



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 236

Analyse des besoins en formation en oncologie médicale chez les étudiants de la FMPM

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/12/2021

PAR

Mlle. **Khaoula HAJJ**

Née Le 10 Décembre 1996 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Besoins en formation-Formation en oncologie-Prise en charge oncologie -
Etudiants- Auto- Evaluation-Médecine générale

JURY

Mme.	R. BELBARAKA Professeur en Oncologie	PRESIDENT
M.	I. ESSADI Professeur en Oncologie	RAPPORTEUR
M.	M. LAHKIM Professeur en Chirurgie Viscérale	} JUGES
M.	S. ZOUHAIR Professeur en Microbiologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ قَوْلُ اللَّهِ الْعَظِيمِ

(سورة البقرة)



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera
mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles
traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	OUALI IDRÏSSI Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOÛI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto- Rhino - Laryngologie

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Raby	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



REMERCIEMENTS



*A notre maître et présidente de thèse, Pr. R. BELBARAKA,
Chef de service d'oncologie médicale au centre d'oncologie et
d'hématologie CHU Mohammed VI de Marrakech Professeur
d'enseignement supérieur en Oncologie à la faculté de médecine et de
pharmacie de Marrakech.*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en
acceptant aimablement la présidence de notre jury de thèse. Femme de
grandes valeurs, vous nous avez toujours marqué par vos qualités
professionnelles et humaines, ainsi que par votre grande bienveillance et
humilité. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute
considération et de notre profond respect*

*A notre maître et rapporteur de thèse, Pr. I. ESSADI,
chef de service d'oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne de
Marrakech, professeur d'enseignement supérieur en Oncologie à la faculté
de médecine et de pharmacie de Marrakech.*

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail.

*Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité une
grande admiration et un profond respect.*

*Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Vous
nous avez accompagnés, lors de la réalisation de ce travail, avec grande
rigueur scientifique, disponibilité et patience malgré vos occupations et
responsabilités. Vos orientations ont permis à ce travail de voir le jour, vos
remarques judicieuses ont permis de l'affiner. En espérant avoir été à la
hauteur de vos attentes, veuillez croire à l'expression de notre
reconnaissance et de notre profond respect.*

À notre maître et juge de thèse PR. M. LAHKIM professeur agrégée de l'enseignement supérieur à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech
Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse. Votre savoir et votre sagesse suscitent toute notre admiration. Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance.

À notre maître et juge de thèse PR. S. Zouhair Professeur et chef de service de microbiologie à l'hôpital militaire Avicenne
Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à ce jury de thèse. Votre modestie, votre sympathie et votre amabilité sont dignes de considération. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon respect, mon admiration et ma gratitude pour la qualité de la formation que vous nous prodiguée.



FIGURES & TABLEAUX



Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des étudiants en fonction du sexe
- Figure 2** : Répartition des étudiants en fonction de l'âge
- Figure 3** : Répartition des étudiants selon leur année d'études
- Figure 4** : Répartition des étudiants selon leur statut
- Figure 5** : Satisfaction par la formation en oncologie
- Figure 6** : Passage en stage d'oncologie médicale
- Figure 7** : Durée du passage en stage d'oncologie
- Figure 8** : Réponse du stage aux besoins de formation
- Figure 9** : Obligation du passage en stage d'oncologie médicale
- Figure 10** : Année convenable pour le passage stage d'oncologie médicale
- Figure 11** : Le module d'oncologie-hématologie
- Figure 12** : La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie digestive
- Figure 13** : Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive
- Figure 14** : La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents
- Figure 15** : La pertinence de l'explication de la sémiologie
- Figure 16** : Clarté de l'étude clinique et paraclinique
- Figure 17** : L'intérêt du dispositif d'annonce
- Figure 18** : Multidisciplinarité et intérêt de la RCP
- Figure 19** : Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence
- Figure 20** : L'explication de l'intérêt des soins palliatifs
- Figure 21** : L'intérêt de la surveillance post et son rythme
- Figure 22** : La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie thoracique
- Figure 23** : Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive
- Figure 24** : La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents
- Figure 25** : La pertinence de l'explication de la sémiologie
- Figure 26** : Clarté de l'étude clinique et paraclinique
- Figure 26** : L'intérêt du dispositif d'annonce

