

Création d'un outil de formation en ligne aux sédations à domicile à destination des médecins généralistes à partir d'une revue de la littérature

Sarah Eicher

▶ **To cite this version:**

Sarah Eicher. Création d'un outil de formation en ligne aux sédations à domicile à destination des médecins généralistes à partir d'une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03481629

HAL Id: dumas-03481629

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03481629

Submitted on 15 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

EICHER Sarah

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2021

Création d'un outil de formation en ligne aux sédations à domicile à destination des médecins généralistes à partir d'une revue de la littérature

Directeur de thèse : Madame Nathalie DENIS-DELPIERRE, Docteur, Service de soins palliatifs du CHU de Nantes

Président du jury : Professeur Philippe VORILHON, PU, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Professeur Laurent GERBAUD, PU-PH, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Professeur Alexandre LAUTRETTE, PU-PH, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame Hélène VAILLANT-ROUSSEL, MCU, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Monsieur Olivier MERMET, Docteur, Maison de Santé de Saint-Pourçain-sur-Sioule

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES	: **JOYON** Louis
UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **DOLY** Michel
	: **TURPIN** Dominique
	: **VEYRE** Annie
	: **DULBECCO** Philippe
	: **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES	: **CABANES** Pierre
UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **FONTAINE** Jacques
	: **BOUTIN** Christian
	: **MONTEIL** Jean-Marc
	: **ODOUARD** Albert
	: **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et	
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice
	: **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine

M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie

M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

Remerciements et dédicaces

A Monsieur le Professeur Philippe VORILHON, soyez assuré de notre gratitude pour avoir accepté de présider notre travail et de l'intérêt que vous lui avez porté. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Nos sincères remerciements aux membres de ce jury Messieurs les Professeurs Laurent GERBAUD et Alexandre LAUTRETTE, Madame le Docteurs Hélène VAILLANT-ROUSSEL et Monsieur le Docteur Olivier MERMET. Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous accordez en jugeant ce travail.

A Madame le Docteur Nathalie DENIS-DELPIERRE, directrice de ce projet, vous avez été disponible, présente et bienveillante à chacune des étapes de ce travail. Vos conseils et votre patience m'ont beaucoup aidé. Faire votre connaissance et pouvoir travailler avec vous a été un privilège. Merci pour tout.

A mes parents Claudine et Bernard, pour votre soutien tout au long de mes études et pour tous ces moments de bonheur et pour votre amour.

A ma sœur Myriam, pour me supporter dans tous les sens du terme. Tu as toujours été présente et un fidèle soutien. Et à Julie, qui supporte toute notre petite famille.

A mes grands-parents, ceux présents et ceux déjà partis, vous qui m'avez toujours encouragé.

A William, pour ton amour et pour ton soutien.

A David, mon ami et support inconditionnel. Merci pour ta patience et ta tolérance au quotidien, et merci pour la relecture.

A Cédric, pour m'avoir toujours soutenu. Malgré la distance tu n'es jamais bien loin.

A ma famille, à mes amis, et à tous ceux avec qui j'ai partagé des bons moments et des moins bons, qui ont rendu plus riche toutes ces années et mon aidé à avancer.

En particulier Sarah et ta petite famille, Ségolène, Jacqueline et tous ceux que j'oublie.

A Eylo.

TABLE DES MATIERES

I Introduction ……. p.14

1) Contexte actuel de la médecine palliative et concept de « sédation(s) » …… p.16
2) La médecine palliative et son enseignement …….. p.23

II Méthodologie …… p.28

1) Revue de la littérature dans le but d'élaborer un outil de formation en ligne à destination des médecins généralistes …… p.28
2) Construction du e-learning …….. p.30

III Résultats ……. p.33

1) Revue de la littérature …….. p.33
   1.1 Apprentissage et mise en œuvre des soins palliatifs dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale …….. p.34
   1.2 Pédagogie et évolutions récentes des modalités d'enseignement …… p.46
   1.3 Pertinence du e-learning pour enseigner les soins palliatifs …….. p.62
2) Réalisation de e-learning …….. p.73
   2.1 Constitution et écriture du scénario …….. p.73
   2.2 Evaluation de l'outil de formation …….. p.77

IV Discussion et perspectives …… p.87

V Conclusion …… p.95

Références bibliographiques …….. p.97

Annexe I. Questionnaire de satisfaction …….. p.102

Annexe II. Contenu et déroulé de la formation :
Pratiques sédatives-Initiation …… p.109

Annexe III. Visuels extraits de la formation …….. p.111

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau I : Récapitulatif des articles utilisés dans la revue de littérature « 1.1 Apprentissage et mise en œuvre des soins palliatifs dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale»

Tableau II : Récapitulatif des principaux articles utilisés dans la revue de littérature « 1.2 Pédagogie et évolutions récentes des modalités d'enseignement »

Tableau III : Récapitulatif des articles utilisés dans la revue de littérature « 1.3 Pertinence du e-learning pour enseigner les soins palliatifs »

Figures

Figure 1 : Le cycle de l'apprentissage expérientel

Figure 2 : Les traces écrites d'apprentissage permettent de structure les apprentissages selon les critères professionnels définis

Figure 3 : Principe de l'Apprentissage Par Compétence

Figure 4 : Les 7 piliers de l'auto-formation selon CARRE P.

Figure 5 : Le modèle ADDIE pour l'apprentissage électronique

Liste des abréviations

ADDIE : Analyse, Design, Développement, Implémentation et Evaluation

APC : Approche Par Compétences

BD : Bande Dessinée

CERIMES : CEntre de Ressources et d'Information sur les Multimédias pour l'Enseignement Supérieur

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CNEFUSP : Collège National des Enseignants Formateurs et Universitaires en Soins Palliatifs

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DIUSP : Diplôme Interuniversitaire de Soins Palliatifs et accompagnement

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

DUSP : Diplôme Universitaire De Soins Palliatifs et accompagnement

EAO : Enseignement Assisté par Ordinateur

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EOLE : End Of Life Essentials

ERRSPP : Equipes Ressources Régionales en Soins Palliatifs Pédiatriques

FAO : Food and Agriculture Organization

FMC : Formation Médicale Continue

FOAD : Formation Ouverte et A Distance

FST : Formation Spéciale Transversale

GPEC : Global Palliative Education Collaborative

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

ICPCN : International Children's Palliative Care Network

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

MOOC : Massive Open Online Course

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONFV : Observatoire National pour la Fin de Vie

QCM : Question à choix multiples

RICE : Resilience, Inspiration, Storytelling and Empathy

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

USP : Unité de Soins Palliatifs

I. INTRODUCTION

Au fil des siècles l'image de la vie et de la mort s'est transformée dans la société française et européenne.

La fin de vie, d'une interprétation religieuse et publique, est passée à un moment médicalisé et parfois même tabou.

L'évolution des connaissances et de la science a peu à peu éloigné l'homme de l'apprivoisement de ses derniers instants, faisant reculer les limites de la maladie, sans cependant réussir à s'en affranchir complètement.

La science ne pouvait toutefois répondre à toutes les attentes de l'homme vivant. Cette prise de conscience a incité l'homme et la société à se questionner sur une approche plus sociale et plus humaine de la fin de vie. Les réflexions éthiques reprenant progressivement le pas sur le « tout-scientifique ».

On note actuellement un changement de paradigme sur la fin de vie. Les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie devenant le trait d'union entre la médecine et l'homme.

Depuis quelques années, les pouvoirs publics et les associations prenant en charge l'accompagnement et la fin de vie effectuent un travail considérable d'information et d'éducation à destination de la population. Ils tendent à vulgariser les avancées sociales, médicales et législatives relatives à cette étape cruciale de la vie.

L'information du patient et le dialogue médecin-patient tout au long de l'évolution de sa maladie permet d'aboutir à un choix éclairé et apaisé. Mais pendant longtemps, le médecin généraliste, pivot des prises en charge à domicile, devait se débrouiller seul face aux patients souhaitant mourir chez eux. Plusieurs études ont souligné le sentiment d'abandon, de manque de formation et de moyens du médecin généraliste face à la fin de vie à domicile.

Peu à peu, les différents plans et textes législatifs mis en œuvre tendent à combler ces manques par une approche pluridisciplinaire qui n'est plus réservée au seul milieu hospitalier, et par un enseignement adapté à ces différents intervenants et à leur lieu d'exercice.

D'après la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [1], « Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». L'accompagnement de fin de vie est une obligation qui incombe aux professionnels de santé !

La loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [2] refuse « l'obstination déraisonnable », et impose une procédure collégiale dès qu'il y a une limitation ou un arrêt de traitement pouvant mettre la vie du patient en danger.

La loi Claeys-Leonetti du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [3], instaure la possibilité d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, et impose les directives anticipées aux médecins.

1) Contexte actuel de la médecine palliative et concept de « sédation(s) »

De la volonté des patients de mourir à domicile à l'évolution de la loi Leonetti. Introduction du concept de sédations.

- Volonté des patients de mourir à domicile

En 2017 l'INSEE a comptabilisé 606 000 décès dont la moitié des personnes concernées avaient plus de 83 ans et un quart plus de 90 ans. [4]

A l'horizon 2060 l'INSEE prévoit environ 770 000 décès annuels.

En parallèle l'ONFV (Observatoire Nationale pour la Fin de Vie) avait estimé dans une étude de 2011 [5], que 75% des décès pour maladie pourraient relever de soins palliatifs.

Le Code de Santé Publique [6] précise qu'il est possible d'être pris en charge « à domicile, dès lors que son état de santé le permet ».

Un sondage de l'IFOP datant de 2010 [7] estime à 81% la part des français souhaitant « passer leurs derniers instants chez eux ».

Mais cette étude était dédiée au secteur funéraire et n'incluait pas des patients en fin de vie.

Ce chiffre varie beaucoup dans les études selon que les personnes interrogées soient en fin de vie ou non, ou selon la formulation des questions.

Une revue de la littérature internationale, parue en 2015 dans la revue Exercer [8], ayant pour objectif de recenser les préférences pour un lieu de décès, rapporte que jusqu'à un tiers des personnes interrogées seraient en fait indécises.

Selon les chiffres de l'INSEE pour 2017, seul 23.6% des décès ont eu lieu à domicile et 12.7% en institutions.

L'INED a mené une enquête sur la « Fin de vie en France» en 2010 [9]. Il en ressort que dans de nombreux cas les patients étaient encore à leur domicile 1 mois avant leur décès, le transfert vers l'hôpital se faisant majoritairement dans les derniers jours de vie. 12.8% des personnes en fin de vie à domicile ont été hospitalisées au cours des 24 dernières heures selon cette enquête.

Les conditions de décès ne se seraient approchées des attentes du patient que dans 40% des cas.

- <u>Méconnaissance de la loi Leonetti et apparition de la nouvelle loi Claeys-Leonetti et du concept de sédations</u>

Malgré les efforts d'information et de divulgation, la loi Leonetti de 2005 est restée largement méconnue par les patients, mais aussi par les personnels soignants dont les médecins.

⇨ Le **rapport Sicard** de 2012 [10] note « Une très large méconnaissance de la loi Leonetti et son application extrêmement hétérogène selon les praticiens, [faisant] que de nombreuses situations de fin de vie ne sont pas correctement appréhendées ».

En raison de cette méconnaissance de la loi, les réponses apportées restent le plus souvent inadaptées voir intolérables pour les patients, leur entourage ainsi que pour les équipes de soins : « La réponse, essentiellement médicale, ne s'adresse pas à la souffrance psychique […] A la rigueur, elle y répond par une sédation imprécise qui peut être jugée insupportable par ceux même qui souffrent […] Cette loi est vécue comme un décalage entre le milieu médical et le citoyen. »

« La manière dont est appliquée la loi trop souvent, peut apparaître comme un abandon, un laisser-mourir, donc comme une violence. La sédation se veut une façon de maîtriser l'agonie, mais elle ne s'en donne pas toujours les moyens réels. En l'état actuel des pratiques et de la formation, elle est d'ailleurs beaucoup plus adaptée au milieu hospitalier qu'aux établissements médico-sociaux et au domicile. »

⇨ Le **Rapport Amiel et Deriot** datant de **2015** [11] insiste à nouveau quelques années plus tard sur la méconnaissance de cette loi datant déjà d'une décennie !

« De l'avis quasi-unanime, les dispositions de la loi de 2005 relatives au refus de l'obstination déraisonnable et à l'arrêt des traitements dans le respect de l'autonomie du patient sont encore méconnues non seulement des patients et de leurs proches mais aussi des médecins eux-mêmes »

Ce rapport pointe « l'insuffisance de la formation des professionnels » et notamment « le peu de temps consacré aux soins palliatifs dans la formation des médecins, voire l'absence totale d'enseignement relatif aux limitations de traitement et à la prise en charge de la douleur. L'intervention des soins palliatifs reste encore souvent associée à un échec des soins curatifs et donc à celui du corps médical lui-même »

L'insuffisance de formation des professionnels de santé était déjà pointée du doigt en 2012 par le Rapport Sicard [10], qui relevait que : « Dans les études médicales et infirmières et autres, peu ou pas de temps est accordé à l'approche, l'accompagnement et le soin des personnes en fin de vie. Malgré les recommandations renouvelées des différents rapports, malgré les revendications constantes du Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs, le développement de cette formation reste bien modeste. […] on estime que 80% des médecins n'ont reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur. »

⇨ La formation en soins palliatifs, si elle est notée en augmentation entre 2005 et 2010 par le **Rapport ONFV (Observatoire National de la Fin de Vie » de 2011** [5], concerne principalement les paramédicaux et seulement dans un second temps les médecins.

« La formation en DU de soins palliatifs compte majoritairement des professionnels paramédicaux (63%). Les médecins représentent 28% des participants. En DIU, « les médecins représentent 38% et les professionnels paramédicaux, 55% », « le nombre global de professionnels formés par les DU et DIU reste faible à ce jour ».

« En 2009, […] 15% [de médecins généralistes] ont obtenu un financement pour accéder à la formation continue […], seuls 432 d'entre eux avaient choisi la thématique « fin de vie », soit un peu plus de 2% ».

« L'objectif général serait de construire des parcours de formation s'appuyant sur des référentiels métiers, à partir desquels seraient construits des référentiels de compétences ».

Au regard de ces rapports, la loi **Claeys-Leonett de 2016** [3] visait donc à améliorer et encadrer cette fin de vie en autorisant de nouvelles pratiques sédatives et en démocratisant les directives anticipées.

Il est apparu nécessaire, au vu de cette évolution législative, de clarifier la différence entre la sédation terminale encadrée par la loi et l'euthanasie ou suicide assisté qui restent illégales.

La différence et le cadre de légalité restant mal connus du grand public comme d'un certain nombre de professionnels de santé.

Au fur et à mesure des années, l'ensemble de ces constats conjugués aux différents cas de fin de vie difficiles largement médiatisés, tels que celle de Vincent Humbert, Chantal Sébire ou plus récemment Vincent Lambert, ont suscité l'émoi au sein de la population, soulevant des questions sociétales et juridiques délicates.

Un certain nombre de voix s'élèvent en France pour demander un droit à l'euthanasie ou au suicide assisté.

Le **Rapport Fiat** [12] datant de janvier 2018, demande la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Selon un rapport de l'IFOP réalisé en décembre 2017 [13] :

- « 89% des sondés sont favorables à ce que l'on aille plus loin que la législation actuelle » ;
- « 71% des sondés se prononcent en faveur de la légalisation de l'euthanasie » ;
- « 42% des sondés se prononcent en faveur de la légalisation du suicide assisté ».

Les lois disponibles jusqu'alors sont jugées insuffisantes et inadaptées pour répondre aux demandes d'une partie des patients. Certains d'entre eux allant jusqu'à se tourner vers les pays européens ayant légalisé l'euthanasie et/ou le suicide assisté, tel que les Pays-Bas, la Belgique et la Suisse.

⇨ En avril 2018, le **CESE** (Conseil économique, social et environnemental) a présenté dans le cadre de la commission temporaire « Fin de vie » l'avis intitulé « Fin de vie : la France à l'heure des choix ». [14]

Cet avis préconise, entre autre, d'« ajouter aux droits aujourd'hui reconnus à la personne malade par la loi celui de pouvoir demander au médecin, y compris à travers la rédaction de Directives Anticipées ou la désignation d'une personne de confiance, de recevoir, dans des conditions strictement définies une sédation profonde explicitement létale. »

Il est précisé : « Il ne s'agit nullement d'opposer le nécessaire renforcement des soins palliatifs à leur élargissement, pouvant aller jusqu'à la prescription, la dispensation et l'administration d'une sédation profonde explicitement létale, mais au contraire de les rapprocher de façon à ce que la loi donne à chaque patient en fin de vie les réponses qui lui conviennent. »

Nous voyons bien ici, au regard des difficultés à faire connaître et appliquer correctement la Loi Léonetti, à quel point celle de la loi Claeys-Leonetti devient compliquée et relève d'un immense challenge. Au-delà du défi de l'information et de la communication, s'ajoute ici celui de la pédagogie.

2) La médecine palliative et son enseignement

- La formation en soins palliatifs en France

- Formation aux étudiants au court du deuxième cycle des études de médecine, sous forme de cours magistraux (module n°6) intitulés « Douleur, soins palliatifs, accompagnement », d'une vingtaine à une trentaine d'heures.

- Il n'existe pas de cours spécifiques sur les soins palliatifs dispensés aux internes pendant leur formation au DES de médecine générale.

- DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) de soins palliatifs, à destination des internes souhaitant exercer une nouvelle spécialité. Cette formation rentre dans le cadre du DES de médecine générale car se réalisant au cours de l'internat, au moins en partie.

