de bon déroulement de la formation, le nombre de participants a été limité à 20 étudiants. En effet il nous semblait important de créer une formation à taille humaine où chaque participant avait l'occasion de s'exprimer et d'interagir avec les autres.

Ce nombre limite la taille de l'échantillon qui peut ne pas être représentatif de l'ensemble des étudiants et donner une puissance plus faible à l'étude.

Il pourrait être intéressant de réévaluer la formation en partant d'un échantillon plus important.

Notre étude est restée uni-centrique. L'ensemble des participants était rattaché à la faculté de médecine de Strasbourg. Cela donne une puissance géographique faible et peut perturber l'analyse des résultats. En effet, malgré un programme initial commun d'enseignement des soins palliatifs dispensé au cours du deuxième cycle des études médicales, le reste de l'enseignement dans ce domaine est très variable d'une faculté à l'autre. Les réponses des sujets peuvent donc être impactées par les différents enseignements délivrés pendant leurs études.

1.3. Choix des critères de jugement

Nous avons choisi comme critère de jugement principal l'amélioration significative des résultats des participants au TCS.

Il nous semble pertinent, car à travers ce choix nous pouvons étudier l'impact de notre formation sur le raisonnement clinique des étudiants et leur aptitude à la prise en charge de situations complexes en contexte d'incertitude. Ces éléments s'appliquent particulièrement bien à la prise en charge des patients en soins palliatifs.

L'intérêt de ce critère de jugement est de pouvoir analyser de façon objective si cette formation a un réel rôle pédagogique et si elle permet aux étudiants d'acquérir de nouvelles compétences utiles à leur pratique quotidienne.

Les critères de jugement secondaires permettent d'évaluer la satisfaction des participants sur différents points : l'organisation, le déroulement, et le contenu de la formation.

Nous pouvons facilement imaginer qu'un étudiant retirera d'avantage d'une formation s'il a trouvé cette dernière intéressante, agréable et adaptée à ses besoins.

L'évaluation du déroulement de la formation nous paraît importante afin de proposer quelque chose qui réponde au mieux aux attentes des participants. Plusieurs aspects sont analysés.

Tout d'abord, la durée de la formation doit être étudiée afin de vérifier que la quantité d'information délivrée ne soit pas trop conséquente pour le nombre de demi-journées disponibles. En effet, le risque est de vouloir rentabiliser au maximum le temps sous peine d'apporter trop d'informations et de ne plus avoir de cohérence dans le déroulement.

Un autre point essentiel à évaluer concerne le contenu et les thèmes abordés au cours de la formation. Il est important de vérifier que le programme choisi apporte des réponses aux principales demandes et attentes des participants.

L'analyse de ces critères de jugement permet donc d'évaluer l'impact de la formation sur le raisonnement clinique des participants ainsi que la satisfaction de ces derniers pour ce qui leur est proposé.

1.4. L'utilisation du TCS

1.4.1. *Validité interne du questionnaire*

Il existe deux types principaux d'évaluation : l'évaluation formative et l'évaluation certificative[33].

L'évaluation formative a pour objectif d'informer du degré d'apprentissage atteint, de favoriser sa progression et de renseigner l'étudiant et l'enseignant sur les acquis ou les éléments à améliorer.

Elle vise des apprentissages précis et relève d'une ou de plusieurs interventions de nature pédagogique. Elle est effectuée en cours d'activité et vise à faire état des progrès des étudiants.

C'est un mode d'évaluation de nature diagnostique dont la fonction essentielle est la régulation des apprentissages.

L'évaluation certificative a pour fonction l'attestation ou la reconnaissance des apprentissages. Elle survient au terme d'un processus d'enseignement et sert à sanctionner ou à certifier le degré de maîtrise des apprentissages des étudiants. Elle doit être réalisée de façon juste, équitable et reproductible.

Pour notre étude nous avons décidé de réaliser une évaluation à but formatif.

En effet, leur objectif étant de vérifier la progression des étudiants et d'adapter l'enseignement si besoin, ce type d'évaluation s'inscrit parfaitement dans une action à visée pédagogique.

Dans notre étude les résultats de l'évaluation étaient exclusivement destinés aux formateurs. Aucun étudiant n'a obtenu son score à l'issue de la formation.

Plusieurs types d'évaluation différents peuvent être utilisés pour une évaluation formative : des vrais ou faux, des QCM, des questionnaires.

Pour notre étude nous ne voulions pas évaluer l'apprentissage de connaissances théoriques mais l'impact de notre formation sur le raisonnement clinique des étudiants. Nous avons donc décidé d'utiliser le TCS qui est un outil pédagogique aujourd'hui validé pour l'évaluation du raisonnement clinique.

Afin de réduire la durée de l'évaluation nous avons décidé de limiter le nombre de questions. Notre questionnaire initial en comportait 29.

Cependant, l'utilisation d'un nombre limité d'items a un impact sur la validité interne du questionnaire.

En effet cette validité se traduit dans ce type de questionnaire par le calcul d'un coefficient alpha de Cronbach. Il s'agit d'un coefficient de cohérence interne des items et de leur degré d'intercorrélation.

Dans notre étude le coefficient alpha de Cronbach initial était de 0,304.

On estime le test satisfaisant dès lors que ce coefficient atteint au moins 0,70[32]. Notre score peut donc sembler très faible.

L'explication de ce score peut se trouver dans le fait que le coefficient est directement influencé par le nombre d'items du questionnaire.

On estime qu'il faut un minimum de 60 items pour atteindre un alpha suffisant alors que notre questionnaire n'en comporte que la moitié.

Un score alpha faible peut signifier que le score total obtenu par les répondants est influencé par certains items.

Afin d'améliorer ce score, deux solutions sont envisageables : la première est d'augmenter le nombre d'items du questionnaire afin d'atteindre un coefficient alpha suffisant et d'assurer une reproductibilité du questionnaire. La deuxième est de garder le questionnaire initial en supprimant les items diminuant le coefficient alpha afin d'atteindre une valeur minimale de 0,7.

Dans notre étude nous avons opté pour cette deuxième solution.

Les résultats des calculs effectués pour trouver cette valeur minimale indiquent qu'il faut supprimer dans notre questionnaire au minimum 8 items précisément identifiés. Après vérification des items à supprimer, le questionnaire obtenu garde une pertinence conceptuelle tout à fait acceptable. En effet, en étudiant une par une les questions persistantes, on remarque que l'ensemble des thèmes abordés dans la formation sont représentés : la prise en charge des symptômes comme la douleur, la dyspnée ou encore les troubles digestifs ; les différentes voies d'administration des traitements ; l'utilisation de la sédation ; la prise en charge du patient et de sa famille ; les prises de décisions sur la poursuite ou encore l'arrêt de certains traitements.

Il est donc tout à fait envisageable de proposer ce questionnaire comme test d'évaluation si on souhaite reconduire l'étude. De plus, cette solution peut s'avérer intéressante si l'on souhaite réduire la durée des évaluations initiales et finales tout en ayant un questionnaire avec une bonne validité interne.

1.4.2. *Validité externe du questionnaire*

L'utilisation du TCS comme outil d'évaluation est quelque chose d'assez récent dans les études médicales. A la faculté de Strasbourg, certains étudiants n'y sont pas confrontés avant leur dernier semestre d'internat. On peut facilement imaginer que les internes ayant déjà pratiqué ce type de test peuvent être avantagés sur les autres et obtenir des scores plus élevés.

Un autre biais à envisager est une amélioration du score pré-formation versus post-formation liée non pas à la progression du raisonnement clinique mais plutôt à l'amélioration de la compréhension du déroulement du test. Ceci a pu être limité dans notre étude par l'envoi au préalable à tous les étudiants inscrits à la formation d'un rappel sur la définition, le fonctionnement et le déroulement d'un test de concordance de script accompagné d'exemples concrets. On peut imaginer que les étudiants peu à l'aise avec cette pratique ont ainsi pu se renseigner avant le début de la formation.

1.5. Composition du groupe expert

La composition de notre panel d'experts peut porter à discussion. Le plus souvent, les membres du panel exercent tous dans la même discipline, d'où le terme « d'expert » dans cette discipline. Notre panel était constitué de 5 médecins de l'EMSP et de 5 médecins généralistes du DMG exerçant en ambulatoire.

Dans notre étude, nous souhaitons que les réponses aux questionnaires reflètent au maximum la pratique des soins palliatifs en ambulatoire et nous en avons donc réuni les différents acteurs.

Nous avons estimé que la pratique quotidienne des médecins des EMSP ne correspondait pas forcément toujours à celle des médecins généralistes libéraux et qu'il serait intéressant d'avoir une réponse plus nuancée.

Un des risques d'utiliser un tel panel est d'obtenir des résultats plus dispersés pour chaque item du questionnaire. Cette dispersion de réponses serait en effet liée au parcours de chaque médecin : une formation médicale différente, des pratiques médicales différentes et des expériences professionnelles différentes. Cela pourrait sur l'ensemble du test créer un biais d'évaluation.

Cette possibilité ne semble pas s'être réalisée dans notre étude. Les résultats pour chaque item sont cohérents et l'on n'observe pas de scission par domaine de spécialité dans les différentes réponses.