- Figure 28** : Multidisciplinarité et intérêt de la RCP
- Figure 29** : Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence
- Figure 30** : L'explication de l'intérêt des soins palliatifs
- Figure 31** : L'intérêt de la surveillance post et son rythme
- Figure 32** : La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie gynéco-mammaire
- Figure 33** : Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive
- Figure 34** : La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents
- Figure 35** : La pertinence de l'explication de la sémiologie
- Figure 36** : Clarté de l'étude clinique et paraclinique
- Figure 37** : L'intérêt du dispositif d'annonce
- Figure 38** : Multidisciplinarité et intérêt de la RCP
- Figure 39** : Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence
- Figure 40** : L'explication de l'intérêt des soins palliatifs
- Figure 41** : L'intérêt de la surveillance post et son rythme
- Figure 42** : La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie de l'appareil urinaire
- Figure 43** : Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive
- Figure 44** : La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents
- Figure 45** : La pertinence de l'explication de la sémiologie
- Figure 46** : Clarté de l'étude clinique et para-clinique
- Figure 47** : L'intérêt du dispositif d'annonce
- Figure 48** : Multidisciplinarité et intérêt de la RCP
- Figure 49** : Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence
- Figure 50** : L'explication de l'intérêt des soins palliatifs
- Figure 51** : L'intérêt de la surveillance post et son rythme
- Figure 52** : La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie ORL
- Figure 53** : Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive
- Figure 54** : La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents
- Figure 55** : La pertinence de l'explication de la sémiologie
- Figure 56** : Clarté de l'étude clinique et paraclinique

- Figure 57** : L'intérêt du dispositif d'annonce
- Figure 58** : Multidisciplinarité et intérêt de la RCP
- Figure 59** : Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence
- Figure 60** : L'explication de l'intérêt des soins palliatifs
- Figure 61** : L'intérêt de la surveillance post et son rythme
- Figure 62** : La pertinence des objectifs de l'enseignement dans les autres enseignements d'oncologie
- Figure 63** : Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive
- Figure 64** : La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents
- Figure 65** : La pertinence de l'explication de la sémiologie
- Figure 66** : Clarté de l'étude clinique et paraclinique
- Figure 67** : L'intérêt du dispositif d'annonce
- Figure 68** : Multidisciplinarité et intérêt de la RCP
- Figure 69** : Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence
- Figure 70** : L'explication de l'intérêt des soins palliatifs
- Figure 71** : L'intérêt de la surveillance post et son rythme
- Figure 72** : Examen d'un nodule du sein suspect de malignité (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 73** : Examen d'un col de l'utérus tumoral (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 74** : Examen d'une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 75** : Diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 76** : Diagnostic d'une ascite lors d'un cancer (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 77** : Reconnaître les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimétabolites (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 78** : Interpréter une numération formules sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 79** : Evaluer une douleur cancéreuse (fréquence, gravité, problèmes)
- Figure 80** : Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux (fréquence, gravité, problèmes)

Figure 81 : Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte (fréquence, gravité, problèmes)

Figure 82 : Réaliser une ponction d'ascite (fréquence, gravité, problèmes)

Figure 83 : Réaliser une ponction d'ascite (fréquence, gravité, problèmes)

Figure 84 : Pyramide de Bloom- Approche par objectifs

Liste des tableaux

- Tableau 1** : Récapitulatif de l'enseignement des chapitres d'oncologie dans les différents modules: pourcentage des étudiants qui jugent que les différents items sont moyennement ou pas du tout satisfaisants
- Tableau 2** : Résultats obtenus par notre étude pour l'apprentissage de la formation en stages hospitaliers