  Le DESC de type I, comme celui de médecine de la douleur et médecine palliative est dit « non qualifiant ».

- Depuis 2017, remplacé par la FST (formation spécialisée transversale) en soins palliatifs : cours associés à 2 semestres de stages dans des structures de médecine palliative exclusivement dédiées à cette activité. Sur la base du volontariat.

- Diplôme universitaire (DU) de Soins palliatifs et accompagnement (DUSP), à destinations des médecins et internes notamment, une soixantaine à deux cents heures de cours répartis sur une année. Sur la base du volontariat.

- Diplôme interuniversitaire (DIU) de Soins palliatifs et accompagnement (DIUSP), environ deux cents heures réparties sur deux ans. Sur la base du volontariat.

- Master 2 « De Recherche en médecine palliative et dans le champ de la fin de vie », soit « Médecine palliative : Clinique, Soins, Pédagogie, Management », d'une durée de un an chacun.

- Et après… de nombreux organismes proposent des formations orientées en soins palliatifs entrant dans le cadre du DPC (Développement personnel continu).

- Les organisations pédagogiques dans les pays Européens et anglo-saxons

Une étude espagnole publiée en 2015 [15] révèle une inégalité d'accès à la formation en soins palliatifs par les étudiants en médecine en Europe et aux pays alentours.

Il apparait que sur 53 pays européens seul 81% proposent une formation dans ce domaine.

A peine 30% des pays proposent une formation en soins palliatifs dans toutes les universités et seulement 6 pays (14%) l'ont rendue obligatoire. 35% des pays l'enseigne dans au moins une université.

Le développement de l'enseignement en soins palliatifs est jugée plus avancé en Israël, en Norvège, au Royaume-Uni, en Belgique, en France, en Autriche, en Allemagne et en Irlande.

Une autre étude datant de 2019 souligne à nouveau cette disparité d'offre de soins palliatifs en Europe [16].

Les auteurs notent la nécessité de coordination entre les différents milieux et intervenants, notamment avec les acteurs des soins primaires en ce qui concerne les soins à domicile.

L'un des principaux freins à la réalisation de soins palliatifs par les médecins de soins primaires est le manque de connaissances et de pratiques dans ce domaine.

Eduquer les praticiens de soins primaires à la médecine palliative apparait donc essentielle.

La formation pendant les études est primordiale mais purement théorique. Si elle permet d'acquérir quelques bases elle ne permet pas de développer un « savoir être ».

L'une des conclusions de cette étude est de favoriser le développement de la pratique clinique.

Au total, la formation des médecins généralistes en soins palliatifs est actuellement jugée insuffisante (en moyenne 2 à 30 heures [5]), mais l'évolution idéologique, légale et sociétale actuelle tend vers une demande de soins au domicile avec en particulier « des français qui souhaitent majoritairement mourir à leur domicile ».

C'est dans ce contexte d'évolution de la législation et des attentes concernant la fin de vie que la DGS (Direction Générale de la Santé) a accordé à la SFAP (Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs), une enveloppe financière afin de réaliser et mettre à disposition gratuitement une formation e-learning sur les sédations, à destination des soignants libéraux et en particulier des médecins généralistes.

Cette formation a pour but de **diffuser les connaissances sur les différents types de sédations** possibles, avec l'objectif de **développer les capacités à appréhender une décision de sédation**, **sa possible mise en œuvre au domicile** par les personnels médicaux et paramédicaux libéraux, les **coordinations possibles avec les réseaux et l'hôpital**.

Les nouvelles manières d'aborder la pédagogie en médecine générale associées à l'évolution des formations en ligne nous sont apparues comme une opportunité de développer cette formation e-learning concernant la fin de vie et en particulier les différents types de sédations possibles à domicile.

Cette formation doit permettre d'apporter des informations aux professionnels libéraux concernant la dernière Loi Claeys-Léonetti, de cibler les compétences requises pour faire face à une fin de vie au domicile.

C'est dans ce cadre que s'est inscrit ce travail de thèse.

Dans un premier temps, nous avons cherché grâce à une étude d'articles français et internationaux à faire un **état des lieux des besoins en formations aux soins palliatifs des médecins généralistes**, ainsi que **l'efficacité du e-learning dans la transmission des savoirs dans le domaine médical.** Nous nous sommes préalablement intéressés aux **évolutions pédagogiques en médecine générale**.

Cet état des lieux visait à permettre la **création d'un outil e-learning** ciblé sur les sédations qui soit le plus pertinent possible dans sa conceptualisation et son contenu afin de toucher un maximum de professionnels libéraux.

Un groupe de travail pluri-professionnel a été constitué au sein de la SFAP en 2018 afin de s'acquitter de cette mission. En tant que jeune professionnelle en formation en Médecine Générale, j'ai été invitée à participer à ce travail collectif.

II. METHODOLOGIE

1) Revue de la littérature dans le but d'élaborer un outil de formation en ligne à destination des médecins généralistes

- Dans un premier temps, nous avons recherché les tendances actuelles dans le domaine de la pédagogie médicale.

  Les mots-clés utilisés ont été :

- Pédagogie
- Apprentissage
- Médecine générale

- Dans un deuxième temps, nous avons effectué une revue de la littérature sur des articles et thèses entre 2011 et 2020, en croisant les spécialités de médecine générale et soins palliatifs.

  Les mots clés de recherche ont été les suivants :

- Apprentissage / teach
- Formation
- Médecine générale / primary care
- Soins palliatifs / palliative care
- Sédations

- Dans un troisième temps nous avons orienté nos recherches concernant l'utilisation du e-learning pour la formation en soins palliatifs en tant que tel, en France et à l'internationale.

  Les mots clés utilisés ont été les suivants :

- E-learning
- En ligne / online
- Soins palliatifs / palliative care

  Les bases de données utilisées ont été : Pubmed, google scholar, CISMeF, Sudoc, NCBI.

2) Construction du e-learning

Pour créer cet outil de formation il a d'abord fallu définir, lors d'un travail pluri-professionnel, des objectifs pédagogiques et les compétences que l'on souhaitait faire acquérir aux apprenants.

- Constitution d'un groupe pluridisciplinaire

Dans le cadre de ce projet un groupe de travail pluri-professionnel fut constitué à l'initiative de Carine Bled, directrice de la SFAP et le Dr Guillemette Laval, Professeur associée en médecine Palliative et ex-présidente du conseil scientifique de la SFAP.

Le premier groupe constitué fut restreint, il s'élargît par la suite en fonction des objectifs préalablement définis. Il se composait d'un professeur associé (Pr Guillemette Laval), des praticiens hospitaliers formateurs en Soins Palliatifs (Dr Michenot Nathalie et Denis-Delpierre Nathalie), une infirmière (Noelle Carlin), une psychologue (Axelle Van Lander), un médecin généraliste (JC Darrieux), un ingénieur en pédagogies innovantes (Tara Tigmann).

- Rythme des réunions et durée totale du travail

Des réunions téléphoniques et présentielles au siège parisien de la SFAP furent alternées en fonction des avancées du groupe, au rythme de 6 réunions pour la première année de travail et 10 réunions au total pour la seconde année.

Le e-learning fut achevé et mis en ligne sur le site de la SFAP en novembre 2019 soit 2 ans après la naissance du groupe de travail.

- La structure, les grandes lignes du projet

Une conduite de travail fut extraite d'une trame proposée par le Pr Donatien Mallet [17], faisant suite aux travaux de recherche sur les compétences visées en médecine palliative au sein du Collège National des Enseignants Formateurs et Universitaires en Soins Palliatifs (CNEFUSP).

Les 4 grands domaines de compétences :

1. Compétences techno-scientifiques
2. Compétences relationnelles
3. Compétences du travail en interdisciplinarité
4. Réflexivité

Il s'agissait globalement de définir les objectifs de ce e-learning en fonction de la cible en visant les compétences préalablement décrites.

Une évaluation des connaissances de l'apprenant devait être incorporée dans le déroulement de la formation. Après réflexion il a été choisi de réaliser des QCM après chaque partie pour correspondre au scénario évolutif et à l'apprentissage par étape.

- Evaluation de l'outil

L'outil lui-même devait être sujet à évaluation. Un questionnaire a donc préalablement été conçu par les ingénieurs en pédagogie membres du groupe de travail. Le questionnaire a été constitué pour évaluer l'interface et sa maniabilité, la pertinence des méthodes, des documents et techniques utilisés (animations, quizz, scénario évolutif), mais aussi le contenu et l'atteinte des objectifs pédagogiques, ainsi que sur les améliorations à apporter et sur ce que l'on pouvait conserver comme méthode pour un prochain module.

Les questions posées concernaient plus précisément : **ANNEXE 1 Questionnaire**

- La compréhension de l'interface et des fonctionnalités
- La facilité de prise en main
- La pertinence des animations
- Le contenu adapté aux objectifs
- L'atteinte des objectifs pédagogiques
- Les difficultés adaptées aux objectifs
- La pertinence de la documentation
- La pertinence des quizz et du scénario évolutif
- L'acquisition de nouvelles compétences
- L'utilisation du forum et réponses obtenues
- L'appréciation globale
- Et des questions ouvertes sur les thèmes à aborder dans un prochain module, le contenu, les améliorations à apporter, critiques et suggestions.

III. RESULTATS

Nous avons décidé de présenter les résultats en deux parties qui reflètent le travail tel qu'il s'est déroulé.

Dans un premier temps, la revue de la littérature s'est intéressée aux modes d'apprentissage et à la mise en œuvre des soins palliatifs par les médecins généralistes en France et à l'étranger. Puis nous avons fait un point sur la pédagogie et les évolutions récentes des modalités d'enseignements, pour finalement explorer la pertinence du e-learning pour enseigner les soins palliatifs et les différents types de sédations.

Dans un second temps le e-learning a été constitué en tenant compte des constations faites à partir de la revue de la littérature.

1) Revue de la littérature

Nous avons choisi de présenter, en trois points, les articles et les thèses les plus pertinents pour notre travail. Les principaux articles et travaux retenus sont d'abord présentés sous forme de tableaux. Chaque article est ensuite détaillé de manière plus approfondie. En troisième partie, une synthèse a été réalisée.

1.1 Apprentissage et mise en œuvre des soins palliatifs dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale

AUTEUR	DATE	REFERENCE	METHODE et OBJECTIFS	CONCLUSION
E. WECHTER and al.	2013	The effects of an early observational experience on medical student's attitudes toward end of life care, E. Wechter, D. Carter O'Gorman, M. K. Singh. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, November 2013.	Etude prospective réalisée sur 166 étudiants en première année de médecine, cherchant à mettre en évidence un changement dans le comportement des étudiants après des stages cliniques observationnels en soins palliatifs	Evolution significative des comportements des étudiants vis-à-vis des patients en fin de vie et des soins à leur apporter. La mise en situation réelle, observationnelle et participative, doit survenir précocement lors des études médicales pour apporter un bénéfice aux étudiants
M. FENARDJIS	2013	*Accompagnement de fin de vie à domicile : ressenti des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et réflexion pour celle à venir.* Thèse de doctorat. Médecine générale. Université d'Angers	Etude qualitative avec technique de l'entretien de groupe, comprenant 14 etudiants en SASPAS en derniere année de medecine, pour évaluer leur ressenti et leurs attentes concernant leur formation en soins palliatifs	Formation en SP insuffisante au niveau theorique technique et pratique. Souhait de cours dispensés par des spécialistes du domaine avec des discussions autour de cas réels. Formation présentielle plébiscitée.
C. CARLOS and al.	2014	« *Does palliative care education matter to medical students ? The experience of attending an undergraduate course in palliative care.* Carlos Centeno, Montse Ballesteros, José Miguel Carrasco, et al. BMJ Support Palliat Care published online May 20, 2014	Etude qualitative sur 316 etudiants en médecine de Navarre en Espagne, comprenant un questionnaire à la fin des 4 ans de cours optionnels en soins palliatifs sur le bénéfice de cet enseignement	Bénéfice des cours en SP sur les capacités de prise en charge, vision globale du patient, PEC des familles, developpement des comptences professionnelles et personnelles. Mais aspect pratique plebiscité de manière importante. Recommandation d'un enseignement en SP pour tous les étudiants.
N. INNOCENTI	2016	*Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à Nice en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie.* Thèse de doctorat. Médecine générale. Université de Nice-Sophia Antipolis	Etude qualitative par entretiens semi-dirigés à questions ouvertes sur la souffrance des internes lors de prises en charge palliatives, rassembleant 13 internes en médecine de la faculté de Nice	Formation jugée insuffisante. Demande de mise en situation réelle et encadrement par des formateurs spécialisés dans le domaine des SP. Les internes demandent du temps d'écoute là ou les MG deamande une augmentation de moyens techniques, relais facilités avec les spécialistes, aide pour les familles, augmentation de la rémunération.
S. MITCHELL and al.	2016	*Providing end-of-life care in general practice : findings of a national GP questionnaire survey.* British Journal of General Practice, september 2016.	Etude quantitative et qualitative basée sur un questionnaire envoyé à 516 médecins généralistes au Royaume-Unis, concernant l'état des lieux de la mise en œuvre des soins palliatifs	Nécessité d'une aide organisationnelle, de disponibilité, de pouvoir travailler en groupe pluridisciplinaire. Besoin constant en formation. Pour le futur, nécessité de prendre en compte le contexte de travaille des MG et de développer des outils pertinents et pratiques notamment informatiques.

V. CUEILLE	2017	*Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile : connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure.* Thèse de doctorat, médecine générale, 2017	Enquête quantitative descriptive basée sur un questionnaire cherchant à réaliser un état des lieux des connaissances et compétences de 86 médecins généralistes	La moitié des MG interrogés n'ont jamais participer à une décision collégiale. Un tiers ne connait pas la sédation profonde. Manque de coordination ville-hôpital et méconnaissance des réseaux de SP. Poids psychologique cité comme difficultée principale a ces PEC. Améliorer la formation et augmenter les opportunités de mise en pratique.
L. SELMAN and al.	2017	*Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK.* SELMAN Lucy et al. 2017. BMC Palliative Care	Etude qualitative utilisant des groupes de discussions, concernant les besoins et attentes de 28 médecins généralistes Anglais en terme de formation et d'évaluation des pratiques	Experience pratique comme référence en matière d'apprentissage des SP. Travail sur cas d'étude réels plus formateur que l'enseignement traditionnel. Bénefice d'être confronté à des spécialistes des SP, demande de groupe de paires. Avis mitigés concernant le e-learning, jugé non approprié pour les SP.
G.K. MITCHELL and al.	2018	*Systematic review of general practice end-of-life symptom control* . GK Mitchell and al. BMJ Support Palliative care. January 2018	Revue de la littérature de 46 articles parus entre 2000 et 2017	Les MG perçoivent le support émotionnel comme l'aspect le plus important en SP. Il est essentiel que les MG reçoivent une formation aux SP tôt dans leur carrière pour développer leurs compétences et leur confiance.
D. Mc MAHON and al.	2019	*Medical undergraduate palliative care education (UPCE).* McMahon D, Wee B. BMJ Supportive & Palliative Care. 2019.	Recommandations anglaises sur la formation en soins palliatifs des étudiants en médecine	La moitié des jeunes médecins se trouvent mal préparés aux SP, source de détresse pour certains. Enseignement qui devrait être obligatoire et être délivré par une équipe pluridisciplinaire. Favoriser les enseignements en ligne pour s'affranchir des problèmes d'accès à de vraies situations.
M. ROFFE	2020	*Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en France lors de la prise en charge à domicile de patients en phase palliative d'une maladie grave.* Thèse d'exercice en médecine. Médecine humaine et pathologie. Michaël Roffé. 2020	Revue narrative de la bibliographie concernant les difficultées des médecins généralistes lors de prises en charge palliatives à domicile	Insuffisance des connaissances théoriques et/ou pratiques en SP toujours d'actualité, entrainant des difficultées techniques, thérapeutiques et psychologiques. Les connaissances acquises lors du cursus en MG sont jugées « inadaptées » à la pratique en ville. Manque d'informations sur les procédures, les intervenants et les structures : la loi sur la fin de vie est toujous globelement méconnue. Amélioration de la formation nécessaire, mais demande d'un partage d'expérience entre paires.

Tableau I : Récapitulatif des articles utilisés dans la revue de littérature

« 1.1 Apprentissage et mise en œuvre des soins palliatifs dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale»

➢ <u>Résumés des articles et travaux lus</u> :

- L'étude de 2013 [18] de Wechter E. a évalué 166 étudiants en première année de médecine, avant et après avoir bénéficié d'une mise en situation réelle en soins palliatifs. Les données ont montré une évolution significative dans leurs comportements vis-à-vis des patients en fin de vie et des soins à leur apporter.

  L'article conclu que la mise en situation réelle, observationnelle et participative, doit survenir précocement lors des études médicales pour apporter un bénéfice aux étudiants.

- En 2013 toujours, Fanardjis M. a réalisé une thèse sur l' « *Accompagnement de fin de vie à domicile* » [19].

  Il a récolté le ressenti des étudiants de dernière année de médecine générale à Angers se destinant au libéral, concernant l'accompagnement de fin de vie à domicile.

  Deux questions étaient posées :

- Se sentaient-ils assez bien préparé à réaliser cet accompagnement ?
- Quels sont leurs besoins en terme de formation initiale ?

  Certains étudiants pointent « un manque global d'expérience à domicile […] l'unique formation pratique hospitalière ne suffisait pas pour pouvoir prendre en charge de façon globale une fin de vie à domicile.»