Les moyennes des experts des EMSP et celles des médecins du DMG sont proches, ce qui signifie qu'aucun des deux groupes n'a influencé le résultat final.

Notre panel semble donc être cohérent avec les objectifs de cette formation.

2. RESULTATS

2.1. Le TCS

2.1.1. *Analyse globale*

L'analyse des résultats du TCS nous montre un ensemble cohérent.

Dans l'ensemble des groupes et sous-groupes, la moyenne des scores est proche de la médiane.

Les écarts-types de chaque groupe restent eux aussi relativement faibles ce qui traduit une faible dispersion des scores. L'ensemble des résultats suit donc une répartition homogène.

La moyenne et la médiane des experts sont supérieures à celles des internes que ce soit avant ou après la formation et peu importe le semestre d'étude. Le fait que les scores soient plus élevés chez les médecins expérimentés renforce la validité de notre TCS. En effet une grande partie du raisonnement clinique s'acquière avec l'expérience et il apparaît comme logique que des médecins expérimentés aient un meilleur raisonnement clinique et donc de meilleurs résultats au TCS.

De manière générale, les étudiants ont amélioré leur moyenne entre les deux passages que ce soit de façon globale ou selon leur semestre d'étude. De plus, on observe une diminution de l'écart-type. Cela signifie que le niveau des étudiants s'est équilibré au cours de la formation.

De façon individuelle, 18 étudiants sur 19 ont amélioré leurs résultats. Ce score est tout à fait satisfaisant mais l'on peut se demander quels ont été les facteurs qui ont fait qu'un étudiant a obtenu un score inférieur à l'issue de la formation.

Si on analyse ses résultats individuels, on observe des moyennes très proches entre les deux passages avec une moyenne post-formation légèrement inférieure. Cependant cet étudiant présente au premier passage une moyenne supérieure à la moyenne globale des participants.

Cet étudiant partait a priori déjà avec des bonnes connaissances dans le domaine des soins palliatifs.

On observe pour certains items un changement de réponse entre les deux passages avec une diminution des points attribués. Ceci peut traduire une mauvaise compréhension de l'information apportée au cours de la formation, ou encore un trop plein d'informations délivré et pas encore intégré par l'étudiant. Il pourrait être intéressant de regarder si ce facteur se produit de façon récurrente pour certains items, et si cela est le cas, se poser la question de la compréhension de la question.

Enfin, on peut également imaginer que certains participants ont répondu au hasard à certaines questions au premier passage, tout en donnant des réponses rapportant le maximum de points.

2.1.2. *Analyse statistique*

Il existe une différence significative selon le test t du Student entre les scores moyens des internes et ceux des experts que ce soit avant ou après la formation. Les experts ont dans les deux cas un score moyen supérieur à celui des internes.

Cela est important pour la validité du questionnaire et pour le principe d'une amélioration du score selon le degré d'expérience.

Il existe une différence significative entre les scores moyens des internes en pré et post-formation. L'amélioration observée des moyennes des étudiants au TCS, et donc de leur raisonnement clinique, est bien liée à notre formation. Notre hypothèse principale de départ est donc validée : la participation à un séminaire en soins palliatifs durant l'internat permet une amélioration significative du raisonnement clinique des internes de médecine générale nécessaire à la réalisation d'une bonne prise en charge de leurs patients en soins palliatifs.

L'analyse statistique en sous-groupes selon le semestre d'étude semble plus nuancée.

Les étudiants en troisième semestre d'étude ont amélioré leur score moyen de façon significative entre les deux passages du TCS. De plus, on observe que ce sous-groupe a obtenu les moyennes les plus élevées à chaque fois. Cela signifie donc que les participants de troisième trimestre possèdent déjà des bases théoriques solides permettant un bon raisonnement clinique.

Les étudiants en cinquième semestre d'étude ont amélioré leur score moyen de façon significative entre les deux passages du TCS. Cependant, ils n'ont pas obtenu une moyenne supérieure à celle des étudiants en 3^e semestre lors du deuxième passage du TCS. On aurait pu imaginer que les étudiants avec un niveau d'études plus élevé ainsi qu'une plus grande expérience professionnelle auraient de meilleurs résultats que les précédents.

Pour expliquer cela, on peut s'interroger sur les différences de parcours des étudiants. En effet, jusqu'en 2017, la maquette des stages de l'internat de médecine générale n'obligeait pas les étudiants à réaliser leurs différents semestres d'internat dans un ordre précis. De ce fait le parcours professionnel de chaque interne était très individualisé. Nous pouvons donc imaginer que certains étudiants de troisième semestre aient été confrontés rapidement à la prise en charge de patients en situation de soins palliatifs selon leurs terrains de stage. Depuis la rentrée 2017, la maquette de médecine générale a été modifiée. Tous les internes de première année doivent obligatoirement réaliser un semestre aux urgences et un deuxième en ambulatoire chez un praticien. Cela pourrait être intéressant, si notre formation venait à se répéter, de comparer à nouveau les scores des internes en fonction de leur semestre d'étude en partant d'un échantillon d'étudiants ayant suivi sensiblement le même parcours professionnel. Cela permettrait d'un côté d'avoir une vision de la capacité initiale du raisonnement clinique des internes liée à leurs connaissances et à leur parcours professionnel et d'un autre côté d'analyser directement l'impact de notre formation sur leur raisonnement clinique en cherchant une amélioration des scores au TCS plus importante chez les internes les plus avancés.

Par ailleurs, l'absence d'augmentation des scores en fonction du niveau d'études a déjà été observée dans d'autres études. Dans une thèse de médecine générale intitulée « Évaluation du raisonnement

éthique en médecine générale par Test de Concordance de Script » présentée en 2014 [34], aucune différence significative n'a été observée entre les résultats des externes et des internes.

Dans notre étude, la progression significative des moyennes des étudiants de 3^e et 5^e semestre traduit l'efficacité de notre formation pour l'intégration de nouvelles informations et l'amélioration du raisonnement clinique des participants.

Enfin, les étudiants en 6^e semestre n'ont pas amélioré de façon significative leur score moyen entre les deux passages du TCS. Pour ce groupe une autre explication peut être avancée. En effet seuls trois participants à la formation représentent les étudiants de ce semestre d'études. De ce fait l'échantillon est probablement trop petit pour représenter la population et les réponses de l'un des participants peuvent modifier de façon importante le score total du groupe. Les résultats de ce semestre d'études sont donc difficilement interprétables.

2.2. Questionnaire de satisfaction

2.2.1. *QCM*

Les étudiants avaient quatre choix de réponses pour chaque question des QCM. Deux réponses avaient une connotation positive et deux réponses une connotation négative.

Sur l'ensemble des questions, aucune réponse à connotation négative n'est apparue. Cela traduit une satisfaction générale de l'ensemble des étudiants et un schéma de formation a priori adapté à la majorité.

Les étudiants ont trouvé l'organisation de la formation très satisfaisante et satisfaisante. Ceci est important car nous n'avons pas de référence ou de modèle d'autres formations en soins palliatifs ayant déjà été dispensées pour ce public cible. Cette satisfaction générale sur l'organisation permet d'envisager de valider l'utilisation de cette formation comme base commune aux futures formations à venir.

De façon générale, les différentes méthodes pédagogiques utilisées au cours des trois demi-journées ont été appréciées par les participants. Le choix d'une méthode pédagogique est important en fonction de l'objectif pédagogique à atteindre[26]. Si les participants adhèrent à ces choix, l'apprentissage sera de meilleure qualité et l'implication personnelle plus importante. Nous avons volontairement essayé de varier au maximum les méthodes pour maintenir l'attention des étudiants jusqu'à la fin de la formation. Peu importe la méthode choisie, les participants ont été sollicités pour participer activement à toutes les activités.

Le contenu de la formation a été décidé et travaillé avec les EMSP. Notre formation, bien qu'utile pour une activité hospitalière, est avant tout destinée à une pratique médicale en ambulatoire. Le fait d'avoir recours à des experts de la discipline exerçant au quotidien en ambulatoire et étant confrontés aux mêmes contraintes a permis d'aborder les différents thèmes en rapport avec les besoins de formation exprimés par les étudiants et les médecins généralistes.

Les participants ont mis en évidence une très bonne maîtrise du contenu, ils ont trouvé au cours de la formation des réponses claires à leurs questions, apportées par un groupe de formateurs adaptés. Cela peut également traduire la création d'un lien entre les formateurs et les participants et améliorer la transmission de l'information.

Cette satisfaction se ressent également à travers les réponses apportées aux questions posées par les participants, considérées pour la plupart comme très satisfaisantes.

Le rythme de la formation a également été apprécié. L'alternance cours/discussions libres a été semble-t-il équilibrée. Il est important au cours d'une formation de laisser un temps aux étudiants pour poser leurs questions mais également un temps de dialogue libre orienté par les discours des participants. Il semble qu'au cours de notre formation les étudiants ont apprécié ces moments d'échange et ont estimé qu'ils ont été assez nombreux et bien placés par rapport à la partie plus théorique.