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

CHU	: Centre hospitalier universitaire
ECOS	: Examen clinique objectif structuré
FMPM	: Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
FGP	: Fiche fréquence gravité problème
MBBS	: Bachelor of medicine, Bachelor of surgery
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORL	: Otorhinolaryngologie
PNPCC	: Plan national de prévention et de contrôle du cancer
RCP	: Réunion concertation pluridisciplinaire
SCIM	: Structured clinical instruction modules
UICC	: Union internationale contre le cancer
VADS	: Voies aérodigestives supérieurs



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type de l'étude	5
II. Population cible	5
III. Le questionnaire et la fiche (FGP)	5
IV. Critères d'inclusion et d'exclusion	7
1. Critères d'inclusion	7
2. Critères d'exclusion	7
V. Déroulement de l'étude	7
VI. Analyse statistique	8
RESULTATS	9
I. Participation	10
II. Description de la population cible	10
1. Genre	10
2. Age	10
3. Niveau d'étude	11
4. statut	12
5. Appréciation générale de la formation en oncologie	12
6. Appréciation générale du stage d'oncologie	13
7. Le module d'oncologie-hématologie	15
III. L'enseignement des chapitres d'oncologie dans différents modules	16
1. Cancérologie digestive	16
2. Cancérologie thoracique	21
3. Cancérologie Gynéco-mammaire	27
4. Cancérologie de l'appareil urinaire	32
5. Cancérologie ORL	37
6. Autres enseignements de cancérologie	42
IV. Appréciation de la formation lors des stages hospitaliers	47
1. Examen d'un nodule du sein suspect de malignité	47
2. Examen un col de l'utérus tumoral	48
3. Examen d'une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL	50
4. Diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer	52
5. Diagnostic d'une ascite lors d'un cancer	53
6. Reconnaître les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques	55
7. Interpréter une numération formule sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie	56
8. Evaluer une douleur cancéreuse	58
9. Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux	59
10. Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte	61
11. Réaliser une ponction d'ascite	62

12. Réaliser une ponction pleurale	64
DISCUSSION.....	66
I. Définition des besoins de formation	67
II. Besoins en formation en oncologie	69
III. Les besoins en formation: < L'essence > de la réforme des études médicales	72
IV. Contextualisation marocaine des besoins en formation en oncologie médicale	73
V. Appréciation de la formation théorique par localisation tumorale.....	75
1. L'établissement des objectifs d'enseignement de la cancérologie	75
2. Clarté des données épidémiologiques	78
3. L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers.....	78
4. Pertinence de l'explication de la sémiologie	78
5. Clarté de l'étude clinique paraclinique	79
6. L'intérêt du dispositif d'annonce.....	79
7. Multidisciplinarité et intérêt de la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	80
8. Explication de la stratégie thérapeutique	81
9. L'intérêt des soins palliatifs	82
10. L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme	82
VI. APPRECIATION DE LA FORMATION LORS DES STAGES HOSPITALIERS.....	85
1. Examiner un nodule du sein suspect de malignité.....	88
2. Examiner un col de l'utérus tumoral	90
3. Examiner une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL :	91
4. Poser le diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer	92
5. Poser le diagnostic d'une ascite lors d'un cancer	92
6. Reconnaître les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques	92
7. Interpréter une numération formule sanguine d'un syndrome d'insuffisance Médullaire post chimiothérapie	93
8. Évaluer une douleur cancéreuse	94
9. Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux.....	96
10. Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient Adulte.....	97
11. Réaliser une ponction d'ascite.....	100
12. Réaliser une ponction pleurale.....	100
VII. Recommandations	102
CONCLUSION.....	103
RESUMES.....	105
ANNEXES.....	112
BIBLIOGRAPHIE.....	119