Il note que « la formation en soins palliatifs a été ressentie comme étant insuffisante, au niveau théorique, technique et au niveau pratique […] trop peu confrontés à des situations pratiques d'accompagnement à domicile. »

Les étudiants évoquent leur vision de l'éducation aux soins palliatifs en demandant « Au niveau théorique : des cours classiques à la faculté avec des médecins spécialistes de soins palliatifs, avec des repères techniques et une discussion sur les situations vécues. […] et des réunions de type formation médicale continue (FMC), avec différents intervenants du réseau de soins palliatifs, organisée par les médecins de l' HAD. »

« Au niveau pratique : faire des journées de stage à l' HAD (de quelques demi-journées à une semaine) […] ou d'ajouter un stage obligatoire pendant l'internat de médecine générale dans un service, tel que la gériatrie ou certains services de médecine polyvalente, car […] plus facile d'apprendre aux côtés de médecins spécialisés en soins palliatifs du service ou de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). »

Les étudiants sont donc demandeurs d'une formation théorique plus marquée mais surtout d'une formation présentielle au contact des patients et des professionnels du soin palliatif.

Ils souhaiteraient aussi avoir un enseignement à la gestion et à la coordination d'une équipe.

- En 2014, l'étude espagnole [20] menée par Carlos C. s'est concentrée sur 316 étudiants en médecine de l'université de Navarre en Espagne, pendant 4 ans.

  Le but de l'étude était de recenser par écrit les expériences de ces étudiants concernant les cours de soins palliatifs.

  Les résultats étaient unanimes quant aux bénéfices des cours de soins palliatifs.

  Les étudiants ont estimés que ces cours les avaient aidé à devenir et à agir comme des médecins, qu'ils leurs avait appris à avoir une vision globale du patient et à prendre les familles en considération.

  De plus, ces cours auraient permis aux étudiants de réfléchir sur leur développement personnel et les auraient encouragés à développer l'aspect humain dans leur pratique.

  Cependant, on note que les étudiants plébiscitent l'aspect pratique de la formation.

  L'article conclu à l'importance de la formation en soins palliatifs pour les étudiants, qui en notent les bénéfices, et recommandent l'enseignement POUR TOUS !

- Innocenti N. a réalisé une thèse en 2016 intitulée « *Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à Nice en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie. »* [21]

  Elle y analyse la souffrance ressentie par 13 internes en médecine à Nice lors de la prise en charge de patients en fin de vie.

  Les internes rapportent que « l'expérience personnelle est une véritable aide. »

  Mais « La totalité des internes interrogés disent que le programme de formation est très insuffisant. »

  Ils «expriment le sentiment de solitude et d'incompétence. »

  A nouveau il ressort que la mise en situation réelle est une demande de nombreux internes. « Ils demandent également à avoir un premier contact avoir les soins palliatifs et l'algologie, que cela soit court mais suffisant. »

  « Ils réclament des jeux de rôle, des mises en situation d'annonce de maladie grave, de décès. »

  Certains sont demandeurs d'une mise en situation « faites pendant l'externat à raison de deux fois par an en systématique maximum. »

  Ou la réalisation d'un « mini stage [qui] serait important pour acquérir des connaissances pratiques. »

L'encadrement en présentiel par des formateurs compétents dans le domaine des soins palliatifs est sollicité. « Les groupes de paroles sont sollicités par tous […] ils affirment la nécessité de séniorisation des séances avec un médecin pratiquant régulièrement le thème abordé lors de la séance, accompagné d'une personne habilitée aux questions d'éthique. »

Madame Innocenti note la différence entre les attentes des internes : « l'ensemble des étudiants interrogés demandent des formations qui se résument à du temps d'écoute et non à du savoir pur. »

Alors que celles des médecins généralistes se concentrent sur des points de mise en œuvre plus concrets : « Ils réclament une augmentation de moyens techniques, un relais complet avec des médecins spécialistes, une aide supplémentaire pour les familles, une plus grande rémunération à l'acte. »

- L'article « *Providing end-of-life care in general practice : findings of a national GP questionnaire survey* » de Mitchell S. paru en 2016 [22] réalise un état des lieux de la mise en œuvre des soins palliatifs par les médecins généralistes au Royaume-Unis.

  Un questionnaire adressé à 516 médecins ont permis de mettre en évidence l'expérience des médecins réalisant des soins palliatifs et d'identifier les obstacles et les facilités à leur mise en œuvre en soins primaires.

  Dans un premier les médecins ont exprimés la nécessité d'avoir de la disponibilité et une aide organisationnelle pour pouvoir réaliser des soins palliatifs de qualité.

  Ils soulignent l'importance de pouvoir travailler en groupe pluridisciplinaire.

Il apparait comme incontournable de maintenir une bonne communication, d'avoir une groupe pluridisciplinaire efficace, et de pouvoir définir les rôles et les responsabilités de chacun.

Les besoins en formation sont constants pour atteindre un niveau de connaissances et de confiance en soi suffisant à la réalisation de soins en fin de vie.

Les stratégies futures concernant le développement des soins palliatifs devront prendre en compte le contexte de travail des médecins généralistes. Les avancées ne se feront qu'en continuons de développer des outils pertinents et pratiques, notamment informatiques.

- En France, la thèse de Cueille V. réalisée en 2017 [23] portait sur les connaissances, compétences et limites du médecin généraliste face à la fin de vie à domicile.

  Elle a interrogé 86 professionnels libéraux en Seine Maritime et dans l'Eure.

  Il s'est avéré que 52 % des médecins généralistes interrogés n'avaient jamais participé à une décision collégiale lors d'une prise en charge de fin de vie. De plus, 35% n'avaient pas connaissance de la sédation profonde et terminale.

  Ils étaient nombreux à souligner le manque de coordination ville-hôpital, et la méconnaissance des réseaux de soins palliatifs.

  Le poids psychologique qu'imposait de telles prises en charge était fréquemment cité comme difficulté rencontrée par les médecins, ainsi que le soutient à apporter aux familles.

Madame Cueille concluait elle aussi sur la nécessité d'améliorer la formation des médecins, ainsi que d'offrir l'opportunité de mettre en pratique les acquis théoriques.

Un autre point fondamental apparait être la diffusion des listes et numéraux des réseaux et structures compétentes, favorisant ainsi la coopération entre les acteurs du soin !

- L'article « *Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK* » publié en 2017 [24] par Selman L. a analysé les besoins et les attentes de 28 médecins généralistes au Royaume-Unis en terme de formation et d'évaluation des pratiques en soins palliatifs.

  Les médecins interrogés considèrent l'expérience pratique comme la référence en matière d'apprentissage pour les soins palliatifs.

  Le fait d'être directement confronté à des spécialistes en soins palliatifs est un bon moyen de bénéficier de conseils éclairés, et une source de soutient par des pairs particulièrement bienvenue dans ce contexte de formation aux soins palliatifs.

  Les participants à l'étude ont particulièrement plébiscités l'apprentissage par le biais d'échanges avec des spécialistes ou de personnes expérimentés dans le domaine des soins palliatifs. Ils rapportent que le travail sur des cas d'étude réels auraient été plus formateur que les méthodes d'enseignement traditionnelles didactiques.

  La méthode d'apprentissage par e-learning a recueillis des avis mitigés. Quelques médecins ont rapporté des difficultés d'apprentissage et de mémorisation avec les méthodes en ligne.

L'apprentissage en ligne n'a pas été considéré comme appropriée dans le cadre de la formation aux soins palliatifs. Les participants ont privilégié les groupes de pairs ou la séniorisation avec des personnes qualifiées. Il apparait que ces réserves concernant la formation en ligne aux soins palliatifs sont contradictoires avec d'autres études.

Cette étude tend à montrer que l'amélioration de la formation en soins palliatifs doit passer par la mise en œuvre d'un apprentissage par l'expérience, encadré par des spécialistes des soins palliatifs.

- En 2018 est paru une revue de la littérature menée par Mitchell G.K., s'intéressant à la gestion des symptômes de la fin de vie en médecine générale [25]. Cette revue de la littérature a analysé 46 articles parus entre 2000 et 2017. Il en ressort que les médecins généralistes perçoivent le support émotionnel comme l'aspect le plus important en soins palliatifs.

  Certains symptômes propres à la fin de vie restent difficiles à prendre en charge pour les médecins.

  L'article conclu qu'il est essentiel que les médecins généralistes reçoivent une formation aux soins palliatifs tôt dans leur carrière pour développer leurs compétences et leur confiance.

- L'article de 2019 publié au Royaume-Unis par Mc Mahon D. concernent les recommandations à la formation en soins palliatifs des étudiants en médecine [26], révèle que la moitié des jeunes médecins se trouvent mal préparés aux soins palliatifs, voir pour certains c'est une source de détresse !

  Les différents référentiels recommandent de rendre la formation obligatoire et non plus facultative.

  Cet enseignement doit inclure une évaluation des objectifs et être délivrée au mieux par une équipe pluridisciplinaire.

  En complément, il apparait nécessaire de proposer d'autres formes d'apprentissage type « en ligne » et virtuel pour s'affranchir des problèmes d'accès à de vraies situations.

- En 2020 en France, selon la thèse soutenue par Roffé M. [27], l'insuffisance des connaissances théoriques et/ou pratiques en soins palliatifs est toujours d'actualité. Il qualifie les connaissances acquises lors du cursus en médecine générale comme « inadaptées » à la pratique en ville !

  Ces lacunes entraineraient des difficultés techniques et/ou thérapeutiques à la réalisation de soins palliatifs au domicile. Le poids psychologiques de ces cas à gérer semblent toujours faire partie des complications les plus redoutées par les médecins généralistes, avec la gestion de l'entourage du malade. Les médecins interrogés soulignent aussi le manque d'information sur les procédures, les intervenants et les structures existants.

La loi concernant la fin de vie est globalement toujours méconnue des praticiens. L'article conclu lui aussi qu'une amélioration de la formation est encore nécessaire, mais que les praticiens sont demandeurs d'un partage d'expérience entre pairs, de groupes Balint…

- Synthèse :

Cette revue a permis de confirmer le manque de formation ressenti par les médecins généralistes en termes de soins palliatifs.

Le bénéfice des cours en soins palliatifs sur les comportements des apprenants étant décrit dans les études. [18] [19]

On note aussi une demande importante d'information sur les évolutions législatives, les procédures, les structures et les intervenants en soins palliatifs. [27]

Mais cela nous a aussi permis de mettre en évidence la demande de formations observationnelles et participatives à l'aide de situations réelles. [18]

Les apprenants sont demandeurs de discussions autour de cas réels, accompagnés par des spécialistes des soins palliatifs. [19] [21] [23]

Le fait d'augmenter les opportunités de mise en pratique apparait comme bénéfique aux professionnels [23], et cela peut être favorisé par un enseignement en ligne pour s'affranchir des problèmes d'accès à de vraies situations. [26]

De plus, les professionnels de santé sont en attentent d'une aide organisationnelle, de développer des prises en charge en pluridisciplinarité [22], et d'améliorer la coordination ville-réseaux/hôpitaux. [23]

AUTEUR	DATE	REFERENCE	RESUME	NOTIONS MARQUANTES
J. TARDIF	2006	L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Tardif J. Montréal : Chenelière Éducation, 2006.	Livre proposant un cadre d'évaluation des apprentissages s'inscrivant dans la logique du développement des compétences	Il en est tiré neufs principes à la base de l'évalaution des compétences : rendre compte d'une progression dans une trajectoire de développement, accorder la priorité aux compétences et non aux ressources, déterminer les ressources mobilisables et mobilisées, circonscrire les situations de déploiement des compétences, documenter la trajectoire de développement à partir de preuves partagées, rendre compte de l'autonomisation dans le déploiement des compétences, recourir à des critères multiples dans chaque évaluation, et intégrer les différences individuelles dans l'appréciation.
S. CHARTIER and al.	2012	Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. S, Chartier, E, Ferrat, M, Djassibel. Revue Exercer 2012 ; 103:169-74	Article sur la mise en place d'une pédagogie fondée sur l'apprentissage par compétence dans le cadre de la formation des internes en médecine générale à l'université Paris-Est.	Lehangement de pédagogie induit des résistances individuelles. Nécessité de traces écrites pour évaluer et certifier l'apprentissage des compétences.
S. CHARTIER and al.	2014	La mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. S. Chartier, F. Adeline-Duflot, J. Le Breton. Revue Exercer 2014 ; 111:33-9	Article expliquant le concept du modèle pédagogique d'apprentissage par compétences, et les procédures et difficultés de la mise en place de ce programme à Paris-Créteil.	Nécessité de traces écrites d'apprentissage pour structurer et professionnaliser les apprentissages et permettre leurs validations débouchant sur une certification des compétences. Les freins sont dû à la méconnaissance du modèle pédagogique et à l'habitude du modèle classique.
J. JOUQUAN and al.	2003	A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanant de médecine générale. J. Jouquan, P. Bail. Pédagogie Médicale, août 2003 ; 4:163-75	Article exposant les fondements conceptuels ayant mené au paradigme d'apprentissage, et l'exemple d'un programme de formation post-graduée en médecine générale inspiré de ce paradigme.	Le paradigme d'apprentissage privilégie les compétences contextualisées, évaluées à partir de tâches professionnelles complétes, complexes et signifiantes. Ceci permet le développement d'une expertise professionnelle.
P. LE MAUFF and al.	2005	L'évaluation des compétences des internes de médecines générale. P. Le Mauff, P. Bail, F. Gargot et al. La Revue Exercer, Mars/Avril 2005 n°73-63	Article proposant des pistes pour l'évaluation des compétences des internes de médeciné générale, en croisant le socle théorique avec les axes pratiques possibles. Le système d'évaluation devant s'intégrer dans le système pédagogique.	Chaque compétence est propre à un contexte, l'interne doit être confronté à des situations-problèmes ayant du sens pour lui. Chacune des ces compétences doit être illusrée par des tâches d'apprentissage et des travaux personnels évalués avec rétroaction pédagogique. L'auto-évaluation est guidée par le tutorat.

HAS	2015	Evaluation et amélioration des pratiques : E-learning, Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé. HAS, Avril 2015	Guide concernant l'élaboration de dispositifs e-learning dans le domaine de la santé, les pédagogies efficaces, l'évaluation de l'efficacité des programmes de formation et leur impact sur les participants ainsi que les aspects économiques et juridiques de ce procédé.	Ce processus de formation s'appuie sur des modèles pédagogiques comme les formations standards. Il permet un temps d'apprentissage et un temps d'analyse de ses pratiques. Ce format présente l'avantage de la diffusion au plus grand nombre et de l'autonomie des apprenants. Le e-learning améliore les connaissances, les compétences cliniques et les résultats cliniques par rapport à un groupe neutre.
P. CARRE	2014	L'autoformation accompagnée en APP ou les sept piliers revisités. P. Carré. Saint-Denis-La-Plaine: Centre Info; 2014	Proposition d'un modèle d'accompagnement pédagogique de l'autoformation en milieu éducatif.	Les 7 piliers : construction d'un projet individuel, réalisation d'un contrat pédagogique, pré-formation, présence de formateurs facilitateurs, disposer d'un environnement ouvert de formation, alternance de temps de travail individuels et collectifs, envisager trois niveaux de suivi (de l'individu, du groupe, de l'institution).
B. GHIRARDINI	2012	Méthodologies pour le développement de cours e-learning. Un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique. Ghirardini B. Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome: FAO; 2012.	Guide pour concevoir et élaborer des cours en e-learning	Présentation des caractéristiques et avantages du e-learning, conseils pour concevoir un cours avec des contenus interactifs, gestion et méthodes d'évaluation des activités d'apprentissage.
D. A. COOK and al.	2004	A practical guide to developing effective web-based learning. Cook DA, Dupras DM. J Gen Intern Med 2004;19(6):698-707.	Article proposant un guide pratique pour développer des sites web éducatifs en intégrant les principes de l'apprentissage actif aux caractéristiques uniques de l'internet.	Certaines étapes pour un e-learning efficace : analyser les besoins et préciser les buts et objectifs de la formation, déterminer les ressources et besoins techniques, obtenir l'engagement des participants et identifier les obstacles à la mise en oeuvre, créer du contenu adapté au format web. Il est conseillé d'encourager l'apprentissage actif, la réflexion, l'apprentissage axé sur la résolution des problèmes, l'interaction et l'auto-évaluation. L'évaluation doit concerner l'étudiant et la formation.
A. VAONA and al.	2018	E-learning for health professionals. Vaona A, Banzi R and al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 1. Art. No.: CD011736	Méta-analyse sur l'efficacité du e-learning comparé à un enseignement traditionnel. Elle a inclue 16 essais cliniques randomisés comprenant 5 679 professionnels de santé au total.	Les auteurs ne notent pas ou peu de différence entre le e-learning et l'enseignement traditionnel sur l'amélioration des résultats des patients, sur le comportement des professionnels, sur leurs compétences et sur leurs connaissances. Ils notent tout de même un effet significatif en faveur du e-learning comparé à aucune intervention. L'interactivité, les exercices pratiques et la répétition sont en faveur d'une amélioration des apprentissages.

Tableau II : Récapitulatif des principaux articles utilisés dans la revue de littérature

« 1.2 Pédagogie et évolutions récentes des modalités d'enseignement »

Les deux premiers cycles des études médicales ont un enseignement basé sur l'acquisition de savoirs. Le 3e cycle, se voulant une étape de professionnalisation, s'est alors orienté vers la pédagogie par compétence, délaissant des décennies d'enseignement par objectifs.