Cela se traduit également dans l'évaluation de l'ambiance dans le groupe qui a été appréciée par tous les participants. Le fait d'avoir volontairement ouvert un nombre de places limité a permis de

créer un groupe où chaque participant a pu s'exprimer. Ceci a permis la création de discussions avec les intervenants mais également entre les participants. L'échange de connaissances et d'expériences personnelles et professionnelles est quelque chose d'essentiel pour rendre vivante une formation et apporter un côté humain en plus du côté théorique.

La dernière partie du questionnaire a permis d'évaluer si la formation avait répondu globalement aux attentes des participants et si les objectifs annoncés avaient été atteints.

Par rapport aux attentes, une fois de plus les étudiants ont été très satisfaits ou satisfaits. Le schéma de formation proposé et son contenu semblent donc adaptés à l'idée qu'avaient les participants d'une formation en soins palliatifs.

Dans notre étude nous avons traité les thèmes correspondant aux différents besoins de formation repérés dans la littérature. Devant la validation du contenu de notre formation par les participants, on peut déduire que les besoins de formation des internes de médecine générale de la faculté de Strasbourg sont sensiblement les mêmes que ceux exprimés dans d'autres régions au travers des différentes études. Il est donc fort probable que ces besoins soient les mêmes dans les différentes facultés de France et que le schéma de notre formation s'y adapte bien.

De plus, les participants ont estimé que les objectifs avaient été pour la plupart tout à fait atteints et pour les autres en grande partie. Cela conforte plusieurs éléments. Tout d'abord le programme des trois demi-journées paraît cohérent et relativement complet. De plus, pour atteindre un objectif pédagogique il est indispensable d'utiliser le bon outil pédagogique. Ceci est donc un argument supplémentaire validant le choix des outils pédagogiques de notre formation.

Ces impressions générales valident également une fois encore le choix des EMSP comme intervenants. En effet les objectifs étaient de répondre aux besoins des internes de médecine générale et futurs praticiens libéraux. La satisfaction globale de ces derniers montre bien que les éléments apportés au cours de cette formation sont cohérents avec une pratique libérale.

Enfin, la totalité des participants a indiqué qu'elle conseillerait cette formation. Cela indique une grande satisfaction de leur part ainsi qu'un réel sentiment d'apprentissage et d'utilité.

2.2.2. *Appréciations personnelles*

Les étudiants ont pu s'exprimer de façon libre dans la deuxième partie du questionnaire, destinée à connaître leurs appréciations personnelles sur la formation.

Le premier élément à signaler est qu'aucun élément négatif n'est apparu dans les différentes réponses. Outre le fait qu'ils aient trouvé cette formation complète, claire, variée et interactive, ils ont mis en avant le caractère utile et important de cette nouvelle formation. Cela renforce notre idée que ce type de formation permet de répondre aux besoins exprimés par les étudiants.

D'un point de vue du contenant, c'est la qualité de l'encadrement, des intervenants et des outils pédagogiques qui a été soulignée, renforçant déjà les idées exprimées à travers les QCM et validant le choix des intervenants et des outils utilisés.

Par rapport au contenu de la formation, deux nouveaux éléments sont apparus : les participants ont indiqué qu'ils avaient perçu une bonne approche de l'aspect humain ce qui semble primordial pour une formation destinée à améliorer la prise en charge de patients en soins palliatifs. Une des difficultés exprimées par les acteurs de soins pour la prise en charge de ces patients est l'affect et l'aspect émotionnel. Plus encore que dans d'autre discipline, l'aspect humain doit être placé au centre de la prise en charge.

La mise en avant de cet élément nous permet de penser que notre formation s'intègre bien dans une démarche palliative[35] c'est-à-dire une prise en charge globale du patient tant au niveau physique, psychologique, sociale que spirituelle.

Le deuxième élément nouveau mis en avant est le fait que les situations utilisées sont rencontrées fréquemment dans le quotidien des étudiants. Cela traduit une bonne analyse des pratiques et des situations cliniques hospitalières et ambulatoires rencontrées par les étudiants en médecine générale au cours de leur internat et confirme l'importance de l'accessibilité à la formation à partir de la deuxième année d'internat.

Ces différents éléments se retrouvent également dans la deuxième question posée aux étudiants qui avait pour but de vérifier que le contenu de la formation était transférable à leur situation professionnelle.

En effet tous les participants ont répondu oui. Les justifications se sont portées sur le lieu de travail, sur les activités pratiquées, ainsi que sur les ressources mises à disposition.

En dehors des prises en charges hospitalières et ambulatoires déjà évoquées, certains participants ont indiqué que pour eux, la formation était utile pour l'exercice en gardes hospitalières et également dans les services de gériatrie. Cet élément est important car il montre bien que des situations cliniques nécessitant une prise en charge palliative peuvent être rencontrées dans toutes les spécialités médicales et renforce l'idée qu'il est indispensable d'être formé quel que soit le domaine d'exercice.

Concernant les activités pratiquées, les différents thèmes utilisés comme objectifs pédagogiques au moment de la création de la formation sont apparus dans les réponses : les prises en charge thérapeutiques, de la douleur, des symptômes et des fins de vie à domicile, la communication avec les familles et la prise en charge émotionnelle. Le fait que ces différents sujets soient évoqués de façon spontanée par les participants contribue à l'idée que nos objectifs secondaires sont atteints. En effet, on peut imaginer que le fait de citer ces thèmes indique qu'ils ont été développés et traités de façon à être clairement identifiés par les internes comme les points importants de la formation et que cela a contribué à leur intégration.

De plus, on remarque que les différents thèmes sont évoqués de façon équivalente, et que tous les objectifs établis pour la formation ont été cités par les participants.

En effet, plusieurs étudiants ont indiqué avoir trouvé des réponses pour leur pratiques libérales concernant les relations avec les EMSP, les aides disponibles en ambulatoire, les structures existantes avec notamment la présentation des réseaux de soins palliatifs. Cela permet de valider notre dernier objectif de la formation qui était de mettre en relation les EMSP avec les futurs

médecins généralistes afin de présenter et de clarifier leur rôle, de favoriser les collaborations ultérieures avec les équipes de soins palliatifs et ainsi améliorer les prises en charges[36].

De plus, cela traduit une bonne répartition et une approche adaptée des différents objectifs pédagogiques qui semblent avoir été traités de façon à ce que l'ensemble puisse être intégré et en ne mettant pas en avant un thème par rapport à un autre. Cela apporte un élément de plus pour la validation du schéma de formation proposé.

2.2.3. *Suggestions*

En dernier lieu, nous avons demandé aux participants s'ils avaient d'autres besoins de formation sur la thématique des soins palliatifs qui n'auraient pas été abordés au cours de la formation.

Quatre thèmes principaux sont apparus dans les réponses : les modalités de la sédation terminale, l'organisation pratique des soins à domicile, les traitements réalisables par voie sous-cutanée, et l'arrêt des traitements curatifs.

Quand on analyse ces thématiques on se rend compte que deux d'entre elles sont plus caractéristiques des soins palliatifs : les modalités de la sédation terminales et l'arrêt des traitement curatifs tandis que les deux autres sont liées à des prises en charge techniques et organisationnelles à domicile. Cependant plusieurs situations cliniques relatives à ces quatre thèmes peuvent être rencontrées en ambulatoire par un médecin généraliste.

Ces questionnements sont probablement liés à une pratique médicale en ambulatoire très limitée à ce stade de la formation et à la difficulté de se projeter dans une activité de domicile. En effet les étudiants effectuent la majorité de leur stage d'internat en services hospitaliers. Dans ces derniers, l'accès aux soins et aux aides techniques est facilité. De plus, les prises de décisions peuvent être réalisées de façon collégiale avec les différents acteurs de soins présents dans le service.

L'activité du médecin généraliste est beaucoup plus isolée. Souvent ce dernier est seul avec son patient pour la prise de décision notamment pour les situations d'urgences. Afin de réagir

rapidement et dans les meilleures conditions possibles, il semble indispensable que le médecin sache à qui s'adresser en amont des décisions d'urgence et connaissent les aides matérielles et humaines dont il peut disposer.

Concernant les modalités de la sédation terminale, nous n'avons volontairement pas traité le sujet en profondeur, considérant que celui-ci restait difficile à intégrer dans un programme déjà limité dans la durée. Cependant, ce sujet de formation est apparu dans de nombreuses suggestions de formation.

Une étude[37] réalisée en 2012 auprès de 20 internes de spécialités différentes des facultés de Bordeaux et Poitiers a étudié leur connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles relatives à la loi du 22 avril 2005. Il apparaît que ces connaissances sont insuffisantes et que les internes souhaitent une formation davantage basée sur un apprentissage pratique des soins palliatifs. D'après une autre étude réalisée en 2017[38] auprès des praticiens de Midi-Pyrénées, 89,7 % des médecins interrogés connaissent le principe de la sédation en soins palliatifs, 94,2 % savent qu'elle est autorisée par la loi mais parmi eux seulement 56,1 % sont au courant des dernières modalités prévues par la loi Claeys-Léonetti de Février 2016.