INTRODUCTION



Le cancer constitue dans le monde un fléau global et un problème majeur de santé publique du fait de sa fréquence et de son fort taux de mortalité. Les projections, d'ici 2040, prévoient une augmentation notable du nombre de nouveaux cas de cancer, estimés à 29,5 millions de nouveaux cas et à plus de 16,5 millions de décès imputables au cancer dans le monde .[1]

Le Maroc est également affecté par ce fléau mondial. Le nombre estimé de nouveaux cas de cancer par année avoisine les 50 000 nouveaux cas ; malgré les importants efforts consentis ces dernières années, la mortalité reste importante, les tumeurs seraient la 2^{ème} cause de décès au Maroc avec 13.4% de décès, après les maladies de l'appareil cardio-vasculaire.[1]

L'oncologie médicale est une spécialité dont le domaine d'expertise concerne les traitements médicaux du cancer (Chimiothérapies, hormonothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie). C'est l'une des premières spécialités à s'organiser selon un mode pluridisciplinaire.[2]

La médecine générale, par sa polyvalence, est au cœur de la prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes. C'est la spécialité de première ligne en termes d'offre de soins. Par conséquent, le médecin généraliste doit être armé des connaissances professionnelles nécessaires pour accompagner le patient dans toutes les phases de la maladie cancéreuse. Ces connaissances doivent s'organiser une approche globale et intégrée, incluant la souffrance psychologique, spirituelle et sociale du patient et de sa famille. Sans oublier le rôle crucial du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage de la maladie cancéreuse.[3]

De ce fait, tous les étudiants en médecine en cours de formation doivent s'imprégner d'une culture oncologique variée, et orientée vers les besoins de santé prioritaires du pays, d'où la nécessité de l'analyse des besoins en formation. Il s'agit de définir l'écart entre la performance actuelle des étudiants et celle souhaitée pour conduire la tâche professionnelle [4], et enfin mettre en œuvre les méthodes d'enseignement et d'évaluation qui pourront cerner cet écart.[5]

Néanmoins, une problématique fut observée dans le contexte marocain au fil de ces dernières années, celle de l'inadéquation de la formation médicale théorique avec le volet pratique.[6]

Ainsi en 2015, le projet de la nouvelle réforme des études médicales a vu le jour, et a été mis en vigueur à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en septembre de la même année.[7]

En outre, étant donné que l'enseignement moderne implique une approche participative incluant l'étudiant dans sa propre formation en lui permettant d'évaluer cette dernière, l'appréciation du niveau de concordance entre la formation théorique reçue ainsi que les compétences nécessaires en pratique, est indéniablement l'une des étapes fondamentales pour fonder un système de formation efficace et efficient [8]

Pour notre part, nous nous sommes attachés à l'identification des besoins chez les étudiants en 2ème cycle ayant passé la plus grande partie de leur formation aussi bien théorique que pratique, en plus de la formulation de recommandations y remédiant.

La première étape de notre démarche a été d'évaluer les besoins en formation pratique et théorique. La seconde étape a été de définir les objectifs d'apprentissage pour satisfaire ces besoins. L'analyse a été faite selon une enquête transversale sous forme d'un auto-questionnaire, en plus d'une fiche FGP (Fréquence, Gravité, Problèmes) proposé par D'Ivernois qui est centré sur l'identification des « vrais problèmes ».[9]

Nous nous sommes assignés comme objectifs de ce travail:

- Analyser les besoins pédagogiques afin d'optimiser la formation théorique.
- Définir l'écart entre les compétences requises, et les compétences acquises par un étudiant lors du stage clinique en oncologie.
- Définir la nature des problèmes rencontrés, lors du stage hospitalier, qui empêchent l'acquisition des compétences visées.
- Elaborer les recommandations répondant aux besoins déterminés.