- Résumé des articles et travaux lus :

- Selon Tardif J. : « Une compétence est définie comme un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». [28]

- Pour Chartier S. cette récente remise en question du modèle classique a permis de moderniser la pédagogie, et « de former des professionnels compétents, réflexifs, capables de faire face aux situations auxquelles ils seront confrontés durant leur activité professionnelle tout en assumant la responsabilité de leurs décisions. » [29]

L'apprentissage n'est désormais plus passif, les apprenants sont mis en situations, desquelles naîtront des problématiques. Ces problématiques nécessiteront la recherche et la mobilisation de ressources qui les conduiront à construire ainsi leurs propres savoirs.

Cet apprentissage par l'expérience se base sur la réflexivité : « l'action de réfléchir sur soi-même, de se questionner, de questionner le pourquoi et les conséquences de ses actions ».

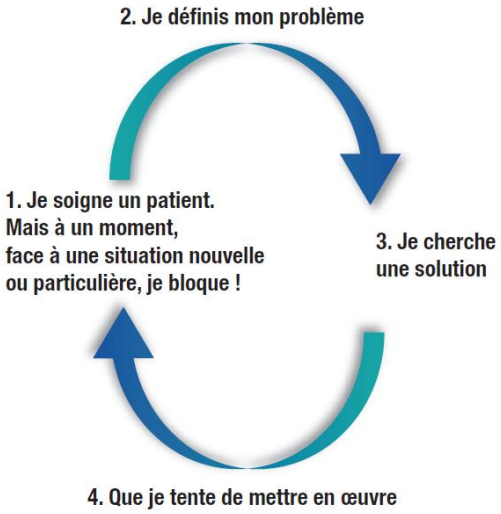


Figure 1 : Le cycle de l'apprentissage expérientel [29]

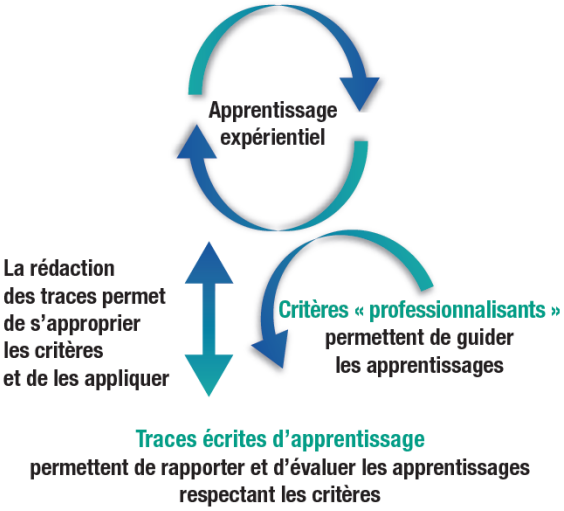


Figure 2 : Les traces écrites d'apprentissage permettent de structure les apprentissages selon les critères professionnels définis [29]

- Dans *« Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence dans le 3e cycle de médecine générale : difficultés et proposition. »* [30] *Chartier S. ajoute que :*

« Le savoir est conçu comme une construction individuelle de l'apprenant dont le développement est guidé par l'enseignant. Ce dernier laisse l'apprenant créer ses représentations du monde à partir de ses propres expériences. »

« L'étudiant doit alors questionner la situation vécue et sa réponse à ce moment-là, analyser les problèmes rencontrés, chercher les ressources qui lui ont fait défaut, et de ce fait élaborer de nouvelles compétences qu'il pourra mettre en œuvre par la suite quand une situation identique se présentera. »

- Jouquan J. à travaillé sur l'Apprentissage Par Compétences qui cherche donc à « faire comprendre » et non plus à « expliquer ». [31]

Il s'agit d'un apprentissage évolutif, un aller-retour constant entre l'apprenant et l'enseignant avec une remise en question permanente des pratiques, pour arriver à une « co-construction » du savoir.

Ce nouveau procédé d'enseignement s'inscrit alors dans une perspective constructiviste où « l'apprentissage est une activité intentionnelle de traitement de l'information et de construction de sens *».*

Les situations réelles sont « complexes », et cet APC va forcer l'apprenant à questionner et mobiliser l'ensemble de ses ressources internes et externes pour résoudre le problème.

Cette approche postule que le sujet est indissociable de son milieu, du contexte et des connaissances qu'il possède déjà. Ces éléments se transforment en permanence et sont dans une interaction constante. Le transfert et l'acquisition de connaissances se faisant alors via les interactions sociales.

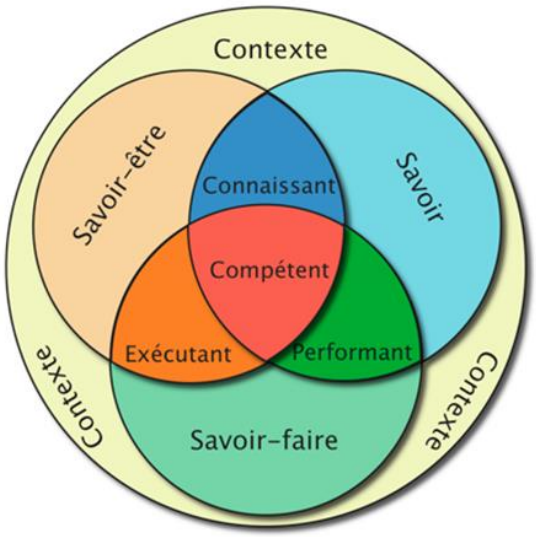


Figure 3 : Principe de l'Apprentissage Par Compétence [32]

- Le Mauff P. rapporte que le DES de médecine générale base l'acquisition de ses compétences sur la rédaction de différentes traces écrites rapportant des situations authentiques, puis sur l'auto et l'hétéro-évaluation de ces productions.

« Les situations professionnelles de médecine générale sont des situations complexes puisqu'elles concernent des problématiques intriquées (bio-médicales, psychoaffectives, environnementales, éthiques, administratives, réglementaires) dont les indices ne sont pas immédiatement perceptibles, qui inter-réagissent entre elles, et dont les stratégies de résolution ne sont pas univoques » [33]

Enfin, la mise en place d'une formation « professionnalisante » implique une certification et de ce fait, une évaluation des compétences acquises.

Dans le cadre de l'APC, l'évaluation est double :

- une évaluation « formative » ou « diagnostique », destinée à l'apprenant et à l'enseignant, « pour permettre aux apprenants de "réguler" leurs apprentissages et aux enseignants de "réguler" leurs enseignements » ;
- une autre à visée « pronostique », dans un but de certification vis-à-vis des institutions, « pour déterminer si un apprenant a acquis les compétences nécessaires (ou suffisantes) à son futur exercice professionnel. » [33]

- Les avancées en matières de communications, et notamment dans les années 1970-1980 le développement de l'informatique, ont permis une progression de l'enseignement à distance, selon le guide HAS sur le e-learning. [34]

Grâce à l'informatique, les enseignements assistés par ordinateur (ou EAO) ce sont développés. L'informatique et son accessibilité au plus grand nombre ont permis de diffuser plus largement des programmes éducatifs en modifiant les pratiques d'enseignements et de formation jusqu'alors plus classiques.

Les recommandations de la HAS en matière d'e-learning dans le monde de la santé ont été publiées en 2015.

Selon l'objectif pédagogique visé la part de numérique ou d'interactions d'apprentissage peut varier.

On distingue ainsi au sein du e-learning :

- Les formations entièrement à distance ;
- Les formations mixtes (en ligne et présentielle) ;
- Les formations « informelles » sur le lieu de travail (recherches internet, échanges inter professionnels, …) ;
- Les MOOC (Massive Open Online Course), formations en ligne ouvertes à tous pour une diffusion à grande échelle.

C’est seulement en 1995 que la France va rédiger des propositions pour le développement de la formation ouverte et à distance (FOAD).

Une circulaire du 20 juillet 2001 va officialiser la FOAD [35] et permettre sa diffusion en France. Il en est donné la définition suivante : « la formation ouverte et/ou à distance, est un dispositif souple de formation organisé en fonction de besoins individuels ou collectifs (individus, entreprises, territoires). Elle comporte des apprentissages individualisés et l’accès à des ressources et compétences locales ou à distance. »

- La FOAD repose sur le principe d’auto-apprentissage basé sur les sept piliers de l’auto-formation selon Carré P., et qui nécessite la motivation de l’apprenant. [36]

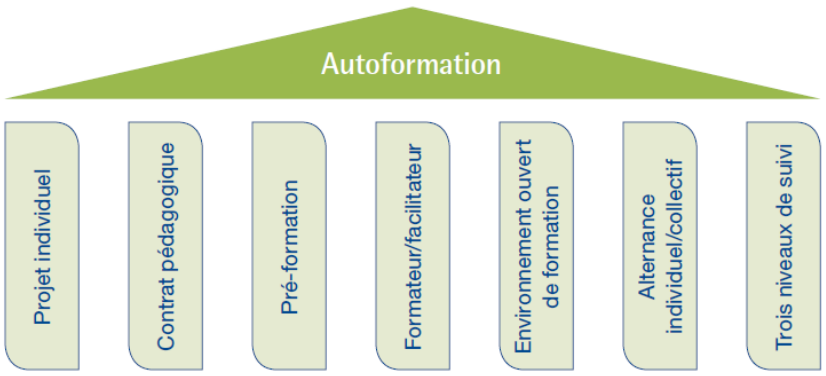


Figure 4 : Les 7 piliers de l’auto-formation [34] selon CARRE P. [36]

La FOAD permet de simplifier l’accessibilité à certains contenus d’apprentissage en s’affranchissant des unités de lieux et de temps.

En respectant le rythme et les besoins des apprenants ces formations ouvertes et à distance favorisent ainsi l’autonomie des apprenants.

Selon la définition donnée par un groupe de travail de la Communauté Européenne en 2001, le e-learning (ou formation en ligne) est « un apprentissage en ligne centré sur le développement des compétences par l'apprenant et structuré par les interactions avec le tuteur et les pairs. » [37]

- La FAO (Food and Agriculture Organization), branche de l'OMS, a elle aussi développé un guide pratique de construction d'une formation e-learning en 2012. [38]

La conception d'une formation e-learning nécessite en premier lieux de **définir une stratégie pédagogique**.

Le modèle de conception pédagogique le plus utilisé est le modèle ADDIE qui propose cinq étapes principales :

- L'analyse des besoins, pour identifier les objectifs principaux et le public cible ;
- La conception d'un plan directeur, pour servir de référence dans le développement du cours ;
- Le développement : du contenu, du *storyboard* et du didacticiel ;
- La mise en œuvre de la formation ;
- Et l'évaluation de différents paramètres.

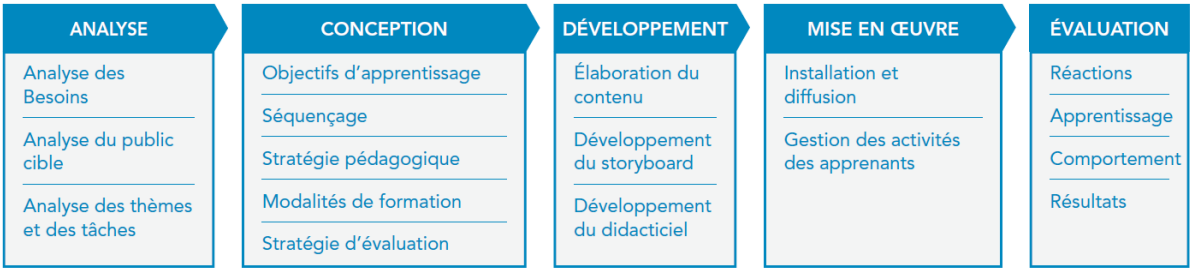


Figure 5 : Le modèle ADDIE pour l'apprentissage électronique [38]

L'objectif général de la formation doit être divisé en **objectifs spécifiques**. Chaque objectif spécifique va constituer un module d'enseignement qui comprendra différentes séquences et activités à réaliser pour atteindre cet objectif. Le cours peut être structuré de manière libre ou linéaire.

La qualité d'une formation en ligne est étroitement liée à la pluri-professionnalité de l'équipe impliquée dans sa réalisation surtout quand elle concerne des professions soignantes où les interactions sont interprofessionnelles.

Il apparait pertinent d'**insérer des exercices ou des quiz** au cours du module pour permettre aux participants de s'auto-évaluer et réorienter l'apprentissage en cas de lacunes.

De même il est important de pouvoir **évaluer l'efficience d'une formation**. Analyser l'impact sur les pratiques est un temps important qui ne doit pas être négligé et autant que possible documenter pour faire évoluer la formation au besoin.

- Dans le domaine spécifique de la santé, Cook et Dupras ont proposé un guide pratique pour le développement du e-learning. [39]

Ils listent certaines étapes pour concevoir un e-learning efficace :

- analyser les besoins et préciser les buts et objectifs de la formation,
- déterminer les ressources et besoins techniques,
- obtenir l'engagement des participants et identifier les obstacles à la mise en œuvre,
- créer du contenu adapté au format web.

Ils conseillent d'encourager l'apprentissage actif, la réflexion, l'apprentissage axé sur la résolution des problèmes, l'interaction et l'auto-évaluation.

L'évaluation doit quant à elle concerner l'étudiant et la formation.

- Synthèse

- Les avantages d'une formation en ligne. [34] [38]

En premier lieu, le coût d'une formation en ligne est inférieur à celle plus classique qui nécessite des locaux, du matériel, des intervenants, et le déplacement des participants. Le e-learning permet de mettre à disposition une quantité importante de contenu, pour un grand nombre d'apprenants disséminés dans le temps et l'espace.

Ces formations ont pour buts de diffuser des connaissances de base de manière plus homogène sur un sujet précis, d'harmoniser les pratiques et de les inscrire dans le long terme. Le e-learning permet de bénéficier de la même qualité d'enseignement quel que soit l'endroit où se trouve l'apprenant, et peut être réutilisé dans le futur.

Le fait de s'affranchir d'un lieu et d'un instant précis permet de toucher un plus grand nombre de participants qui n'auraient pas pu assister à des formations classiques pour des raisons de distances géographiques, de limitation des moyens de transports, de vie en zones de conflits, d'engagements familiaux ou professionnels. Les apprenants en milieu rural par exemple, sont particulièrement à même d'apprécier ce type de formation.

Les croyances culturelles ou religieuses qui auraient pu empêcher la présence en cours classiques ne sont plus un frein à la formation. Le bénéfice est le même pour les participants rencontrant des difficultés de communication en temps réel, comme ceux parlant une langue étrangère ou les gens très timides.

La flexibilité de l'apprentissage, le fait de pouvoir décider à quel moment et comment on peut se former est un avantage indéniable et un gain de temps précieux.

Chacun apprend à son rythme, les parcours d'apprentissage pouvant se personnaliser en fonction des besoins et des attentes de chacun. Le but de ces formations étant de renforcer les compétences cognitives des apprenants.

Ainsi l'exercice professionnel n'est pas désorganisé, et l'acquisition de nouvelles compétences peut se poursuivre.

Le e-learning permet de combiner un apprentissage individualisé à des activités collaboratives en favorisant les échanges et les discussions entre pairs.

- Les limites de l'apprentissage en ligne.

La limitation de l'accès à un ordinateur ou à internet (particulièrement dans les pays en voie de développement), la nécessité d'avoir des compétences de base en informatique et la barrière de la langue sont des freins importants à la formation en ligne.

Si la grande autonomie laissée par le e-learning est un avantage, l'isolement de l'apprenant, le manque de motivation et de coopération sont d'autres facteurs en réduisant l'utilisation.

Une interface inadaptée ainsi qu'un manque de recours à un référent peuvent aussi être un frein à ces formations en ligne.

Mais l'inconvénient principal du e-learning est l'absence de bénéfice démontré comparativement à un enseignement traditionnel !

La revue Cochrane a publié en 2018 un article concernant une méta-analyse sur l'efficacité du e-learning comparé à un enseignement traditionnel. [40]

Plusieurs paramètres étaient mesurés selon la méthode de Kirkpatrick de 1996 [41] pour évaluer cette efficacité :

- la satisfaction des apprenants,
- les connaissances acquises,
- les compétences acquises,
- la modification des comportements des participants,
- et les effets sur les patients.

Il en résulte qu'il n'y **a pas ou peu de différence entre le e-learning et l'enseignement traditionnel sur l'amélioration des résultats des patients**, **sur le comportement des professionnels, sur leurs compétences et sur leurs connaissances.**

Cependant il faut noter un effet significatif en faveur du e-learning comparé à aucune intervention.

L'interactivité, les exercices pratiques et la répétition sont tout de même en faveur d'une amélioration des apprentissages.

Selon le document de la HAS [26], un e-learning comprenant des modules interactifs améliore les paramètres d'apprentissage.

Enfin, si l'on compare l'enseignement présentiel associé à une formation en ligne avec du présentiel ou du e-learning seul, on constate une amélioration des connaissances, des compétences et des résultats cliniques.

- Les perspectives de la formation en ligne

Pour s'adapter aux différents types d'enseignements d'autres méthodes ont été proposées, notamment celle du « serious game ». [42]

Le CERIMES (Centre de Ressources et d'Informations sur les Médias pour l'Enseignement Supérieur) donne pour définition du serious game (ou jeux sérieux) : « des applications développées à partir des technologies avancées du jeu vidéo, faisant appel aux mêmes approches de design et savoir-faire que le jeu classique, mais qui dépassent la seule dimension du divertissement. » [42]

C'est alors « un véritable outil de formation, communication et simulation, […] une déclinaison utile du jeu vidéo au service des professionnels. »

Le rapport Isaac de 2008 sur l' « Université numérique » évoque la place du jeu vidéo, qui « n'est plus simplement envisagé comme une simple distraction […]. Son potentiel éducatif a fait l'objet de plusieurs études et se traduit par la notion de "serious game" ». [43]

Les jeux sérieux sont des jeux vidéo auxquels sont rattachés des composantes pédagogiques.