Il apparaît que les médecins restent mal à l'aise avec cette question et ses conditions d'application notamment à domicile. Les différents freins à sa mise en œuvre trouvés dans la littérature[39] sont l'accès au Midazolam en ville, le manque de maîtrise technique de la sédation et la difficulté à organiser une procédure collégiale en ville. Les axes de formation privilégiés sont la réalisation d'une titration par Midazolam, les thérapeutiques utilisables et disponibles pour une sédation à domicile et les recommandations de la SFAP. Ces différents éléments coïncident avec les demandes exprimées par les participants à notre formation. Il semble donc important d'envisager d'intégrer ce sujet au programme des futures formations.

Cette question se rapproche également de celle des traitements utilisables à domicile par voie sous-cutanée, voie privilégiée pour toute prise en charge en ambulatoire et notamment en soins palliatifs.

Les médecins et étudiants semblent éprouver des difficultés sur l'utilisation de cette voie liées à un manque de connaissance des molécules utilisables. Il est primordial pour une prise en charge thérapeutique optimale de pouvoir utiliser cette voie d'administration à domicile. L'utilisation de la voie sous-cutanée dans le milieu hospitalier est relativement fréquente dans les situations de réhydratation. Les internes sont relativement à l'aise avec les modalités pratiques de cette technique mais sont le plus souvent limités dans son utilisation par la méconnaissance des différentes molécules administrables par cette voie d'abord.

De ce fait, il se pourrait qu'un simple tableau récapitulatif des différentes molécules utilisables par voie sous-cutanée soit suffisant pour répondre à leur attente au cours la formation.

Une des dernières suggestions se portait sur l'organisation pratique des soins à domicile. Malgré la présentation des EMSP, de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des réseaux de soins palliatifs, il semble que les participants aient encore des interrogations sur les modalités de collaboration. Dans notre formation, nous avons essayé d'intégrer cela à travers une présentation orale mais également à travers les cas cliniques et les jeux de rôles. Il se peut cependant que les situations présentées n'aient pas été assez parlantes pour que les participants puissent se projeter et intégrer le fonctionnement de chaque structure. Comme le montre l'étude de Geoffrey Keith Mitchell[36], il a été démontré que la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes de spécialistes en soins palliatifs améliorent les prises en charges des symptômes, la satisfaction des patients et l'utilisation efficace des ressources. Les efforts déployés par les services spécialisés pour développer la participation des généralistes peuvent constituer un moyen efficace d'améliorer leurs compétences en matière de soins palliatifs et d'apprécier les rôles que peuvent jouer les services spécialisés.

Il pourrait être intéressant de retravailler cet axe de formation en faisant intervenir directement les personnes travaillant dans ces différentes structures afin que les participants puissent interagir avec elles et poser leurs différentes questions.

3. PORTEE DES RESULTATS

En France, il n'existe actuellement toujours pas de formation commune en soins palliatifs dispensée dans les différentes facultés de médecine au cours du troisième cycle des études médicales. Nous trouvons dans la littérature des exemples de mise en place récente de formations isolées, proposées sous forme de quelques heures de cours théoriques ou de séminaire. Il est donc très difficile de comparer notre formation avec d'autres formations existantes.

Le format actuel de notre formation ne lui permet en aucun cas d'être comparée aux formations entrant dans le cadre du DIU de soins palliatifs se déroulant sur deux ans.

Notre formation a été réalisée à très petite échelle et de façon localisée. La portée des résultats reste donc limitée. Afin de pouvoir étendre les résultats à d'autres facultés en France, il faudrait que d'autres formations soient créées et évaluées afin d'établir une comparaison sur les objectifs choisis et les méthodes pédagogiques utilisées.

Par ailleurs, nous pouvons supposer qu'en l'absence de formation existante, le niveau de connaissance des internes des autres facultés de médecine en France dans le domaine des soins palliatifs devrait être relativement équivalent à celui des internes de la faculté de Strasbourg et ainsi en déduire que leurs attentes et leurs besoins de formation devraient être les mêmes.

En prenant compte de tous ces éléments et en se basant sur les résultats significatifs de notre formation et sur la satisfaction globale des participants, nous pouvons suggérer de voir notre étude comme une base pour la création d'autres formations pouvant être proposées dans d'autres facultés en France aux internes de médecine générale.

Un autre axe de portée de notre étude concerne la formation des médecins généralistes installés. En effet, dans l'étude de la littérature traitant des besoins de formation en soins palliatifs, nous avons pu mettre en avant le fait que les médecins exerçant déjà en libéral éprouvent également des difficultés avec la prise en charge de leurs patients en situation de soins palliatifs. Les sujets de

formation évoqués sont proches de ceux évoqués par les internes en médecine générale. Nous pouvons donc facilement imaginer que ces médecins seraient intéressés pour participer à notre formation. Celle-ci pourrait entrer dans le cadre du développement professionnel continu, obligatoire pour tous les professionnels de santé. En effet, le schéma de notre formation répond parfaitement aux critères d'une formation présentielle, établis par la Haute Autorité de Santé (HAS)[40]. De plus, ces formations ont une obligation d'évaluation au minimum sur les deux premiers niveaux de l'échelle de Kirkpatrick, ce qui correspond à l'évaluation actuelle de notre formation. Cela permettrait d'agrandir la population d'étude et de comparer les résultats des médecins installés à ceux des internes en formation afin de rechercher si l'expérience professionnelle a un impact sur le raisonnement clinique des praticiens dans des domaines où sont exprimés les mêmes besoins de formation.

4. PERSPECTIVES

L'analyse des résultats de notre formation nous permet d'envisager plusieurs perspectives.

Tout d'abord, il semble important de retravailler le programme au niveau des sujets proposés et de son déroulement afin de pouvoir y intégrer les suggestions des participants. Les sujets à ajouter en priorité pourraient être les modalités de la mise en route d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, l'organisation pratique des soins à domicile et les traitements réalisables par voie sous-cutanée. Pour ce faire et pour garder un rythme d'apprentissage acceptable, il apparaîtrait nécessaire d'ajouter une demi-journée de formation supplémentaire.

Par ailleurs, nous avons observé que notre formation répond bien aux attentes des étudiants et semble combler le manque de formation en soins palliatifs qu'il existe pour la faculté de médecine de Strasbourg.

Une fois les résultats présentés au département de médecine générale, nous avons proposé d'intégrer notre formation dans le cursus de médecine générale en suggérant la répétition semestrielle de ce séminaire optionnel. Cela permettrait la formation de 20 nouveaux étudiants chaque semestre.

Devant les très bons retours des participants et au vu des résultats du TCS, le DMG a décidé d'intégrer de façon pérenne notre formation dans son programme semestriel de formations optionnelles. Les suggestions des participants ont été prises en compte afin d'améliorer le format et les thèmes abordés au cours du séminaire.

Actuellement la formation se déroule sur 4 demi-journées et est toujours ouverte à 20 internes de médecine générale.

La demi-journée supplémentaire permet de traiter un sujet particulièrement plébiscité par les participants : « la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ».

Sur le reste des demi-journées, la prise en charge sociale à domicile des patients en soins palliatifs ainsi que l'utilisation des thérapeutiques par voie sous-cutanée ont été renforcées.

En répétant la formation chaque semestre, 40 nouveaux internes sont formés par an.

De ce fait, il pourrait être intéressant de répéter notre étude en incluant les participants de plusieurs semestres de suite afin d'en augmenter la puissance.

Enfin, nous pouvons également envisager d'étendre la portée de nos résultats en proposant notre formation à d'autres facultés de médecine en France afin d'évaluer dans un premier temps si le schéma proposé correspond aux attentes des étudiants des autres facultés puis d'adapter le contenu en fonction de leurs besoins et de leurs demandes. Ainsi ces facultés pourraient à leur tour intégrer une formation en soins palliatifs dans leur programme d'enseignement.

Pour ce faire, il serait intéressant de se mettre directement en relation avec les principaux acteurs concernés, c'est-à-dire les EMSP des différentes régions.

Notre formation pourrait être présentée au congrès annuel de soins palliatifs afin d'atteindre une population ciblée et représentant plusieurs facultés de médecine en France.

VI. CONCLUSION

Les patients dont l'état de santé le requiert ont le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Pour répondre favorablement à ce droit, les acteurs de santé et notamment les médecins généralistes doivent bénéficier d'une formation complète et de qualité. Actuellement, cette formation est surtout présente de façon théorique au cours du deuxième cycle des études médicales mais fait clairement défaut au cours du troisième cycle où la mise en pratique des connaissances dans ce domaine reste limitée.

A travers la création d'une formation destinée aux internes de médecine générale, nous avons cherché à combler ce déficit afin d'améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs.

La formation en soins palliatifs est aujourd'hui obligatoire au cours des études médicales.

Les médecins généralistes sont de plus en plus souvent amenés à prendre en charge à domicile des patients en soins palliatifs. Ces prises en charges particulières sont souvent vécues difficilement par les praticiens qui évoquent le sentiment d'être mal formés à cette discipline.

Ce manque de formation est exprimé également par les internes de médecine générale.