Ils permettent ainsi d'alterner des moments ludiques avec des phases d'apprentissages, et, en intégrant une composante réaliste, de se rapprocher de jeux de simulation.

La finalité du jeu sérieux est d'améliorer les compétences, et notamment de reconstituer des situations complexes que l'apprentissage traditionnel a plus de mal à aborder.

Idriss Aberkhane [44] précise que « le jeu sérieux c'est l'utilisation du plaisir comme moyen au lieu d'une fin. » Il rapporte qu' "Utiliser un jeu vidéo est aussi une tâche complexe. Le jeu peut mobiliser et développer d'importantes compétences attentionnelles... Le jeu sollicite la mémoire à long terme d'une façon remarquable... Les jeux jouent aussi sur la modularité de l'esprit... Un autre apport des jeux vidéo c'est de faire appel à la motivation, qu'ils stimulent fortement... Le jeu fait aussi appel à l'intuition, qui est porteuse de plaisir et qu'il faut développer... Et enfin le jeu vidéo repose sur l'action..."

Michael Stora a écrit [45] : « En effet, pour comprendre un jeu vidéo, il faut prendre le risque de s'aventurer dans des choix. Donc on apprend en faisant ! Il est important de rappeler que tout apprentissage comprend aussi la question de l'effort et de la persévérance. »

Ils développent trois types de compétences cognitives : la spatialisation en trois dimensions, l'intelligence déductive et la capacité à réaliser plusieurs tâches ou "multitasking".

Les objectifs à atteindre deviennent ludiques, l'apprenant se plonge volontairement dans ce format d'apprentissage et en sort quand il le veut. Le temps passé à l'acquisition d'une compétence est réduite, de par le côté ludique et l'adhésion plus importante.

Cependant, selon la HAS [34], les études réalisées sur ces « serious games » n'ont pas permis pour le moment d'en montrer l'efficacité pour favoriser l'apprentissage.

AUTEUR	DATE	REFERENCE	METHODE et OBJECTIFS	CONCLUSION
M. PELAYO and al.	2011	*Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians.* Pelayo et al. BMC Family Practice 2011	Essai contrôlé randomisé incluant 169 médecins répartis en 2 groupes : un ayant accès au e-learning et l'autre contrôle, cherchant à monter les effets du e-learning en soins pallaitifs en termes de connaissances, de capacité à gérer les symptômes de fin de vie, et d'amélioration des compétences en communication.	Bénéfice significatif du e-learning en termes de connaissances, de capacité à gérer les symptômes de fin de vie et d'amélioration des compétences en communication. La grande majorité des participants se disant satisfait ou très satisfait de cette formation en ligne.
A. TAN and al.	2013	*Death is not always a failure : outcomes from implementing an online virtual patient clinical case in palliative care for family medicine clerkship.* A. Tan and al., Medical Education Online 2013	Etude qualitative sur 130 étudiants en 3e année de médecine générale au Canada évaluant le bénéfice d'une formation en ligne aux soins palliatifs, avec cas cliniques virtuels	Augmentation significative en termes de connaissances et de niveau de préparation ressenti vis-à-vis de la gestion de SP. 91% des apprenants prônent le réalisme, 86% le bénéfice de l'apprentissage et 59.3% l'engagement émotionnel qui en découle.
M. D'ESTRICHE DE BARACE	2014	*Quels sont les freins et les motivations à la participation à une formation e-learning pour les médecins généralistes du Finistère ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés de médecins généralistes ayant participé à une session d'e-learning du CHEM.* Thèse d'exercice en médecine. Médecine humaine et pathologie. 2014.	Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes ayant participés à une session d'e-learning du CHEM, concernant les freins et les motivations à leur participation	Entre autre avantage : que ces formations en ligne puissent satisfaire à l'obligation du DPC et entrer dans le cadre de son indemnisation. Malgrès tout, unanimité concernant le fait que le e-learning ne remplace pas totalement le présentiel.
J. CALLINAN	2014	*Healthcare professional's barriers and facilitators to adopting E-Learning in palliative care education.* Joanne Callinan, 2014. Publish 12/17/2020 in International Journal of Palliative NursingVol. 26, No.8.	Etude prospective auprès de 397 professionnels réalisant des soins palliatifs en Ireland, concernant les freins et les moyens d'améliorer l'accès et l'utilisation des formations en ligne aux soins palliatifs	Un professionnel sur deux dit préférer les formations en présentiel, et 67% que le temps nécessaire au e-learning représente un frein. Jusqu'à 50% souhaiteraient compléter le e-learning par des formations pratiques. Le contact régulier avec un formateur faisant partie des motivations à participer au e-learning.

C. SCHULZ-QUACH and al.	2018	*Can elearning be used to teach palliative care ? medical student's acceptance, knowledge, and self-estimation of competence in palliative care after elearning.* Schulz-Quach et al., 2018. BMC Medical Education.	Etude de cohorte comprenant 670 étudiants en 11e semestre de médecine en Allemagne, évaluant des cours e-learning en soins palliatifs		Bonne adhésion des étudiants aux cours en ligne, avec un intérêt pour les SP plus marqué dû au format d'apprentissage qui rend l'approche de sujets délicats plus abordable. Il est cependant plébiscité par les étudiants d'être confronté à des situations réelles qui permettraient d'acquérir plus de compétences pratiques. Diversifier les approches serait le meilleur moyen de former les étudiants aux SP.
A. DANIELS and al.	2018	*Increasing access to children's palliative care education throught e-learning : a review of the ICPNC experience.* A. Daniels and al. International Journal of Palliative Nursing, vol. 24, N°7. Jul 2018.	Revue des résultats d'un programme d'éducation aux soins pallaitifs pédiatriques en ligne, par l'ICPCN, concernant 1500 professionnels venant de 69 pays		A mi-parcours, 80% des participants ont trouvé les cours clairs, compréhensibles et utiles. 75% notent une amélioration de leurs connaissances, de leurs compétences et d'une évolution dans leurs attitudes. 61% d'entre eux ont changé leurs pratiques. Le e-learning permet de rendre les connaissances plus disponibles et accessibles.
T.C. ONYEKA and al.	2020	*Project OPUS: Development and evaluation of an electronic platform for pain management education of medical undergraduates in resource-limited settings.* Onyeka TC and al. 2020.	Etude prospective réalisées sur 216 étudiants en médecine du Nigeria, concernant la prise en charge de la douleur en soins palliatifs après une formation en ligne		La prise en charge de la douleur est limitée dans les pays ayant de faibles ressources, ceci s'expliquant par à un manque de formation et d'entrainement qui conduit à une mauvaise prise en charge des symptômes douloureux. La mise en place d'une formation en ligne a permis une amélioration des connaissances.
E.K. MASEL and al.	2020	*Using medical comics to explore challenging everyday topics in medicine: lessons learned from teaching medical humanities.* Annals of Palliative Medicine 2020;9(4). E.K. Masel and al.	Etude quantitative rassembleant 506 etudiants en médecine de Vienne en Autriche, évaluant l'utilité des bandes dessinées dans la formation en ligne, concernant l'apprentissage de compétences en médecine		La BD permet d'aborder sous un angle différent des sujets délicats, et ainsi participer à l'apprentissage de la médecine, au développement de compétences générales et de communication, à l'auto-critique des pratiques, elle encourage l'observation, et favorise la discussion sur la complexité et l'ambiguïté de certaines situations. 78% des étudiants rapportent avoir appris des choses importantes suite au e-learning sous forme de BD, ils voient un grand potentiel dans cette méthode d'apprentissage en ce qui concerne l'approche des sujets difficiles.
D. RAWLINGS and al.	2020	*Evaluation of an End-of-Life Essentials Online Education Module on Chronic Complex Illness End-of-Life Care*. D. Rawlings and al. Healthcare 2020, 8, 297.	Etude quantitative réalisée en Australie, rassemblant 1486 professionnels de santé, évaluant l'efficacité du e-learning sur l'amelioration des connaissances et la modifications des pratiques dans la prise en charge de maladies chroniques complexes en soins palliatifs		Augmentation significative des connaissances, des compétences, des attitudes et de la capacité à prendre en charge des patients en fin de vie ayant des maladies chroniques complexes suite à ce programme d'e-learning. 82.9% des participants veulent changer leurs pratiques suite à ce module en ligne. On note jusqu'à 17 000 participants.

Tableau III : Récapitulatif des articles utilisés dans la revue de littérature « 1.3 Pertinence du e-learning pour enseigner les soins palliatifs »

- L'étude Espagnole de Pelayo M. datant de 2011 [46] avait pour but de comparer l'efficacité du e-learning dans la formation aux soins palliatifs des médecins généralistes en comparaison d'une absence de formation spécifique.

  169 médecins étaient répartis en deux groupes, l'un ayant accès à une formation en ligne aux soins palliatifs, l'autre était le groupe contrôle.

  Au bout de 18 mois l'étude a conclu à un bénéfice significatif du e-learning en termes de connaissances (+ 14 à 20%), de capacités à gérer les symptômes de fin de vie, et d'amélioration des compétences en communication.

  La grande majorité des participants se disant satisfait ou très satisfait de cette formation en ligne.

- L'étude canadienne de Tan A. « *Death is not always a failure* » [47] a elle aussi étudié en 2013, le bénéfice d'une formation aux soins palliatifs en ligne avec des cas cliniques virtuels à destination d'étudiants de 3^{e} année de médecine générale (130 étudiants).

  L'objectif de l'étude était de mesurer des changements en termes de connaissances en soins palliatifs et du niveau de préparation ressenti vis-à-vis de leur gestion : il est noté une augmentation significative de ces deux paramètres après la formation en ligne.

  Jusqu'à 91% des apprenants prônent le réalisme, 86% le bénéfice de l'apprentissage et 59.3% l'engagement émotionnel qui en découle.

- Une thèse de 2014 réalisée dans le Finistère par D'Estriché de Baracé M., donne des pistes concernant les freins et motivations de 11 médecins généralistes à participer à des formations en ligne. [48]

Les médecins exprimaient les facteurs motivants suivant au e-learning :

- Choix du thème abordé ;
- Le côté adaptable de la formation : accessibilité quel que soit le lieu ou l'heure, autonomie, flexibilité, rythme adapté ;
- Le fait de pouvoir le réaliser de manière isolée, pour ceux qui ne recherchent pas l'interactivité ;
- Cela représente une occasion de formation en plus ;
- Le côté ludique, la multitude de ressources utilisées ;
- Le fait que l'information soit synthétique ;
- L'actualisation des connaissances.

Les freins rapportés étaient :

- Le manque de maitrise de l'outil informatique par certains ;
- L'isolement, le manque d'échanges et de contacts avec un expert ;
- Le manque de convivialité et d'échanges avec les pairs sur la pratique ;
- Le manque d'encadrement ;
- L'aspect trop scolaire et parfois trop théorique ;
- Le fait que le travail soit plutôt « passif » limitant l'apprentissage et l'implication ;
- La manière de traiter le sujet, parfois trop éloignée de leurs préoccupations quotidiennes ;
- Certains les trouvent trop rapide, trop succincts ;
- Le fait que cela puisse empiéter sur le temps libre.

Les apprenants sont demandeurs d'une reconnaissance de ces formations en ligne dans le cadre du DPC et accessible à une indemnisation au même titre que les formations présentielles.

Mais ils sont relativement unanime sur le fait que le e-learning ne remplace pas totalement le présentiel !

- Une étude réalisée en 2014 en Irlande par Callinan J. [49] auprès des différents professionnels réalisant des soins palliatifs avait pour objectif principal de comprendre les freins aux formations en ligne concernant la fin de vie, ainsi que les moyens d'en améliorer l'accès et l'utilisation.

  67% des professionnels ont indiqué que le temps nécessaire à la participation au e-learning faisait partie des freins, et 54% qu'ils préféraient les formations en présentiel.

  28% reconnaissent que la facilité d'accès et la flexibilité que cela induit étaient des motifs en faveur des cours en ligne.

  50% des participants aimeraient une aide personnelle en cas de besoin, et 50% souhaiteraient compléter le e-learning par des séances de formation pratique.

  Le contact régulier avec un formateur fait partie des motivations possibles pour participer à des cours en ligne.

- L'objectif de l'étude réalisée par Schulz-Quach C. *"Can elearning be used to teach palliative care ?"* de 2018 [50] était d'évaluer des cours e-learning sur les soins palliatifs dispensés à 670 étudiants allemands en 11e semestre de médecine.

  Elle cherchait principalement à évaluer l'acceptation de cette méthode par les étudiants et leurs performances aux examens écrits suite à cette formation.

  L'objectif secondaire était l'évaluation de la confiance des étudiants en leurs compétences en soins palliatifs suite au e-learning.

  Les résultats montrent une bonne adhésion des étudiants aux cours en ligne.

  L'intérêt des étudiants pour les soins palliatifs est plus marqué, dû au format d'apprentissage qui rend l'approche de certains sujets délicats plus abordable.

  Il est noté une tendance positive sur les notes aux examens, sans que cela soit statistiquement significatif.

  Il n'est en revanche pas montré de différences sur leur confiance en leurs compétences.

  L'article soulève l'idée qu'être confronté à des situations réelles de patients en fin de vie et à leur famille permettrait d'acquérir plus de compétences pratiques que le e-learning.

  Les cours en ligne apparaissent comme prometteurs, étant bien acceptés et appréciés des étudiants. Mais ils ne dispensent pas de pratique clinique au contact direct des patients, ce qui est largement plébiscité par les étudiants.

  Diversifier les approches apparait comme le meilleur moyen de former les étudiants aux soins palliatifs.

- L'article de Daniels A. daté de 2018 intitulé « *Increasing access to children's palliative care education throught e-learning* » [51] rapporte les premiers résultats de la mise en place d'un programme d'éducation aux soins palliatifs pédiatriques entièrement en ligne, mis à disposition par l'ICPCN (International Children's Palliative Care Network).

  Les cours sont disponibles en plusieurs langues et sont à destination des infirmières et des médecins.

  Plus de 1 500 professionnels issus de 69 pays différents y ont eu accès entre mai 2016 et avril 2018.

  L'évaluation réalisée à mi-parcours montre que 80% des participants ont trouvé les cours en ligne clairs, compréhensibles et utiles.

  75% ont rapporté une amélioration de leurs connaissances, de leurs compétences et d'une évolution dans leurs attitudes suite à ce programme. Et pour 61% d'entre eux, un changement dans leurs pratiques.

  Il est conclu que le e-learning est une façon innovante de promouvoir les connaissances en soins palliatifs pédiatriques en les rendant plus disponibles et accessibles.

- L'objectif du projet OPUS est rapporté dans un article de 2020 [52] par Onyeka T.C. Les auteurs partent du constat que la prise en charge de la douleur est limitée dans les pays ayant de faibles ressources, comme le Nigeria, ceci s'expliquant par à un manque de formation et d'entrainement conduisant à une mauvaise prise en charge des symptômes douloureux.

Une formation en ligne a donc été mise en place à destination des étudiants en médecine concernant la prise en charge de la douleur.

Il est là aussi noté une amélioration des connaissances, grandement favorisée par un accès plus facile à l'information !

- En 2020 est paru l'article « *Using medical comics to explore challenging everyday topics in medicine* » [53] dans lequel Masel E.K. évoque l'utilisation de bandes dessinées à caractère médical comme éléments de la formation aux sciences humaines des étudiants en médecine de Vienne en Autriche.

  Le postulat de départ est que la bande dessinée peut permettre d'aborder sous un angle différent des sujets délicats, et ainsi participer à l'apprentissage de la médecine, au développement de compétences générales et de communication, à l'auto-critique des pratiques, et à encourager l'observation.

  Les bandes dessinées peuvent favoriser la discussion sur la complexité et l'ambiguïté de certaines situations.

  Elles sont aussi un moyen d'aborder certaines histoires de patients, ainsi que leur point de vue ou celui des autres soignants.

  Le support visuel de la BD permet un échange au-delà du langage et de la lecture.

  On note que 506 étudiants ont participé à ce e-learning.

  Jusqu'à 78% d'entre eux rapportent avoir appris des choses importantes suite au e-learning sous forme de BD.

  Et 85% trouvent qu'aucune question n'a été laissée sans réponse.

Les commentaires sur les lectures étaient positifs dans 30% des cas, et un peu plus de 5% étaient négatifs.

Les résultats indiquent que les étudiants voient un grand potentiel dans cette méthode d'apprentissage en ce qui concerne l'approche des sujets difficiles.

Quand les mots seuls ne permettent pas d'exprimer tout ce qui se passe dans l'exercice de la médecine, les bandes dessinées vont retranscrire de manière plus subtile la douleur, la perte, la maladie, le deuil, le surmenage, la détresse émotionnelle, les blessures visibles et invisibles, qui ne peuvent être simplement décrites par le langage.

- L'article de Rawlings D. paru en 2020 rapporte les résultats d'un programme qui a eu lieu en 2016 en Australie [54]. Le ministère de la santé a financé une série de programmes concernant les soins palliatifs dont des «essentiels de la fin de vie » ou « End-of-Life Essentials (EOLE) ».

  Dans le cadre des EOLE il a été mis en place des modules de cours en ligne à destination des professionnels de santé. L'un de ces cours en ligne concerne les maladies chroniques complexes dans les soins palliatifs (« Chronic Complex Illness End-of-Life Care »).

  Cet article a pour but d'évaluer l'efficacité de ce e-learning sur l'amélioration des connaissances et la modification des pratiques des participants.

  1 489 apprenants ont été inclus dans l'étude, entre décembre 2018 et novembre 2019.

  Les résultats ont montré une augmentation significative des connaissances, des compétences, des attitudes et de la capacité à prendre en charge des patients en fin de vie ayant des maladies chroniques complexes.