L'objectif de notre étude était d'étudier l'évolution du raisonnement clinique des internes de médecine générale dans des situations cliniques de soins palliatifs, à l'aide d'un TCS, à travers la création d'un séminaire optionnel.

Nous avons réalisé cette formation au cours de trois demi-journées, du 9 au 10 novembre 2017, à la faculté de médecine de Strasbourg. Le TCS utilisé pour l'évaluation a été créé spécifiquement pour la formation.

Les résultats de notre étude montraient une amélioration significative du score moyen des internes de médecine générale au TCS à l'issue de la formation. Les scores des moyennes et des médianes

étaient proches et l'écart-type était faible ce qui traduisait une répartition homogène des résultats des participants.

Individuellement, seul un étudiant n'avait pas augmenté sa moyenne entre les deux passages du TCS.

L'analyse en sous-groupes n'avait pas permis de mettre en évidence une amélioration des résultats en fonction du niveau d'études des participants.

Dans l'ensemble, tous les participants appréciaient la formation ainsi que son organisation. Ils mettaient en avant la pertinence des outils pédagogiques utilisés, soulignaient la maîtrise du contenu de la formation et appréciaient les intervenants ainsi que l'ambiance dans le groupe.

Ils indiquaient avoir trouvé des réponses à leurs attentes et que les objectifs annoncés étaient atteints. De plus, les situations proposées étaient décrites comme transférables avec leur pratique quotidienne.

Plusieurs participants appréciaient l'aspect humain mis en avant dans les prises en charge.

La formation était qualifiée d'utile et d'importante.

Les résultats de notre étude montraient également que les participants avaient d'autres suggestions de formations et besoins. Ils citaient principalement 4 thèmes : les modalités de la sédation terminale, l'organisation pratique des soins à domicile, les traitements réalisables par voie sous-cutanée, et l'arrêt des traitements curatifs.

Il ressort de notre étude que la création d'une formation en soins palliatifs permet l'amélioration de façon significative du raisonnement clinique des internes de médecine générale face à des situations cliniques de soins palliatifs en médecine générale.

Le format proposé satisfait l'ensemble des participants et permet d'approfondir les connaissances théoriques, d'aborder les notions d'éthique et de mettre en relation les différents acteurs de santé.

L'organisation de la formation, son déroulement et son contenu, sont validés par les participants.

Dans les suites de celle-ci, devant les bons retours des participants et en accord avec le département de médecine générale, un séminaire en soins palliatifs pour les internes de médecine générale a été

intégré dans le programme d'enseignement optionnel du DES de médecine générale. Son contenu a été ajusté en fonction des remarques des participants et il se déroule actuellement au cours de quatre demi-journées, une fois par semestre.

L'intégration de notre formation dans le programme d'enseignement optionnel du DES de médecine générale apparaît comme une première réponse au manque de formation actuel pour la faculté de Strasbourg.

Cependant, notre étude était réalisée à partir d'un petit nombre de participants.

Actuellement, 40 étudiants supplémentaires participent à la formation chaque année. Une étude complémentaire basée sur notre formation serait intéressante afin d'augmenter la puissance de nos résultats en répétant les évaluations par TCS. Ce dernier pourrait être proposé à l'ensemble des internes de médecine générale n'ayant pas bénéficié de cette formation à la fin de leur phase socle ainsi qu'en fin de cursus afin d'obtenir des résultats de référence pouvant être comparés à ceux des participants.

L'objectif final serait de proposer des formations similaires à d'autres facultés de médecine en France en réunissant les DMG avec les EMSP et ainsi permettre l'intégration d'une formation en soins palliatifs dans le troisième cycle des études médicales au niveau national, formation théoriquement obligatoire dans toutes les facultés depuis la réforme du troisième cycle.

VU et approuvé
Strasbourg, le 02 SEP. 2019
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



VU
Strasbourg, le 29.09.2019,
Le président du Jury de Thèse

Professeur Emmanuel ANDRES

Professeur Emmanuel ANDRES
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Médecine Interne - Clinique Médicale 8
07-10 7456 5

ANNEXES

Annexe 1 : Exercice de prescription

Vignette clinique : Mme B. est âgée de 57 ans et souffre d'un carcinome ovarien avec métastases péritonéales d'emblée. Elle a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale initiale suivie de plusieurs lignes de chimiothérapie. Malheureusement, l'évolution fut régulièrement défavorable avec l'apparition d'adénopathies métastatiques au niveau médiastinal, d'une atteinte pleurale et d'une progression péritonéale. Son poids est de 56kg.

ATCD : hypothyroïdie et HTA.

Traitement initial : Amlor 5mg 1-0-0, Levothyrox 75µg 1-0-0.

1) Gestion de la douleur :

Madame B. consulte pour des douleurs paralombaires droites irradiant dans le flanc et la FID. Malgré son traitement antalgique actuel (cf. situations ci-dessous), on note un fond douloureux avec des pics douloureux. Sa douleur de fond est à 5 d'EVA et les pics à 8. Un bilan biologique met en évidence une cholestase et une insuffisance rénale à 45ml/min.

➔ **Que proposez-vous pour soulager les douleurs de cette patiente ?**

- Situation n°1 : Madame B. bénéficie d'un traitement antalgique bien conduit de palier 1 (Paracétamol et Acupan).
- Situation n°2 : Madame B. bénéficie d'un traitement antalgique bien conduit de palier 2 (Paracétamol associé au Tramadol à doses maximales).
- Situation n°3 : Madame B. est sous Skenan 50mg 2x/jour et Actiskenan 5mg si douleur toutes les 4 heures. Madame B. se plaint de ne pas être suffisamment soulagée par les interdoses auxquelles elle a eu recours hier à 6 reprises.

Après la mise en place d'un traitement de palier 3, Madame B. signale la persistance, en paralombaire droit, de douleurs à type de brûlures et de décharges électriques associées à des démangeaisons. A l'examen clinique, vous reproduisez cette douleur au frottement.

➔ **Que proposez-vous pour soulager les douleurs de cette patiente ?**

La mise au point scannographique retrouve une dilatation pyélocalicielle sur compression urétérale droite ainsi qu'une compression de la VBP. Il est décidé, en accord avec la patiente après insistance de son entourage familial, de poser une sonde JJ à droite puis un drain biliaire externe (échec de la pose d'un stent).

2) Gestion de l'anxiété :

Madame B. est rentrée à domicile sous nutrition parentérale la nuit gérée par les IDEL. Alors que vous lui rendez visite, vous la trouvez au fond de son lit. Elle s'est manifestement grabatisée mais son mari vous dit qu'elle est toujours en mesure de se déplacer seule.

Madame B. vous explique que les oncologues ont évoqué une espérance de vie de quelques mois si elle acceptait la pose du drain biliaire externe. Elle déclare avoir été choquée par cette évocation de sa mort prochaine qui serait survenue, selon ses médecins, en quelques jours dans des souffrances sévères si elle avait refusé cette opération.

Madame B. vous dit qu'elle dort mal, qu'elle est très asthénique et ne trouve pas d'occupation qui lui donne envie de sortir de son lit. Elle mange peu. Elle pleure régulièrement durant votre entretien.

➔ **Quelle prise en charge proposez-vous ?**

3) Gestion des symptômes digestifs :

Vous êtes rappelé à domicile car Madame B. se plaint de selles dures tous les 3 jours. Son abdomen est ballonné, tympanique, indolore. Vous auscultez de rares bruits hydro-aériques. Madame B. vous signale par ailleurs des nausées et une inappétence. Elle n'a pas de vomissements.

➔ **Quel traitement proposez-vous ?**

Quelques jours plus tard, Madame B. présente des vomissements itératifs alimentaires puis fécaloïdes résistant à l'administration de Primpéran IV. L'abdomen est ballonné, tendu et douloureux. Il n'y a pas de BHA ou de gaz.

➔ **Quelle prise en charge proposez-vous ?**

Après 48h sous traitement bien conduit, le transit se rétablit ! On peut donc reprendre le traitement, en particulier morphinique, par voie orale.

4) Gestion de la dyspnée :

L'état clinique de Madame B. se dégrade rapidement. Elle est oligurique depuis 24h. Son époux vous appelle en urgence en raison d'une dyspnée d'apparition rapide associée à un encombrement bronchique. Madame B. est somnolente. La TA est normale à 13/9, la FC est régulière à 110, la saturation est à 92%, la température est à 36°3. Il existe une polypnée avec une FR est à 42/min.

Son mari vous rappelle qu'elle ne souhaite plus être hospitalisée et a plusieurs fois émis le souhait de décéder à domicile.

→ **Quelle prise en charge proposez-vous ?**

Traitement en cours : Levothyrox 75µg 1-0-0 ; Amlor 5mg 1-0-0 ; Movicol 2-0-0 ; Solupred 40mg 1-0-0 ; Oxycontin LP 40mg 1-0-1 ; Oxynormoro 10mg si douleur ; Haldol 10 gouttes si nausées ou vomissements ; Alprazolam 0,5mg au coucher et 0,25mg 3x/jour si besoin ; Seropram 20mg 1-0-0 ; nutrition parentérale sur CIP la nuit.