Jusqu'à 82.9% des participants ont noté leur intention de changer leurs pratiques suite à ce module en ligne.

Il est intéressant de noter que ces formations en ligne gratuites ont attiré jusqu'à 17 000 participants. La majorité d'entre eux venaient d'Australie, mais en certain nombre venaient aussi d'ailleurs !

- Synthèse

Concernant la pertinence du e-learning pour enseigner les soins palliatifs, la revue des différents articles et thèses français et internationaux ont confirmé les bénéfices en termes de connaissances, d'amélioration des compétences notamment de communication et de changement des pratiques. [46] [51] [52]

L'amélioration du niveau de préparation est largement soulignée par les études, certaines rapportant un niveau de réalisme tel qu'il génère un important engagement émotionnel de la part des apprenants. [47]

Le format d'apprentissage proposé par le e-learning induit un intérêt plus marqué pour l'apprentissage des soins palliatifs, l'approche de sujets délicats étant jugé plus abordable. [50] Il permet de rendre les connaissances plus disponibles et accessibles. [51]

De même, le format BD en ligne permet d'aborder ces sujets sensibles sous des angles différents, d'améliorer l'auto-critique des pratiques et l'observation, et d'ouvrir la discussion avec plus de facilité. [53]

Cependant, nombre d'apprenants relèvent le manque de subtilité relationnelle de ce mode de formation, confirmé par une étude de la revue Cochrane [40] ainsi que par l'article « Healthcare professional's barriers and facilitators to adopting E-Learning in palliative care education » [49].

Il est largement plébiscité un complément de formation par des séances en présentiel, par du contact humain en situation réelle. [18] [48] [49] [50]

Diversifier les approches apparait donc comme la réponse idéale à la demande de formation en soins palliatifs. [50]

2) Réalisation du e-learning

2.1. Constitution et écriture du scénario

Le e-learning « Initiation aux pratiques sédatives » est le résultat des constats faits lors de la revue de la littérature.

Cette formation aux sédations s'adresse à tous les métiers du soin dans une dynamique de pluridisciplinarité, avec une visée prioritaire pour le domicile mais utilisable pour les institutions.

- **Objectifs** visés par le e-learning :

- Apporter un savoir pluridisciplinaire
- Apporter des recommandations de bonne pratique (SFAP, HAS)
- Apporter des repères éthiques

Il s'agit de permettre l'accès à la formation d'un public de professionnels très peu disponibles, en particulier les médecins généralistes et infirmiers libéraux qui interviennent à domicile, à travers le e-learning afin de permettre l'apprentissage des connaissances techno-scientifiques, de participer au déploiement des connaissances ainsi qu'au développement des compétences liées aux métiers de la santé.

- **Compétences visées** dans cette formation :

- Informer sur les évolutions législatives en matière de sédations
- Les différents types de sédations possibles
- Les indications de ces sédations
- Comment les mettre en œuvre
- Ou chercher de l'aide quand un cas se présente

Le but est le développement de compétences communicationnelles, relationnelles, de collaboration en équipe et de délibération, notamment lors d'apprentissages en interactivité afin d'accompagner et de favoriser l'application de la nouvelle législation sur la fin de vie dite « Claeys-Leonetti » du 2 février 2016.

- Les modalités de la formation ont été définies selon plusieurs critères.

- Cette première formation en E-learning se voulait une formation d**'initiation** aux pratiques sédatives

Cette formation s'envisagerait avec d'autres formations de perfectionnement sur le même thème et **en complément de formations présentielles.**

- Trois modules socles furent créés avec l'idée de maintenir une interactivité avec les apprenants et la possibilité de s'auto-évaluer par des quizz et leurs réponses insérées dans les modules.

Il s’agissait de créer des modules assez courts autours de 20 à 30 minutes de façon à ce que le e-learning puisse être adapté à la pratique libérale et réalisé en plusieurs fois, entre deux rendez –vous, lors d’un moment libre etc..

- Module 1 : Pratiques sédatives
- Module 2 : Conditions et modalités de mise en œuvre
- Module 3 : Cadre légal et éthique

Chaque module se termine par une explication/leçon.

Le modèle qui a été choisi est celui d’apporter des informations à la demande pendant le déroulé de la formation et la réalisation d’un scénario évolutif autour d’une situation de prise de décision au domicile dans le cadre d ‘une gestion de fin de vie.

Il fallait valider un petit quizz à la fin de chaque module pour accéder au module suivant, et progresser dans le scénario évolutif.

Le scénario évolutif s’inspire du déroulement de certains serious game. [42] [43] [44]

A la fin du scénario évolutif, une conclusion souligne les points importants avant un quizz final portant sur les trois modules.

Un forum est accessible ou un tuteur répond aux questions des apprenants.

Un glossaire avec les définitions des termes techniques et des documents pour approfondir les connaissances sur le sujet des sédations sont mis à disposition des participants.

ANNEXE 2 Contenu et déroulé de la formation

ANNEXE 3 Visuels de la formation en ligne

⇨ **Lien vers la formation : http://www.sfap.org/rubrique/les-formations-en-ligne**

2.2 Evaluation de l'outil de formation

La formation en ligne « Initiation aux pratiques sédatives » a enregistré 1 596 connexions entre sa mise en ligne en novembre 2019 et juillet 2021. Jusqu'à 90% des connexions ont eu lieu dans la première année suivant sa mise en ligne.

Parmi les participants, **437 ont terminé la formation et accepté d'être évalué** par le quizz final, soit **27.3%.**

Et parmi eux, 328 ont rempli le questionnaire de satisfaction, soit 20.55 %.

On note que 77.4% de ces derniers sont des femmes (254 personnes), pour 22.6% d'hommes (74 personnes).

La profession n'étant pas demandé dans le questionnaire, on peut se baser sur les chiffres de participation aux congrès de la SFAP qui rapportent une proportion de 30% de médecins pour 70% d'infirmières et autres professions paramédicales. On retrouve cette proportion dans les formations au DU de soins palliatifs. [5]

- Questionnaire de satisfaction

Le questionnaire d'évaluation du module e-learning comporte 19 questions réparties en deux sous-catégories « Interface et animations de formation » et « Contenu ».

Parmi les 19 questions, 11 comportent des réponses avec échelle de satisfaction

de 1 à 4 :

- « 1 : pas du tout » ;
- « 2 : partiellement » ;
- « 3 : en grande partie » ;
- « 4 : totalement ».

Les quatre autres questions comportent des réponses binaires « oui » ou « non ».

Les quatre dernières questions sont des questions à réponses ouvertes.

- Résultats

Concernant l'interface et les animations de formation, la plateforme et les différentes fonctionnalités ont été « en grande partie » ou « totalement » comprises par 97% des participants.

De même, 97% des apprenants ont jugé les animations « en grande partie » ou « totalement » pertinentes.

La prise en main a été jugée « en grande partie » ou « totalement » facile par 96% des participants.

1 – Interface et animations de formation :

1 La plateforme Elearning et les différentes fonctionnalités sont-elles parfaitement comprises ?

Réponse	Moyenne	Total
1	0%	1
2	3%	9
3	23%	74
4	74%	244
Total des réponses à la question	100%	328/328

2 La prise en main s'est-elle faite facilement ?

Réponse	Moyenne	Total
1	1%	3
2	3%	9
3	22%	73
4	74%	243
Total des réponses à la question	100%	328/328

3 Les animations sont-elles pertinentes ?

Réponse	Moyenne	Total
1	0%	1
2	2%	7
3	23%	77
4	74%	243
Total des réponses à la question	100%	328/328

Concernant le contenu, les objectifs pédagogiques ont été évalués comme « en grande partie » ou « totalement » atteints par 97% des apprenants.

Pour 90% des personnes, cette formation leur a permis « en grande partie » ou « totalement » d'**acquérir de nouvelles compétences avec un impact sur leur pratique au quotidien**. Et 97% des apprenants ont jugé que la formation leur serait utile dans leur pratique professionnelle.

De plus, on note qu'à la question « appréciation globale », 98% des personnes ont répondu « en grande partie » ou « totalement ».

2 – Contenu :

4 Atteinte des objectifs pédagogiques ?

Réponse	Moyenne	Total
1	0%	1
2	3%	9
3	28%	93
4	69%	225
Total des réponses à la question	100%	328/328

10 Globalement avez-vous acquis de nouvelles compétences avec un impact sur votre pratique au quotidien ?

Réponse	Moyenne	Total
1	2%	6
2	8%	27
3	34%	112
4	56%	183
Total des réponses à la question	100%	328/328

13 Pensez-vous que cette formation vous sera utile dans votre pratique professionnelle ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	97%	317
Non	3%	11
Total des réponses à la question	100%	328/328

14 Appréciation globale

Réponse	Moyenne	Total
1	0%	1
2	2%	7
3	28%	92
4	70%	228
Total des réponses à la question	100%	328/328

Jusqu'à 97% des participants ont jugé le contenu comme « en grande partie » ou « totalement » adapté à l'intitulé de la formation et bien calibré en termes de niveau de difficulté.

La formation est considérée comme « en grande partie » ou « totalement » bien documentée par 98% des participants.

5 Le contenu est-il adapté à l'intitulé de la formation ?

Réponse	Moyenne	Total
1	1%	2
2	2%	8
3	18%	59
4	79%	259
Total des réponses à la question	100%	328/328

6 La formation est-elle bien calibrée (niveau de facilité/niveau de difficulté des questions) ?

Réponse	Moyenne	Total
1	1%	2
2	3%	9
3	36%	117
4	61%	200
Total des réponses à la question	100%	328/328

7 La formation est-elle bien documentée ?

Réponse	Moyenne	Total
1	0%	1
2	2%	5
3	16%	52
4	82%	270
Total des réponses à la question	100%	328/328

Concernant la présence de quizz, 98% des apprenants ont estimé que leur présence constituait « en grande partie » ou « totalement » un plus pour la formation.

De même, le scénario évolutif a été plébiscité par 99% des apprenants, « en grande partie » ou « totalement ».

8 Diriez-vous que les quizz sont un plus pour cette formation ?

Réponse	Moyenne	Total
1	1%	3
2	1%	4
3	15%	50
4	83%	271
Total des réponses à la question	100%	328/328

9 Le scénario évolutif est-il un plus dans cette formation ?

Réponse	Moyenne	Total
1	1%	2
2	1%	3
3	16%	51
4	83%	272
Total des réponses à la question	100%	328/328

Le forum du tutorat n'a été utilisé que par 10% des 328 participants ayant terminé la formation, mais 92% d'entre eux ont été satisfaits des réponses apportées.

11 Avez-vous utilisé le forum de tutorat proposé à l'issue de la formation ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	10%	33
Non	90%	295
Total des réponses à la question	100%	328/328

12 Si oui, Avez-vous été satisfait des réponses apportées à vos questions ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	92%	34
Non	8%	3
Total des réponses à la question	11%	37/328

A la question de participer à nouveau à une formation en ligne, 92% des 328 participants qui ont terminé cette première formation e-learning de la SFAP ont répondu positivement.

15 Souhaiteriez-vous participer à nouveau à une autre formation Elearning ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	92%	301
Non	8%	27
Total des réponses à la question	100%	328/328

De manière non exhaustive, parmi les réponses libres apportées à la question « quels thèmes souhaiteriez-vous voir abordés par les prochains modules » on peut citer :

- Les soins palliatifs pédiatriques ;
- Les soins palliatifs en gériatrie et en EHPAD ;
- Les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses ;
- Les traitements symptomatiques et la prise en charge des syndromes réfractaires ;
- Les soins de confort ;
- La gestion des urgences ;
- L'accompagnement des proches et des malades ;

- Les directives anticipées ;
- La spiritualité ;
- Les patients déments, handicapés, psychiatriques ;
- Les différents intervenants et leurs rôles.

A la question ouverte « concernant le module « plateforme information et contenu » de la formation que faut-il conserver ? », il est surtout plébiscité le scénario évolutif, les cas cliniques, les quizz et le format court de la formation.

Parmi les réponses libres apportées à la question « concernant ce module que faudrait-il améliorer », il ressort comme demandes d'avoir :

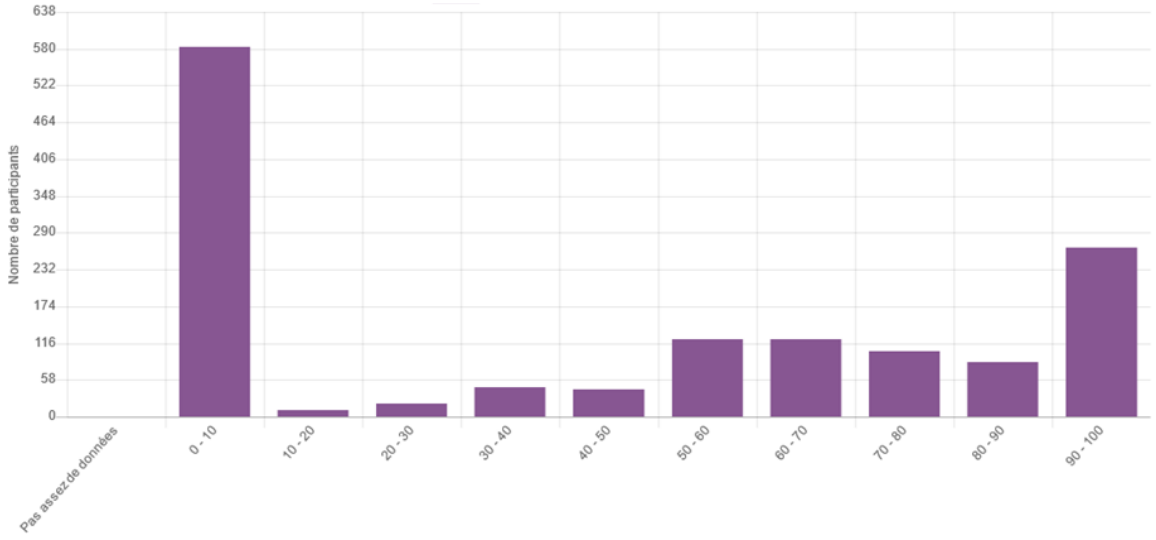
- Plus d'explications notamment sur la mise en pratique ;
- Plus de scénarios et de situations pratiques
- Plus de documents ;
- Plus de quizz et plus d'explications lors des corrections ;
- Plus de vidéos et plus d'animations ;
- Les modalités pratiques de mise en œuvre des sédations ;
- Des sous-titres pour les malentendants.

La dix-neuvième et dernière question ouverte concerne les remarques, critiques et suggestions émises par les participants.

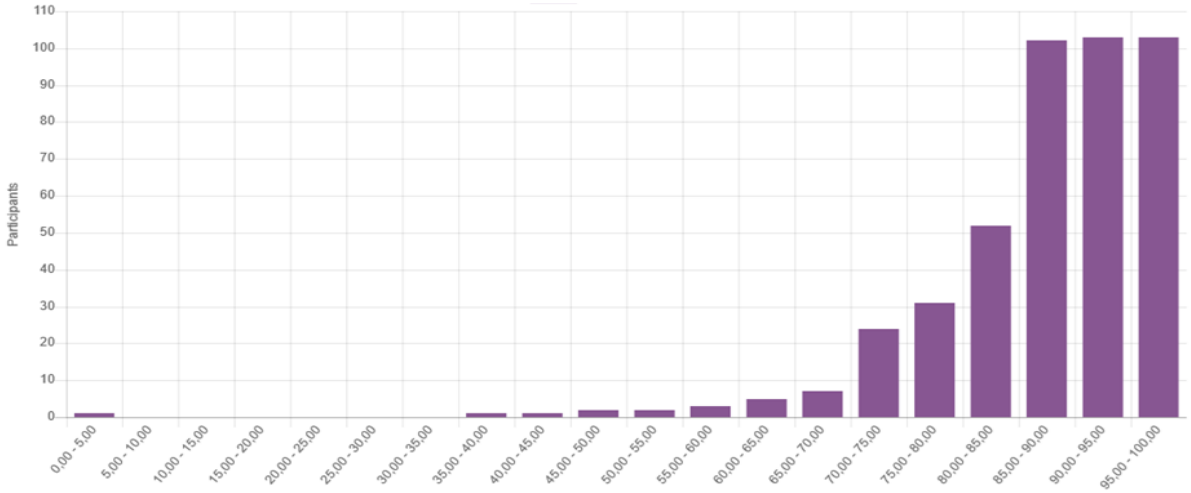
On note une nette progression dans les résultats aux quizz, entre ceux inclus au fur et à mesure de la progression de la formation et le quizz final.

Les moyennes sont calculées pour l'ensemble des participants, même ceux n'ayant pas répondu au questionnaire de satisfaction. On note 1 407 participants aux quizz intermédiaires et 437 au quizz final.

La moyenne globale aux quizz présents dans la présentation est de 51.18/100, alors que la moyenne globale au quizz final est de 87.54/100, soit une progression de 36.36 points.



Résultats aux quizz intermédiaires de 1 407 participants



Répartition des notes au quizz final des 437 répondants.

IV. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

La création de cette formation en ligne sur les sédations est un travail de 2 ans qui a rassemblé plusieurs professionnels d'horizons différents. La vision et le vécu professionnel de chacun, a permis de cerner les points essentiels de ces pratiques pour les rendre le plus compréhensible possible, cette formation étant dédiée aux médecins comme aux professionnelles paramédicaux.

Le parti pris d'informer sur l'évolution de la législation ainsi que sur les définitions des différentes sédations devait permettre de clarifier et de lever les inquiétudes sur ces pratiques, avant même de chercher l'apprentissage des thérapeutiques.

- La pertinence d'un e-learning sur les soins palliatifs faisait sens, cet outil dans l'air du temps permettant de toucher un maximum de professionnels.

Cette formation en ligne se veut comme une initiation aux pratiques sédatives et vise à favoriser l'interaction entre les différents intervenants au domicile.

La volonté de cette formation est de permettre aux participants de développer des compétences de communication relationnelles, que ce soit avec le patient, la famille ou les autres intervenants, et la compétence de coopération afin de favoriser la collaboration en équipe et d'ouvrir le dialogue.

L'acquisition d'un savoir pluridisciplinaire basé sur des recommandations de bonnes pratiques et jalonné de repères éthiques doit permettre aux professionnels de santé de mener une délibération éclairée lors des situations de fin de vie au domicile.

La finalité de cet e-learning est d'aider les professionnels à appréhender une décision de sédation et de questionner la possibilité de sa mise en œuvre au domicile.

L'avantage du format choisi est la durée courte des modules, pouvant être complétés individuellement les uns des autres, et les auto-évaluations qui en découlent. Ce format est largement compatible à un emploi du temps chargé de professionnels de santé.

A chaque étape l'apprenant bénéfice d'explications et a la possibilité de se référer à des outils et des documents de référence mis à disposition.

Les limites de ce travail sont nombreuses.

La première est que la revue de la littérature n'était pas exhaustive. Elle est un aperçu de ce qu'il se fait en France et dans divers pays étrangers, pour essayer de mettre en avant certains points soulignés par les études ou de découvrir des méthodes précurseurs dans le domaine de la formation en soins palliatifs.

La deuxième limite est celle du recrutement des participants. Même si la diffusion du lien vers la formation s'est faite par mail via le conseil de l'ordre, il est fort possible que la majorité des professionnels ayant participé à cet e-learning soit des professionnels déjà fortement impliqués dans le domaine des soins palliatifs.
La portée de cette formation qui tend à cibler, par définition, tous ceux n'ayant que peu de formation aux sédations et aux soins palliatifs est donc difficile à évaluer.

Par ailleurs, le pourcentage de médecins ayant participé à la formation n'est pas connu de façon précise et mériterait d'être questionné pour évaluer quels sont les freins à cette participation. Les ingénieurs en pédagogie n'avaient pas inclus de question sur la profession dans l'évaluation. Il apparait pertinent de l'insérer dans le prochain e-learning.

Une troisième limite à ce travail est le nombre de participants ayant complètement terminé la formation en comparaison à tous ceux l'ayant débuté. Sur les 1 598 participants, 437 participants ont complètement fini la formation et ont accepté de répondre au quizz final. On note un taux d'abandon de 72.3%.

On peut s'interroger sur le fait que les diverses évaluations et notes qui en découlent, aient pu rebuter certains participants à terminer leur session. En effet, il fallait réussir un petit quizz à chaque fin de module pour pouvoir passer au suivant.

Une autre hypothèse pourrait être que certains apprenants aient été intéressés uniquement par le module 1 faisant état des connaissances théoriques et le rappel législatif.

Le format du scénario avec les personnages animés a pu ne pas convenir à tous. Il a néanmoins été testé dans le cadre des études de médecine et très apprécié selon une étude autrichienne [53].

On note que sur les 437 personnes ayant fini les trois modules et répondu au quizz final, 328 ont accepté d'évaluer la formation. A la question « appréciation globale », 98% ont répondu « en grande partie » ou « totalement ».

Le bénéfice en termes d'acquisition de nouvelles compétences avec impact sur la pratique quotidienne pour 90% des participants va dans le sens d'une efficacité ressenti de ce type de formation en ligne. Cependant, à ce jour, aucune étude n'a confirmé le bénéfice réel sur les patients de la formation e-learning des professionnels de santé. [40]

La dernière limite que nous soulèverons ici est l'arrivée quasiment concomitante de notre formation sur internet avec le début de la pandémie de la covid-19.

En effet, la formation sur les sédations a été mise en ligne fin 2019 et n'a bénéficié que de peu de temps avant que l'actualité et la réalité du terrain ne soient complètement tournées vers cette nouvelle pandémie.

Bien que la majorité des participants ait réalisé la formation dans la première année après sa mise en ligne, il est probable que la participation ait été moins importante que prévue courant 2020, l'urgence du moment et la préoccupation principale étant toute à la gestion de cette crise sanitaire.

- Nouvelles perspectives d'évolutions pour la formation suite à la pandémie de la covid-19

La pandémie dû à la covid-19 a radicalement bouleversé la société, la médecine, les moyens de communiquer, d'apprendre et d'échanger des informations médicales. Là où le présentiel était la référence et le e-learning un atout supplémentaire à la formation, les échanges informatiques et distantiels sont devenus la nouvelle norme. En raison des mesures sanitaires, de la distanciation des personnes, de l'interdiction de regroupement particulièrement en salles closes ; internet s'est spontanément et rapidement imposé comme incontournable pour poursuivre les échanges et le partage des connaissances. Dans une période très incertaine, où l'évolution des situations sur le terrain et les connaissances du virus ont évolué très rapidement, il a été nécessaire de pouvoir communiquer tout aussi rapidement auprès du plus grand nombre de professionnels.

Nous avons pu, en effet, constater l'utilisation de plateformes d'échanges en ligne dans des buts médicaux, s'affranchissant des délais et de la distance pour connecter les pays, les hôpitaux et les personnes prenant en charge cette situation nouvelle.

Pour ce qui concerne la médecine palliative ; l'article « *Staying connected and informed* » [55] rapporte le développement des « communautés virtuelles de pratiques » (vCoPs) notamment en soins palliatifs, suite à la pandémie de covid-19. Ces communautés sont définies comme « les activités d'un groupe d'individus unis dans l'action et dans la signification qu'elle a pour eux et pour une communauté plus large ». Ces groupes virtuels rassemblant des professionnels de santé à travers le monde sont présentés comme une réponse possible aux défis contemporains auxquels doivent faire face les soins palliatifs. Selon les auteurs, en mars-avril 2020, à travers le monde nombre de personnes ont utilisé des plateformes d'échanges virtuelles (twitter, facebook, Zoom…) pour avoir des discussions précises et concises concernant les soins palliatifs. Ces échanges en temps réels concernant des problèmes urgents, ont permis de partager de nouvelles informations, des conseils, des stratégies de communication et de gestion des équipes, de gestion des familles, et de l'utilisation des médicaments. Ces connexions se sont faites au-delà de l'espace géographique, incluant des médecins de différents pays et continents, se trouvant à des instants différents de l'avancée de la pandémie. Le développement nécessaire et contraint de la formation en ligne dû à la covid est souligné, le présentiel étant impossible en ces temps de pandémie.

L'article « *Global Palliative Care Education in the Time of COVID-19* » [56] rapporte la création d'une communauté collaborative travaillant sur l'éducation aux soins palliatifs, le GPEC (Global Palliative Education Collaborative). Le GPEC est un partenariat entre les universités de San Francisco, d'Harvard et de Tulane aux Etats-Unis, pour guider et former les professionnels de santé aux soins palliatifs. Des partenariats ont été créés avec deux autres programmes de soins palliatifs, l'un en Ouganda et l'autre en Inde. Le compagnonnage s'est fait dès le départ, en favorisant les échanges par internet entre les protagonistes. Il était proposé ensuite un stage clinique de un mois en Ouganda ou en Inde. L'équipe de soins palliatifs indienne, avec l'aide du GPEC, a mis en place un programme à destination des professionnels de santé qui ont été touchés par la crise du covid-19. Ce programme RICE (Resilience, Inspiration, Storytelling and Empathy) se base sur le soutien d'une communauté en ligne, prête à écouter et partager les expériences des professionnels confrontés à cette pandémie. Parmi les 22 professionnels de santé ayant bénéficié de cette action, la majorité a pu trouver du sens à ce qu'ils vivaient grâce à ce protocole. Ce programme leur a permis une meilleure compréhension de la situation, une plus grande empathie et une meilleure capacité d'écoute dans ce contexte de crise humanitaire. Les auteurs postulent que les crises humanitaires deviendront de plus en plus fréquentes et qu'il faudra aller vers un développement des formations internationales en ligne, basées sur les échanges d'expériences et de pratiques.

Le recours aux contenus en ligne avec notamment la réalisation de séminaires virtuels, aussi appelés « webinaires », s'est très largement développé dans ce contexte. Un « webinaire » désigne un séminaire se tenant en ligne, pour lequel un rendez-vous est fixé avec une heure de début, et un nombre restreint de participants. Il dure en moyenne entre 45 minutes et une heure. L'avantage est le même que pour le e-learning : pouvoir communiquer avec un grand nombre de personnes à travers le pays, voir le monde, tout en préservant la distanciation sociale. L'intervenant s'exprime à l'oral et en direct. Les échanges entre les participants et les intervenants sont possibles en direct via des applications de messagerie instantanées ou chat.

L'utilisation d'un webinaire en complément de ce travail d'initiation en e-learning pourrait être une perspective à ce travail. Le webinaire constitue un intermédiaire intéressant à mi-chemin entre la formation en ligne et la formation en présentiel. Ce format pourrait favoriser le développement de la compétence en éthique ; les discussions éthiques ayant été nombreuses pendant la crise sanitaire. Concernant les compétences dans les domaines de l'écoute, du relationnel, de la relation médecin-patient et de l'implication émotionnelle, les formations en présentiels restent essentielles et indispensables.

V. CONCLUSION

L'évolution récente de la loi sur la fin de vie avec notamment la loi Clayes-Leonetti de 2016, en réponse à une demande de la société de pouvoir finir sa vie à domicile, ouvre un peu plus la possibilité pour le médecin généraliste d'accompagner ses patients dans leurs derniers instants de vie. Pouvoir former ces médecins et professionnels du domicile aux possibilités de prise en charge palliative représente un enjeu majeur.

L'objectif de cette thèse était de réaliser un état des lieux des avancées pédagogiques récentes, de la formation en soins palliatifs des médecins généralistes et de la pertinence des formations en ligne, afin de permettre la création, à la demande de la DGS, d'un outil e-learning gratuit sur les sédations adapté à la pratique de la médecine générale en libéral.

Les médecins généralistes sont demandeurs de formations dans le domaine des soins palliatifs. L'apprentissage en ligne est un bon outil de formation, globalement plébiscité par les professionnels apprenants. L'avantage de cet outil reste principalement de toucher un grand nombre de professionnels et de rendre l'information et la formation accessibles rapidement et au plus grand nombre, sans limite de temps ni d'espace.

La formation « Initiation aux pratiques sédatives » a enregistré une participation de 1598 professionnels depuis sa mise en ligne en novembre 2019. Un peu plus de 27%, soit 437 personnes, ont complété les 3 modules et ont répondu au quizz final.

Si le e-learning n'a pas encore fait la preuve de sa supériorité par rapport à un enseignement classique concernant son impact auprès des patients, l'évolution actuelle des pratiques tend à généraliser ce type de formation. Les professionnels s'approprient aisément ce mode d'apprentissage et le propage rapidement autour d'eux.

Néanmoins, certains aspects de la prise en charge de la fin de vie ne peuvent s'apprendre de manière dématérialisée ; un complément de formation pratique en présentiel encadré par des professionnels de soins palliatifs serait un complément à cette formation en ligne afin de développer les compétences relationnelles nécessaires à ce type de pratiques.

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur

Clermont-Ferrand, le
Le Président du Jury

29/06/2021

Références bibliographiques

1) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118.

2) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF n°95 du 23 avril 2005 page 7089.

3) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF n°0028 du 3 février 2016.

4) https://www.insee.fr/fr/statistiques/3629105

5) Observatoire national de la fin de vie. « Fin de vie, un premier état des lieux ». Synthèse du rapport 2011. Paris: ONFV, 2011. P.224-230

6) Article L 1110-5-3, Code de Santé Publique.

7) Sondage IFOP 18/10/2010, « Les français et la mort en 2010». http://www.ifop.fr/?option=com_publication&type=poll&id=1283

8) Gauthier G., Bernard E., Darrieux JC. «Fin de vie à domicile et préférence pour un lieu de décès : revue de la littérature ». 2015. Revue Exercer, N° 118, Pages 52 à 60.

9) Sophie Pennec, Alain Monnier et co. Enquête « La fin de vie en France ». 2010. Ined.

10) D. SICARD and al. Rapport « Penser solidairement la fin de vie, commission de réflexion sur la fin de vie en France ». 18 décembre 2012. 198 pages.

11) M. AMIEL et G. DERIOT. « Rapport sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ». 27 mai 2015. 103 pages.

12) C. FIAT. « Rapport sur la proposition de loi relative à l'euthanasie et au suicide assisté, pour une fin de vie digne. » 24 janvier 2018. 91 pages.

13) « Les Français et les questions liées à la bioéthique », IFOP, décembre 2017, pp. 16-17

14) P-A GAILLY. Avis du CESE (Conseil économique, social et environnemental) « Fin de vie : la France à l'heure des choix », dans le cadre de la commission temporaire « Fin de vie ». Avril 2018. p49-51. NOR CESL1100010X.

15) JM Carrasco and al. « Palliative Care Medical Education in European Universities : A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development ». 2015, Journal of Pain and Symptom Management.

16) Rotar Pavlič D and co. « Palliative care in primary care : European Forum for Primary Care position paper ». 2019, Primary Health Care Research & Development 20(e133): 1–6. doi: 10.1017/S1463423619000641

17) D. Mallet, N. Denis-Delpierre and al. « Axes pédagogiques pour la formation des internes en médecine lors de stage en structures de soins palliatifs ». Pédagogie Médicale, Volume 14, Numéro 4, novembre 2013, p.285-296. doi.org/10.1051/pmed/2013058

18) E. Wechter, D. Carter O'Gorman, M. K. Singh. « The effects of an early observational experience on medical student's attitudes toward end of life care ». American Journal of Hospice and Palliative Medicine, November 2013. https://doi.org/10.1177/1049909113505760

19) Fanardjis Maxime. « Accompagnement de fin de vie à domicile : ressenti des futurs médecins généralistes sur la formation actuelle et réflexion pour celle à venir ». 2013. Thèse de doctorat. Médecine générale. Université d'Angers, 73 pages.

20) Carlos Centeno, Montse Ballesteros, José Miguel Carrasco, et al. « Does palliative care education matter to medical students ? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. » BMJ Support Palliat Care published online May 20, 2014. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000646

21) Innocenti Nadia. « Quel est le ressenti et les attentes en formation des internes en médecine à Nice en 2016 lors de la prise en charge de patients en fin de vie ». 2016. Thèse de doctorat. Médecine générale. Université de Nice-Sophia Antipolis, 75 pages

22) S. MITCHELL et al. « Providing end-of-life care in general practice : findings of a national GP questionnaire survey ». British Journal of General Practice, September 2016.

23) Virginie Cueille. « Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile : connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure ». 2017. Thèse de doctorat. Médecine générale. Université de Rouen. 114 pages.

24) SELMAN Lucy et al. 2017. « Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK ». BMC Palliative Care. DOI 10.1186/s12904-017-0191-2

25) GK Mitchell and al. « Systematic review of general practice end-of-life symptom control ». BMJ Support Palliative care, January 2018.

26) McMahon D, Wee B. « Medical undergraduate palliative care education (UPCE) ». BMJ Supportive & Palliative Care. 2019. doi:10.1136/bmjspcare-2019-001965

27) Michaël Roffé. « Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en France lors de la prise en charge à domicile de patients en phase palliative d'une maladie grave. » 2020. Thèse de doctorat. Médecine générale. Université de la Sorbonne. 52 pages

28) Tardif J. « L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. » Montréal : Chenelière Éducation, 2006.

29) Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, et al. « Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience ». Revue exercer, 2014 ; 111:33-9.

30) Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, et al. « Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence dans le 3e cycle de médecine générale : difficultés et proposition ». Revue exercer, 2012 ; 103:169-74.

31) Jouquan J, Bail P. « À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? » Pédagogie Médicale, 2003 ; 4:163-75.

32) http://apcpedagogie.com/approche-par-competences/definition-principes-de-lapc/

33) Le Mauff P, Bail P, Gargot F et al., « L'évaluation des compétences des internes de médecines générale ». Revue Exercer, Mars/Avril 2005 n°73-63

34) « Evaluation et amélioration des pratiques : E-learning, Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé ». HAS, Avril 2015.

35) Circulaire DGEFP n° 2001-22 du 20 juillet 2001 relative aux formations ouvertes et/ou à distance « FOAD », Bulletin Officiel du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle N° 2001/16, 5 septembre 2001. NOR : *MESF0110049C*

36) Carré P. « L'autoformation accompagnée en APP ou les sept piliers revisités ». Saint-Denis-La-Plaine: Centre Info; 2014.

37) Commission des Communautés européennes. « Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen. Plan d'action e-learning. Penser l'éducation de demain ». Bruxelles: Commission européenne; 2001.

38) Ghirardini B. « Méthodologies pour le développement de cours e-learning. Un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique ». Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome, 2012.

39) Cook DA, Dupras DM. « A practical guide to developing effective web-based learning ». J Gen Intern Med 2004;19(6):698-707.

40) Vaona A, Banzi R, Kwag KH and al. « E-learning for health professionals ». Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD011736. DOI:10.1002/14651858.CD011736.pub2.