→ Stabilisation de l'état clinique de Madame B.

5) Gestion de l'agonie :

Vous revoyez Madame B. ce matin, elle est inconsciente et présente une polypnée régulière associée à une cyanose des extrémités et à des marbrures des genoux. L'auscultation pulmonaire est marquée par des gros crépitations principalement expiratoires. Madame B. est agitée.

→ **Quelle prise en charge proposez-vous ?**

→ Décès de Madame B. à son domicile.

Annexe 2 : Vignettes cliniques des jeux de rôle

Cas n°1: Changement de paradigme

Personnages :

- Patiente
- Son mari (joué par un enseignant)
- Le médecin traitant

Histoire :

Patiente de 74 ans traitée depuis 5 ans pour un cancer du sein métastasé au niveau pulmonaire et cérébral. A vu récemment son oncologue qui a annoncé une progression au niveau méningée et proposé arrêt de tout traitement spécifique. Mr et Mme ont accepté !

→ **Madame vous consulte avec son mari pour parler de la suite de sa prise en charge à domicile.**

Objectif :

Expliquer concrètement le déroulement d'une prise en charge de soins palliatifs à domicile à l'arrêt des traitements spécifiques (possibilité EMSP, hospitalisation en SP, traitements symptomatiques efficaces, matériel). Rassurer sur le fait que la mort n'est pas la seule voie à court terme.

Cas n°2: Acharnement thérapeutique

Thème: acharnement thérapeutique

Objectif : faire face, en tant que médecin, à une famille qui évoque un acharnement thérapeutique; rassurer

Acteurs: un médecin, un patient (peut être un apprenant) et sa fille ou fils (un formateur)

Consignes:

• **au médecin:**

« Vous êtes le médecin traitant de Mr X, atteint d'un cancer gastrique avancé. Vous lui avez découvert une anémie à 8 g/dl, qui se traduit par une asthénie et une perte brutale d'autonomie.

Vous souhaitez le transfuser dans un but de confort, afin d'améliorer ses symptômes et de le ré-autonomiser autant que possible. Vous l'expliquez à la fille »

• **à la fille:**

« Vous êtes fille unique. Votre père est atteint d'un cancer de l'estomac avancé. Son médecin traitant vous annonce qu'il souhaite le transfuser car il est anémique.

Vous l'interpellez d'emblée en évoquant un « acharnement ».

Vous ne demandez pas directement son avis à votre père mais répondez en son nom ».

• **au patient:**

« Vous êtes atteint d'un cancer de l'estomac avancé. Votre fille est présente lors de la visite de votre médecin qui vous propose une transfusion. Vous laissez votre fille parler et n'intervenez que si le médecin vous pose des questions. Si tel est le cas, vous dites « oui » à la transfusion. ».

Cas N°3 : Agonie

Thème : agonie

Objectifs : expliquer l'agonie, attitude empathique

Acteurs :

- patiente agonisante: un formateur
- membre de la famille perturbateur: un formateur
- médecin: apprenant
- époux: apprenant

Consignes :

Au médecin :

Vous êtes appelés au domicile d'une patiente que vous connaissez. Elle souffre d'un cancer du sein multimétastasé. Les traitements spécifiques ont été stoppés. Elle est en soins palliatifs à domicile. La patiente a souhaité mourir chez elle.

Ce jour-là, vous constatez des signes agoniques : la respiration n'est pas régulière, bruyante, elle est inconsciente, anurique, marbrée, calme.

A la famille :

La belle-sœur arrive et demande au médecin de la transférer à l'hôpital « vous voyez bien qu'elle n'est pas bien » ;

Après les explications données, la belle-sœur demande au médecin comment elle sera nourrie.

Annexe 3 : TCS 29 questions

Cas n°1

Monsieur Y, 73 ans, est atteint d'un cancer du pancréas métastasé au niveau pulmonaire. Il est hospitalisé dans le service de gériatrie où vous travaillez. Depuis trois jours il est somnolent et ne s'alimente plus.
Vous êtes appelé par l'infirmière car le patient est dyspnéique et semble douloureux.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|---|--------------------------------------|---|
| Q1 poser un patch de scopolamine | Des râles agoniques à l'auscultation | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q2 introduire des petites quantités de morphines par voie sous cutanée | Une tachypnée | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q3 introduire de la morphine en intra veineux | Des pauses respiratoires | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q4 introduire un patch de fentanyl | Un syndrome fébrile à 38,6° | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°2

Mr Y, 65 ans, souffre d'un cancer pulmonaire avec métastases cérébrales et osseuses au niveau L4 L5.

Pendant votre visite à domicile, le patient décrit une majoration des douleurs dorsales avec irradiations dans la fesse et la cuisse droite.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|-------------------------------------|---|---|
| Q5 une douleur neuropathique | Une douleur insomniente | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q6 une douleur nociceptive | Des paresthésies et une hypoesthésie de la zone douloureuse | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q7 une douleur mixte | Une allodynie dans la zone douloureuse | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°3

Vous souhaitez introduire un traitement antalgique à visée neuropathique chez un patient présentant des métastases osseuses au niveau du rachis lombaire.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|--|---|---|
| Q8 introduire un traitement par prégabaline (lyrica) | Une asthénie importante | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q9 introduire un traitement par amitriptyline (laroxyl) | Une insomnie | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q10 introduire une corticothérapie | Un antécédent récent de radiothérapie L4-L5 | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°4

Vous introduisez de l'amitriptyline (laroxyl) et majorez son traitement morphinique chez Mr Y que vous suivez à domicile pour un cancer de la prostate avec métastases osseuses.

Cinq jours plus tard l'infirmière vous appelle car Mr Y est confus.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|--|------------------------------|---|
| Q11 un surdosage en morphine | Un myosis bilatéral | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q12 une hypercalcémie | Des nausées | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q13 une hypertension intracrânienne | Des céphalées permanentes | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°5

Mme X, 88 ans, est atteinte d'une maladie d'Alzheimer à un stade très évolué.

Depuis plusieurs semaines elle présente des troubles de la déglutition très sévères.

Malgré vos recommandations, la famille insiste pour continuer à l'alimenter et à la faire boire.

Ce matin l'infirmière qui s'occupe d'elle à domicile vous indique qu'elle est fébrile à 38,5° et qu'elle est encombrée.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|--|------------------------------|---|
| Q14 introduire une antibiothérapie | Une cyanose des extrémités | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q15 arrêter toute prise par voie orale | Que la famille s'y oppose | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q16 ne pas introduire d'hydratation sous cutanée pour diminuer les sécrétions | Une langue rouge et rôtie | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°6

Madame X est atteinte d'un cancer de la thyroïde avec envahissement loco régional.

A sa demande tous les traitements « agressifs » ont été arrêtés il y a 6 mois.

Elle vit à domicile avec son mari.

A plusieurs reprises elle a formulé le souhait de finir ses jours chez elle.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|--|--|---|
| Q17 faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs | Que l'état de santé de la patiente est stable pour le moment | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q18 organiser la prise en charge avec son infirmière à domicile | Un risque important d'avoir recours à une sédation | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q19 respecter son souhait de mourir à domicile | Un épuisement de son mari | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°7

Madame X, 68 ans, est atteinte d'un cancer du pancréas compliqué d'une carcinose péritonéale et d'un diabète insulino dépendant.

Depuis ce matin elle présente des douleurs abdominales importantes associées à des nausées et des vomissements.

A l'examen, l'abdomen est tendu et vous ne trouvez aucun bruit hydroaérique. Vous éliminez cliniquement un fécalome et un globe urinaire.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|---|------------------------------|---|
| Q20 introduire une corticothérapie | Une glycémie à 3,1 ce matin | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q21 poser une sonde naso-gastrique | Une patiente très agitée | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q23 introduire de l'Haldol | Une patiente calme | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°8

Mr Y, 38 ans, est atteint d'un cancer du rein métastasé au niveau rachidien.

Il est traité par morphiniques délivrés en continu par une pompe sous cutanée.

Alité depuis plusieurs semaines, il présente une escarre sacrée qui évolue de façon défavorable malgré des soins quotidiens.

Les soignants vous informent que le patient est très algique notamment pendant les soins.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|---|--|---|
| Q23 majorer le débit de base | 9 demandes de bolus au cours des 24 dernières heures | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q24 mettre en place une sédation pendant les soins | Une confusion | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q25 changer le pansement uniquement à saturation | Un retrait de pansement très douloureux | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q26 réaliser une rotation des opioïdes | Une absence de selles depuis 5 jours | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif -1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif +2 = Fortement positif

Cas n°9

Mr Y, 88 ans, est atteint d'une démence à corps de Levy. Il ne mange et ne boit plus depuis 2 semaines. Il présente une cachexie majeure.

Actuellement il est hydraté par voie sous cutanée avec 500 cc de sérum physiologique par 24h difficilement absorbé.

Les infirmières vous informent qu'il n'a pas eu de selle depuis 6 jours.

A l'examen l'abdomen est tendu, mat à la percussion mais semble indolore.