41) https://www.myconnecting.fr/formation/modele-kirkpatrick-evaluer-formation/

42) https://eduscol.education.fr/numerique/dossier/apprendre/jeuxserieux (2015)

43) H. ISAAC « Rapport à Madame Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ». L'Université Numérique, 2008, p.11

44) Idriss Aberkane « Café pédagogique. Interview d'Idriss Aberkane par François Jarraud », 2008

45) Michael STORA, « Les mondes virtuels et l'école ». Les Dossiers de l'ingénierie éducative , n°65, mars 2009, p. 16-17

46) Pelayo et al. « Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians ». BMC Family Practice, 2011 http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/37

47) A. Tan and al. « Death is not always a failure : outcomes from implementing an online virtual patient clinical case in palliative care for family medicine ». Medical Education Online 2013, http://dx.doi.org/10.3402/meo.v18i0.22711

48) Morgane D'Estriché de Baracé. « Quels sont les freins et les motivations à la participation à une formation e-learning pour les médecins généralistes du Finistère ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés de médecins généralistes ayant participé à une session d'e-learning du CHEM ». 2014. Thèse de doctorat. Médecine générale. Université de Brest. 82 pages

49) Joanne Callinan. « Healthcare professional's barriers and facilitators to adopting E-Learning in palliative care education ». 2014. International Journal of Palliative Nursing Vol. 26, No. 8. doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.8.394

50) Schulz-Quach et al. « Can elearning be used to teach palliative care ? Medical student's acceptance, knowledge, and self-estimation of competence in palliative care after elearning. » 2018. BMC Medical Education. DOI 10.1186/s12909-018-1186-2

51) A. Daniels and al. « Increasing access to children's palliative care education throught e-learning : a review of the ICPNC experience ». International Journal of Palliative Nursing, vol. 24, N°7. Jul 2018. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.7.351

52) Onyeka TC and al. « Project OPUS: Development and evaluation of an electronic platform for pain management education of medical undergraduates in resource-limited settings ». 2020 PLoS ONE 15(12): e0243573. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243573

53) E.K. Masel and al. « Using medical comics to explore challenging everyday topics in medicine: lessons learned from teaching medical humanities ». Annals of Palliative Medicine 2020 ; 9(4). doi.org/10.21037/apm-20-261

54) D. Rawlings and al. « Evaluation of an End-of-Life Essentials Online Education Module on Chronic Complex Illness End-of-Life Care. » Healthcare 2020, 8, 297. doi:10.3390/healthcare8030297

55) Jason Mills and al. « Staying connected and informed : Online resources and virtual communities of practice supporting palliative care during the novel coronavirus pandemic ». 2020, Progress in Palliative Care, 28:4, 251-253, DOI: 10.1080/09699260.2020.1759876

56) Glass M and al. « Global Palliative Care Education in the Time of COVID-19 ». Journal of Pain and Symptom Management, 2020. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.018.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire de satisfaction

Exemple de 12 participants

MODULE ELEARNING INITIATION AUX PRATIQUES SEDATIVES

1 : pas du tout
2 : partiellement
3 : grande partie
4 : totalement

1 – Interface et animations de formation :

1 La plateforme Elearning et les différentes fonctionnalités sont-elles parfaitement comprises ?

Réponse	Moyenne	Total
3 grande partie	25%	3
4 totalement	75%	9
Total des réponses à la question	100%	12/12

2 La prise en main s'est-elle faite facilement ?

Réponse	Moyenne	Total
3 grande partie	33%	4
4 totalement	67%	8
Total des réponses à la question	100%	12/12

3 Les animations sont-elles pertinentes ?

Réponse	Moyenne	Total
2 partiellement	17%	2
3 grande partie	17%	2
4 totalement	67%	8
Total des réponses à la question	100%	12/12

2 – Contenu :

Rappel de l'objectif pédagogique général :
« Acquérir et développer ses compétences sur le thème des pratiques sédatives »

Les objectifs d'apprentissage :

- Définir ce qu'est-un symptôme réfractaire et les recours possibles ou non
- Définir les différentes sédations possibles et connaître leurs indications, leurs mises en place, les compétences communicationnelles et relationnelles nécessaires.
- Reconnaître que la sédation proportionnée ne débouche pas toujours sur une sédation profonde et continue.

4 Atteinte des objectifs pédagogiques ?

Réponse	Moyenne	Total
2 partiellement	8%	1
3 grande partie	33%	4
4 totalement	58%	7
Total des réponses à la question	100%	12/12

5 Le contenu est-il adapté à l'intitulé de la formation ?

Réponse	Moyenne	Total
3 grande partie	25%	3
4 totalement	75%	9
Total des réponses à la question	100%	12/12

6 La formation est-elle bien calibrée (niveau de facilité/niveau de difficulté des questions) ?

Réponse	Moyenne	Total
3 grande partie	50%	6
4 totalement	50%	6
Total des réponses à la question	100%	12/12

7 La formation est-elle bien documentée ?

Réponse	Moyenne	Total
2 partiellement	8%	1
3 grande partie	8%	1
4 totalement	83%	10
Total des réponses à la question	100%	12/12

8 Diriez-vous que les quizz sont un plus pour cette formation ?

Réponse	Moyenne	Total
3 grande partie	17%	2
4 totalement	83%	10
Total des réponses à la question	100%	12/12

9 Le scénario évolutif est-il un plus dans cette formation ?

Réponse	Moyenne	Total
3 grande partie	25%	3
4 totalement	75%	9
Total des réponses à la question	100%	12/12

10 Globalement avez-vous acquis de nouvelles compétences avec un impact sur votre pratique au quotidien ?

Réponse	Moyenne	Total
1 pas du tout	8%	1
2 partiellement	8%	1
3 grande partie	58%	7
4 totalement	25%	3
Total des réponses à la question	100%	12/12

11 Avez-vous utilisé le forum de tutorat proposé à l'issue de la formation ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	8%	1
Non	92%	11
Total des réponses à la question	100%	12/12

12 Si oui, Avez-vous été satisfait des réponses apportées à vos questions ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	100%	1
Total des réponses à la question	8%	1/12

13 Pensez-vous que cette formation vous sera utile dans votre pratique professionnelle ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	92%	11
Non	8%	1
Total des réponses à la question	100%	12/12

14 Appréciation globale

Réponse	Moyenne	Total
2 partiellement	8%	1
3 grande partie	33%	4
4 totalement	58%	7
Total des réponses à la question	100%	12/12

15 Souhaiteriez-vous participer à nouveau à une autre formation Elearning ?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	92%	11
Non	8%	1
Total des réponses à la question	100%	12/12

16 Quels thèmes souhaiteriez-vous voir abordés pour les prochains modules ?

Nom	Réponse
S	la loi de 2016 les différents symptomes réfractaires et leur prise en charge
M	Comment expliquer à la famille la mise en place d'une sédation, utiliser "les bons mots", dans le sens où la famille souvent pense que c'est à eux que revient la décision alors que pas du tout , et pour eux cette sédation sonne comme un couperet de mort imminente alors qu'il peut rester des choses à vivre. C'est difficile de former les équipes sur cette thématique.
J	Aucune idée à ce jour.
F	alimentation / hydratation
J	Relation d'aide
V	La communication en fin de vie.
P	La gestion de la douleur Les différentes communications avec des patients trachéotomies ou autre
A	les directives anticipées
M	Souffrance psychologique - Douleur complexe - Symptômes complexes (évaluation - traitement)
C	accompagnement des proches aidants

Total des réponses à la question	12/12

17 Concernant ce module plateforme information et contenu de la formation, que faudrait-il conserver ?

Nom	Réponse
S	tout
M	tout
J	Tout me parait adapté
F	c'est bien
J	Tout
V	Tout
P	Tout
A	Tout est intéressant et ludique
M	cas clinique - quizz
C	scenario evolutif, quizz
N	Tout

Total des réponses à la question 12/12 .

18 Concernant ce module plateforme information et contenu de la formation, que faudrait-il améliorer ?

Nom	Réponse
S	j'ai trouvé que ce E learning est bien organisé et pas trop long en allant à l'essentiel
M	Je ne vois rien pour le moment à améliorer
J	Les voix, trop neutres et fautes de francais : "a décédé durant la nuit", ou alors j'ai mal entendu
F	c'est bien
JC	L'animation
V	Le logiciel s'interrompt quand on ouvre des pdf et il est parfois difficile de se reconnecter
P	Rien
A	Reformulation de certaines questions
M	Aucune infos sur la mise en oeuvre pratique (notamment à domicile) alors que c'est le problème essentiel à ce jour.
M	nc
C	Plusieurs modules auraient été intéressant

Total des réponses à la question 12/12

19 Vos remarques, critiques, suggestions :

Nom	Réponse
J	Question 12 du Quizz de validation : un énoncé contient des informations de correction
V	Voir ci-dessus
P	C'était parfait, clair, compréhensible.
M	Mélange anglais/français dans l'interface assez pénible.
M	nc
C	Un peu déçu de la durée de la formation elearning. J'aurais aimé avoir eu plus de modules

ANNEXE II : Contenu et déroulé de la formation : Pratiques sédatives-Initiation

Introduction à SEDAPALL

- Introduction par Anne de la TOUR
- Rencontrons Marine
- Quizz
- Présentation du guide HAS par F. Guirimond
- SEDAPALL : l'outil pratique pour s'y retrouver dans sédations à visée palliative
- Quizz
- Cadre légal
- Quizz
- Mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès

Scénarios évolutifs : Quand envisager une sédation ?

- 1ère partie : Patient douloureux

- Présentation par Marine
- Scène 1 au domicile
- Quizz
- Scène 2 au domicile
- Quizz
- Conclusion 1ère partie

- 2ème partie : Syndrome réfractaire

- Présentation par Marine
- Scène 1 au domicile
- Scène 2 au téléphone avec le psychologue
- Scène 3 au domicile
- Quizz
- Conclusion 2ème partie

- 3ème partie : Maintien à domicile

- Présentation
- Scène introductive
- Scénario A
- Quizz
- Scénario B
- Quizz
- Conclusion

Thérapeutiques et outils de mesure

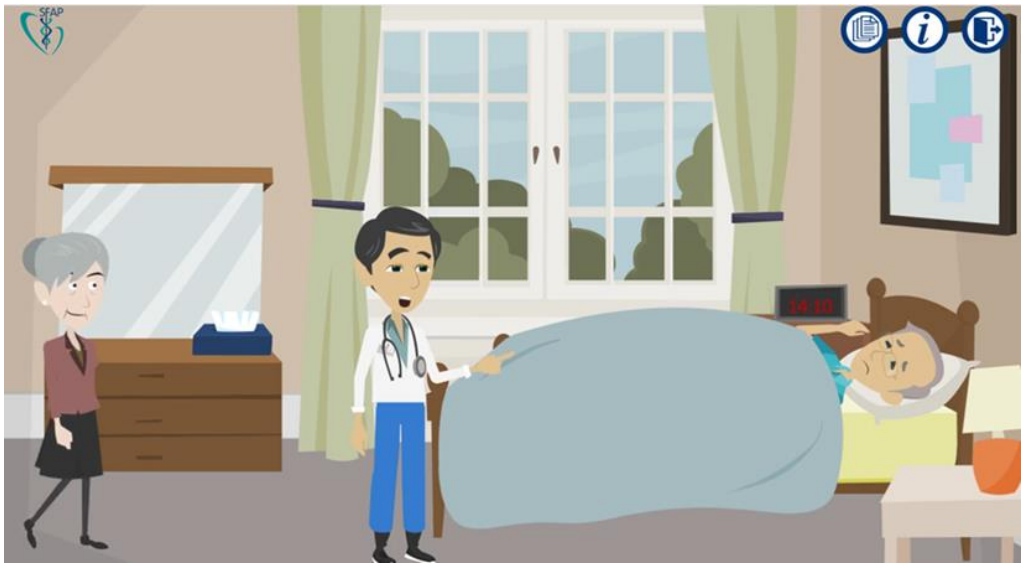
- Présentation
- La mise en œuvre des thérapeutiques
- Les outils de mesure

ANNEXE III : Visuels extraits de la formation « Initiation aux pratiques sédatives » SFAP 2019











SEDAPALL : l'outil pratique pour s'y retrouver dans les sédations à visée palliative

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie	
Axe D Durée prescrite	**type**
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	**type**
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	**type**
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3



L'intentionnalité de la sédation est décrite par SEDAPALL sur 3 axes :

- La durée prescrite qui doit être classée sur une des 3 possibilités : transitoire, indéterminée, ou maintenue jusqu'au décès (DI D2 D3). Ce paramètre conditionne la nature de la réversibilité de la sédation.
- Le niveau de profondeur doit être classé sur une des 2 possibilités : proportionnée ou d'emblée profonde (PI P2).
- Le niveau de consentement ou la demande, doit être classé sur une des 4 possibilités : non obtenu, obtenu de manière anticipée, obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation. Il peut aussi s'agir d'une demande exprimée par le patient. (C0 C1 C2 C3).

Chaque situation de décision de sédation peut ainsi être facilement cotée sur chacun des 3 axes (D 1/2/3 ; P 1/2 ; C 0/1/2/3) ce qui représente 24 situations théoriquement possibles.

Guide SEDAPALL Flyer SEDAPALL

Conduite et modalités de mise en œuvre

La procédure collégiale doit être conduite avant la réalisation d'une sédation sauf situation d'urgence. Comme cela est préconisé dans les recommandations de la SFAP 2010.
Par ailleurs cette procédure collégiale revêt un caractère obligatoire sur le plan légal pour les situations de sédation profonde et continue.

La loi prévoit obligatoirement de suivre une procédure collégiale pour les situations de sédation profonde et continue.



Art. R. 4127-37-3.-I.-A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.

Voici quelques liens et documents utiles

- Comment mettre en oeuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès
- Guide SEDAPALL
- Flyer SEDAPALL
- Guide HAS du parcours de soins : Comment mettre en oeuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?
- Synthèse du guide HAS du parcours de soins – Sédation profonde et continue.
- Rapport Bibliographique Comment mettre en oeuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?
- Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie
- Fiche repère SFAP : Évaluation du Pronostic vital engagé à court terme
- Fiche repère SFAP : Évaluation du caractère réfractaire de la souffrance
- Fiche repère SFAP : Mise en oeuvre médicamenteuse de la sédation
- Modalités pratiques d'une sédation en pédiatrie
- Fiche pratique à destination des professionnels de la santé : sédation profonde et continue
- Guide d'aide à la décision dans la mise en oeuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale
- Textes officiels
- Décret n°2016-1066 du 3 aout 2016

Quizz – Question 1

Dans ce scénario A, où le patient semble apaisé :

- [ ] Le médecin peut faire une sédation profonde et continue si l'épouse le demande
- [ ] Le médecin peut faire une sédation profonde et continue jusqu'au décès si le patient lui en avait fait la demande 2 mois auparavant
- [ ] Lors de cette visite, le patient n'entre pas dans le cadre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès
- [ ] Le médecin peut demander une hospitalisation dans une structure de soins palliatifs avec l'accord du patient, si l'épouse est épuisée
- [ ] Le médecin peut demander une hospitalisation dans une structure de soins palliatifs si le patient a changé d'avis et préfère finalement mourir à l'hôpital pour être en sécurité.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant 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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

RESUME

Introduction : La nouvelle loi Clayes-Leonetti de 2016 introduisant la possibilité de sédations en fin de vie répond à une demande de la société d'améliorer ces derniers instants et notamment de pouvoir mourir au domicile. La méconnaissance de cette loi couplée à l'évolution de la pédagogie en médecine a incité la Direction Générale de la santé à proposer à la SFAP de réaliser une formation en ligne gratuite, concernant les sédations, à destination première des médecins généralistes.

Objectif : L'objectif de ce travail de thèse a été de réaliser une revue de la littérature pour mettre en place un outil de formation en ligne intitulé « Initiation aux pratiques sédatives », adapté à la pratique de la médecine générale en libéral.

Méthode : Nous avons effectué une revue narrative de la littérature entre 2011 et 2020 sur l'évolution récente de la pédagogie en médecine, l'intérêt du e-learning dans l'apprentissage en médecine et les besoins en formation en soins palliatifs des médecins généralistes.

Résultats : Les médecins généralistes sont demandeurs de formations en soins palliatifs et le e-learning apparait comme un bon outil pour diffuser des connaissances au plus grand nombre sans contraintes de temps ni de lieu.
Sur les 1598 professionnels de santé ayant participé au e-learning « Initiation aux pratiques sédatives » depuis novembre 2019 (date de mise en ligne), sur une durée de 20 mois, 20% d'entre eux (328 personnes) ont terminé les 3 modules et ont évalué la formation.
Les 98% de ceux qui ont terminé la formation l'ont appréciée « en grande partie » ou « totalement ». La plateforme et les différentes fonctionnalités ont été comprises « en grande partie » ou « totalement » par 97% des professionnels. Parmi les professionnels ayant complété la formation 90% ont jugé qu'ils avaient acquis « en grande partie » ou « totalement » de nouvelles compétences avec un impact sur leur pratique quotidienne. Les objectifs pédagogiques ont été considérés atteints « en grande partie » ou « totalement » par 97% des professionnels. Au total, 317 personnes soit 97%, ont jugé que cette formation avait un intérêt pour leur pratique professionnelle.

Conclusion : Si aucune étude n'a encore mis en évidence la supériorité du e-learning par rapport à l'apprentissage classique en présentiel, concernant son impact auprès des patients, l'évolution actuelle des pratiques tend à généraliser ce type de formation en ligne. Les professionnels s'approprient aisément ce mode d'apprentissage et le propage rapidement autour d'eux.
Néanmoins certains aspects de la prise en charge de la fin de vie ne peuvent s'apprendre de manière dématérialisée. Un complément de formation en présentiel encadré par des professionnels de soins palliatifs serait nécessaire au développement des compétences relationnelles liées à de telles pratiques.

MOTS-CLES

Médecins généralistes/general practitioner, formation en ligne/training/e-learning, pédagogie, soins palliatifs/palliative care, sédation