Vous constatez un état buco dentaire très altéré.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|---|---|---|
| Q27 faire des soins de bouche | Un patient difficilement réveillable | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q28 faire un grand lavement ce jour | Des pauses respiratoires de plus en plus fréquentes | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q29 arrêter l'hydratation sous cutanée | Une opposition importante de la famille | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Annexe 4 : TCS 21 questions

Cas n°1

Monsieur Y, 73 ans, est atteint d'un cancer du pancréas métastaté au niveau pulmonaire. Il est hospitalisé dans le service de gériatrie où vous travaillez. Depuis trois jours il est somnolent et ne s'alimente plus. Vous êtes appelé par l'infirmière car le patient est dyspnéique et semble douloureux.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|---|--------------------------------------|---|
| Q1 poser un patch de scopolamine | Des râles agoniques à l'auscultation | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q2 introduire des petites quantités de morphines par voie sous cutanée | Une tachypnée | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q3 introduire de la morphine en intra veineux | Des pauses respiratoires | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q4 introduire un patch de fentanyl | Un syndrome fébrile à 38,6° | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°2

Mr Y, 65 ans, souffre d'un cancer pulmonaire avec métastases cérébrales et osseuses au niveau L4 L5. Pendant votre visite à domicile, le patient décrit une majoration des douleurs dorsales avec irradiations dans la fesse et la cuisse droite.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|-----------------------------------|---|---|
| Q5 une douleur nociceptive | Des paresthésies et une hypoesthésie de la zone douloureuse | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q6 une douleur mixte | Une allodynie dans la zone douloureuse | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°3

Vous souhaitez introduire un traitement antalgique à visée neuropathique chez un patient présentant des métastases osseuses au niveau du rachis lombaire.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|--|---|---|
| Q7 introduire un traitement par amitriptyline (laroxyl) | Une insomnie | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q8 introduire une corticothérapie | Un antécédent récent de radiothérapie L4-L5 | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°4

Vous introduisez de l'amitriptyline (laroxyl) et majorez son traitement morphinique chez Mr Y que vous suivez à domicile pour un cancer de la prostate avec métastases osseuses. Cinq jours plus tard l'infirmière vous appelle car Mr Y est confus.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|--|------------------------------|---|
| Q9 un surdosage en morphine | Un myosis bilatéral | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q10 une hypertension intracrânienne | Des céphalées permanentes | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°5

Mme X, 88 ans, est atteinte d'une maladie d'Alzheimer à un stade très évolué.

Depuis plusieurs semaines elle présente des troubles de la déglutition très sévères.

Malgré vos recommandations, la famille insiste pour continuer à l'alimenter et à la faire boire.

Ce matin l'infirmière qui s'occupe d'elle à domicile vous indique qu'elle est fébrile à 38,5° et

qu'elle est encombrée.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... | | | | |
|---|------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q11 introduire une antibiothérapie | Une cyanose des extrémités | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°6

Madame X est atteinte d'un cancer de la thyroïde avec envahissement loco régional.

A sa demande tous les traitements « agressifs » ont été arrêtés il y a 6 mois.

Elle vit à domicile avec son mari.

A plusieurs reprises elle a formulé le souhait de finir ses jours chez elle.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... | | | | |
|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q12 faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs | Que l'état de santé de la patiente est stable pour le moment | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q13 respecter son souhait de mourir à domicile | Un épuisement de son mari | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°7

Madame X, 68 ans, est atteinte d'un cancer du pancréas compliqué d'une carcinose péritonéale et d'un diabète insulino dépendant.

Depuis ce matin elle présente des douleurs abdominales importantes associées à des nausées et des vomissements.

A l'examen, l'abdomen est tendu et vous ne trouvez aucun bruit hydroaérique. Vous éliminez cliniquement un fécalome et un globe urinaire.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... | | | | |
|---|------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q14 introduire une corticothérapie | Une glycémie à 3,1 ce matin | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q15 introduire de l'Haldol | Une patiente calme | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°8

Mr Y, 38 ans, est atteint d'un cancer du rein métastasé au niveau rachidien.

Il est traité par morphiniques délivrés en continu par une pompe sous cutanée.

Alité depuis plusieurs semaines, il présente une escarre sacrée qui évolue de façon défavorable malgré des soins quotidiens.

Les soignants vous informent que le patient est très algique notamment pendant les soins.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q16 majorer le débit de base | 9 demandes de bolus au cours des 24 dernières heures | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q17 mettre en place une sédation pendant les soins | Une confusion | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q18 changer le pansement uniquement à saturation | Un retrait de pansement très douloureux | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q19 réaliser une rotation des opioïdes | Une absence de selles depuis 5 jours | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif - 1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif + 2 = Fortement positif

Cas n°9

Mr Y, 88 ans, est atteint d'une démence à corps de Levy. Il ne mange et ne boit plus depuis 2 semaines. Il présente une cachexie majeure.

Actuellement il est hydraté par voie sous cutanée avec 500 cc de sérum physiologique par 24h difficilement absorbé.

Les infirmières vous informent qu'il n'a pas eu de selle depuis 6 jours.

A l'examen l'abdomen est tendu, mat à la percussion mais semble indolore.

Vous constatez un état buco dentaire très altéré.

| Si vous pensiez à ... | Et qu'alors vous trouvez ... | ... l'impact sur votre hypothèse ou option est ... |
|---|---|---|
| Q20 faire un grand lavement ce jour | Des pauses respiratoires de plus en plus fréquentes | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q21 arrêter l'hydratation sous cutanée | Une opposition importante de la famille | -2 -1 0 +1 +2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

-2 = Fortement négatif -1 = Négatif 0 = Ne change rien +1 = Positif +2 = Fortement positif

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction

EVALUATION DE FORMATION

INTITULE :.....

NOM : *(facultatif)*

Prénom :

Unité/service : *(facultatif)*

Quelle appréciation portez-vous sur cette formation ?



Les objectifs annoncés en début de formation ont-ils été atteints ?

 Tout à fait En grande partie Partiellement Pas du tout

➤ Commentaires :

Pensez vous que le contenu abordé est transférable à votre situation professionnelle ?

➤ Si oui, dans quel cadre ?

➤ Si non, pourquoi ?

Comment jugez-vous le déroulé de cette formation ?

- Organisation (durée, horaires, découpage des journées...)

 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

- Ambiance dans le groupe :

 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

➤ Commentaires :

Quelles appréciations portez-vous sur l'ensemble des intervenants ?

• Maîtrise du contenu :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

• Réponses aux questions posées :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

➤ Commentaires :

Conseilleriez-vous cette formation ?

Oui Non

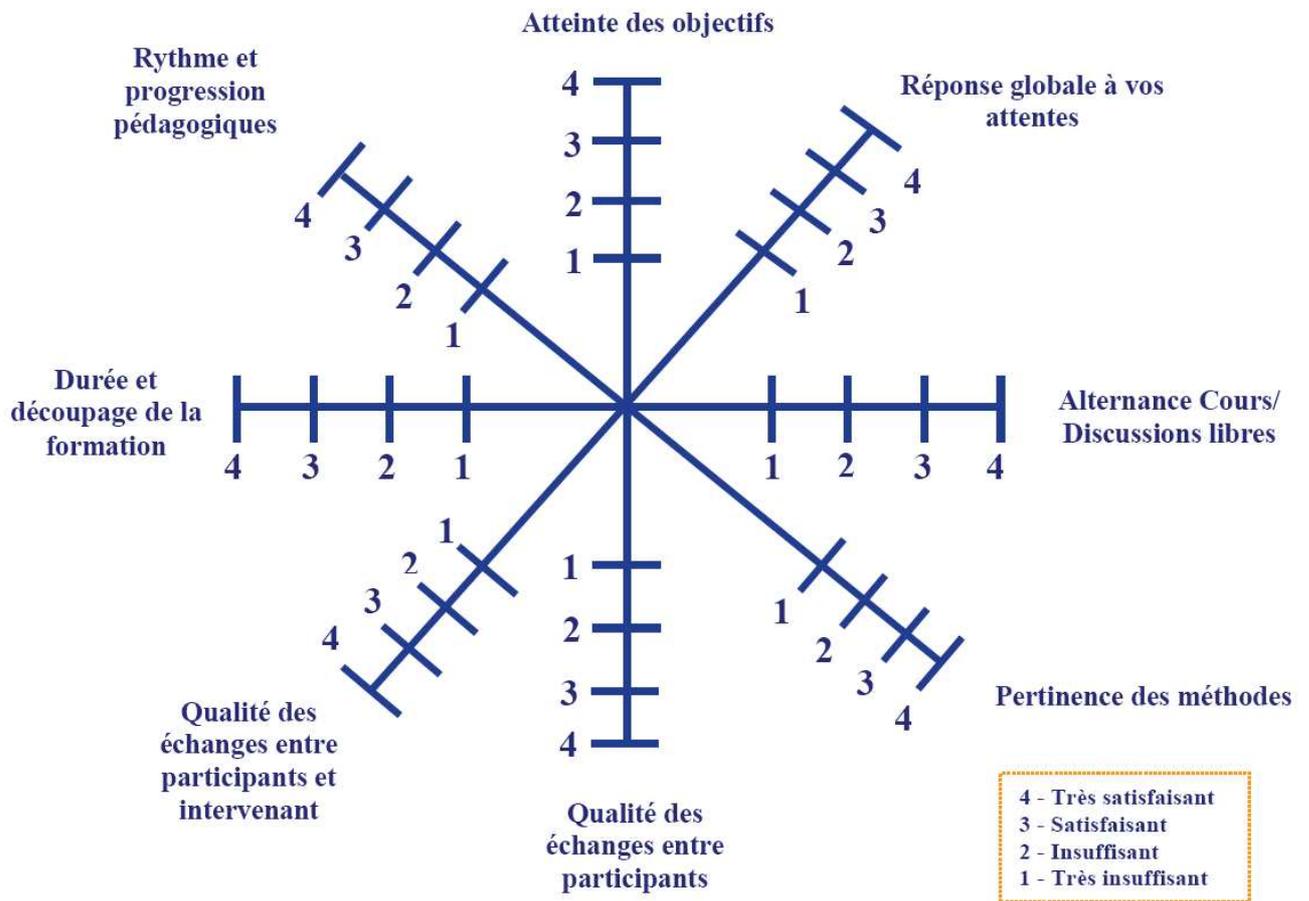
➤ Commentaires :

Avez-vous d'autres besoins de formation sur la thématique des Soins Palliatifs ?

➤ Si oui, lesquels ?

Commentaire général et suggestions :

Merci de bien vouloir entourer la valeur de votre choix dans chaque branche ci-dessous :



BIBLIOGRAPHIE

1. Daydé M-C. Soins palliatifs à domicile : évolutions et perspectives. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. oct 2012;11(5):275-82.
2. Hery G. Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge de la fin de vie au domicile de leurs patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé Lille 2; 2016.
3. Dhaenens T. Ressenti des médecins généralistes face aux difficultés et arrêts thérapeutiques en fin de vie [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille 2) ; 2018, 101 p.
4. Gamet S. Maîtrise des soins palliatifs à domicile. Enquête auprès des médecins généralistes des Vosges. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henry POINCARE (Nancy); 2004, 133 p.
5. Stipon M. État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie (Rouen); 2016, 80 p.
6. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement – Éthique*. [Internet]. 6 sept 2013 [cité 21 mai 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/832292#>
7. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. févr 2016;15(1):15-26.
8. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2012;11(2):90-7.
9. Dany L, Rousset M-C, Salas S, Duffaud F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. oct 2009;8(5):238-50.

10. Laurent A, Deslandres C, Ruer M, Filbet M, Rondalib W, Barmaki M. Représentations médicales autour de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier Lyon Sud. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2008;7(2):59-66.
11. Boespflug O, Hermet R, Crepeau T, Schmidt J. Le médecin face au malade en fin de vie : enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. [Internet]. 28 févr 2008 [cité 4 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/97440>
12. Romby J. Soins palliatifs et accompagnement de patients en fin de vie : formation et compétences des internes de médecine générale en fin de cursus. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1 (Lyon); 2017, 85 p.
13. République Française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. *Journal Officiel*, n°72 du 26 mars 1997, page 4684.
14. République française. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. *Journal Officiel*, n°132 du 10 juin 1999, page 8487.
15. Cour des comptes. rapport public annuel 2015, TOME II. Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète. 2015. [cité 21 mai 2019]; Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/cour-comptes-2015-soins-palliatifs.pdf>
16. Dossier-presse_1erplan_ministere_sante_1999.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/dossier-presse_1erplan_ministere_sante_1999.pdf
17. Maisonneuve C. Plan soins palliatifs 2002-2005 : trois axes et un bilan. /data/revues/12686034/00110057/7/ [Internet]. 18 févr 2008 [cité 1 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/84977>
18. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 [Internet]. [cité 7 oct 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf

19. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femme. Plan national 2015 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [Internet. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
20. Galle-Gaudin C. Penser la formation aux soins palliatifs. Entre repères relationnels et pratique réflexive. L'harmattan. Paris; 2014 [cité 23 août 2016]. (histoire de vie et formation). Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/penser-la-formation-aux-soins-palliatifs-9782343036984.html>
21. Pétisné-Beauchef C. Identification des besoins de formation des médecins généralistes en soins de fin de vie [Thèse d'exercice]. [France]: Université PARIS DESCARTES (Paris) ; 2016, 104 p.
22. 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 Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016;15(3):143-50.
23. Denis-Delpierre N, Mallet D, Gallé-Gaudin C, Hirsch G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016;15(3):115-26.
24. Aubry R, Mallet D. Réflexions et propositions pour la formation médicale. Pédagogie Médicale. mai 2008;9(2):94-102.
25. Mino J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. févr 2006;5(1):21-5.
26. Roegiers X. Analyser une action d'éducation ou de formation : analyser les programmes, les plans et les projets d'éducation ou de formation pour mieux les élaborer, les réaliser et les évaluer. 2003.
27. Bedin V, Jorro A. L'évaluation-conseil en éducation et formation. Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 2007.

28. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. août 2005;6(3):178-85.
29. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):184-91.
30. Karila L, François H, Monnet X, Noel N, Roupret M, Gajdos V, et al. Le test de concordance de script : un outil pédagogique multimodal. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2018;39(7):566-73.
31. Gagnon R, Charlin B, Coletti M, Sauvé E, van der Vleuten C. Assessment in the context of uncertainty: how many members are needed on the panel of reference of a script concordance test? *Med Educ*. mars 2005;39(3):284-91.
32. Laveault D. Soixante ans de bons et mauvais usages du alpha de Cronbach. *Mesure et évaluation en éducation*. 2012;35(2):1.
33. L'évaluation formative et sommative [Internet]. Enseigner à l'Université Laval. 2015 [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.enseigner.ulaval.ca/ressources-pedagogiques/l-evaluation-formative-et-sommative>
34. Laronze J. Evaluation du raisonnement éthique en médecine générale par test de concordance de script [Thèse d'exercice].[France]: Université TOULOUSE III; 2014, 117 p. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/449>
35. Définition et organisation des soins palliatifs en France [Internet]. [cité 7 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
36. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med*. 9 janv 2002;16(6):457-64.
37. Comment améliorer les connaissances des internes au sujet de la loi du 22 avril 2005? 19^{ème} congrès de la SFAP. 2013.
38. Vivinus F. Les médecins généralistes de Midi-Pyrénées pratiquent-ils des sédations pour symptômes réfractaires en situation palliative à domicile? [Thèse d'exercice].[France]:

- Université TOULOUSE III; 2018 [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2438/>
39. Raskopf G. La sédation palliative à domicile: les difficultés de mise en œuvre rencontrées par les médecins généralistes. Enquête descriptive auprès des praticiens de Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de TOULOUSE III (Toulouse) ; 2017
40. Haute Autorité de Santé - Formation présentielle [Internet]. 2017 [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2807852/fr/formation-presentielle

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SCHMITT Prénom : CHARLOTTE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A STRASBOURG, le 22/08/2013

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : Malgré une volonté politique d'amélioration de la formation des médecins généralistes et des internes de médecine générale dans le champ des soins palliatifs, ces derniers font part de leurs difficultés face à ce type de prises en charges du fait notamment d'un manque de formation et d'information.

Objectif : Notre étude évaluait l'impact d'une formation en soins palliatifs destinée aux internes de médecine générale sur leur raisonnement clinique dans ce domaine. La satisfaction des participants pour le schéma de formation proposé était également analysée.

Méthodes : Un séminaire de trois demi-journées était organisé. Les thèmes abordés étaient les compétences médico-scientifiques, les compétences relationnelles, les compétences éthiques et les compétences de coopération. 19 internes de médecine générale ont participé. Leur raisonnement clinique était évalué et comparé en début et en fin de formation à l'aide d'un test de concordance de script créé pour cette étude. Les comparaisons statistiques ont été réalisées par le test de Student. Un questionnaire de satisfaction était proposé à tous les participants.

Résultats : La comparaison des moyennes montrait une amélioration du score au TCS chez 18 participants. La moyenne de l'ensemble des internes a augmenté de 1,587 points ($p=0,001$). Les analyses en sous-groupes montraient une amélioration des moyennes des internes de 3^e semestre ($p=0,01789$), de 5^e semestre ($p=0,01592$) et de 6^e semestre ($p=0,1703$). Globalement tous les participants étaient satisfaits de la formation.

Discussion : la participation à un séminaire en soins palliatifs durant l'internat a permis une amélioration significative du raisonnement clinique des participants face à des situations cliniques de soins palliatifs. Ces résultats nécessitent d'être confirmés à plus grande échelle et pourraient servir de modèle pour la création d'une formation en soins palliatifs à destination des internes de médecine générale dans toutes les facultés de France.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Formation optionnelle, Soins palliatifs, Internes, Médecine générale, Test de concordance de script

Président : Professeur Emmanuel ANDRES**Assesseurs :** Professeur Jean-Emmanuel KURTZ

Professeur Jean-Christophe WEBER

Professeur associé Laurent CALVEL

Adresse de l'auteur : 14, boulevard du Président Wilson 67000 STRASBOURG