*MATERIELS
ET
METHODES*



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive explorant la formation en oncologie médicale, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (FMPM), chez les étudiants du 2^{ème} cycle sous forme d'auto-questionnaire et une fiche FGP mis à leur disposition sur une période de 6 mois du 30 mars 2021 au 30 septembre 2021.

II. Population cible :

Cette étude a été menée auprès des étudiants de 2^{ème} cycle: 6^{ème} année, 7^{ème} année, les étudiants en instance de thèse au titre de l'année universitaire 2020-2021 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

Le nombre total d'étudiants inscrits au titre de l'année universitaire 2020-2021 était de 915 étudiants (Annexe 1).

III. Le questionnaire et la fiche (FGP) : (Annexe 2)

Notre enquête s'appuie sur un questionnaire qui a été élaboré et validé en se basant sur une revue de la littérature effectuée sur Pubmed/Medline.

Nous avons utilisé des combinaisons variées des mots clefs suivants : « Besoin de formation » - « Evaluation de stage » - « Oncology education » - « Undergraduate oncology education » - « Medical student satisfaction survey » - « Cancer education » -

Ce questionnaire est subdivisé en 3 parties :

- La première partie est composée de questions transversales permettant de décrire la population cible de l'étude, ainsi qu'une appréciation générale des objectifs globaux des apprentissages. Elle comporte 11 questions, dont 4 portant sur les caractéristiques sociodémographiques de la population cible de l'étude, et 7 sur la formation globale, théorique et pratique dont l'étudiant a bénéficié. Deux questions concernant le passage en stage d'oncologie et le jugement des étudiants sur l'obligation de ce passage amènent à une réponse par oui ou non.
- La deuxième partie consiste à évaluer plus précisément l'enseignement des chapitres de cancérologie dans les différents modules (cancérologie digestive, thoracique, gynéco-mammaire, de l'appareil urinaire, ORL et autres), sous forme d'un tableau composé de 10 questions à choix multiples et d'une échelle de Likert à 3 points. Les questions reposent sur une appréciation plus approfondie des modules enseignés (l'épidémiologie, la sémiologie, l'étude clinique, la stratégie thérapeutique, la surveillance post-thérapeutique)

Au total, le questionnaire comporte 19 questions fermées et deux questions ouvertes concernant l'âge des étudiants et la durée du passage en oncologie médicale

- La troisième partie consiste en une fiche FGP (fréquence, gravité, problème). C'est un outil qui permet de développer une méthode de quantification et d'analyse qualitative des besoins de formation d'un groupe, en permettant la prise en compte, à l'intérieur de ce groupe, des besoins de chaque individu[9] . Cette fiche nous a permis d'évaluer les items figurant sur le guide de stage[10] de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech selon la fréquence du problème, sa gravité et enfin sa nature (un problème de savoir, de savoir-faire ou de savoir être).

IV. Critères d'inclusion et d'exclusion :

1. Critères d'inclusion :

Les étudiants inscrits en 6^{ème} année, 7^{ème} année et en instance de thèse à la FMPM durant l'année universitaire 2020–2021 ayant répondu complètement à notre questionnaire.

2. Critères d'exclusion :

- Les étudiants n'ayant pas répondu au questionnaire.
- Les étudiants de 1^{ère} à la 5^{ème} année et les résidents.
- Les étudiants d'autres facultés de médecine .

V. Déroulement de l'étude :

Après validation du questionnaire par l'encadrant, notre questionnaire a été testé auprès d'une dizaine d'étudiants sur format papier et sous format électronique sur un support numérique accessible en ligne « Google Forms », afin de s'assurer de sa faisabilité, de la bonne compréhension des questions, d'en rectifier la formulation lorsque cela était nécessaire pour lever les éventuelles ambiguïtés, et finalement d'avoir une estimation correcte de la durée de passation. Celle-ci a été estimée à une quinzaine de minutes.

Ce lien a été diffusé via les plateformes de réseaux sociaux dédiées aux étudiants de la FMPM par le biais du bureau des étudiants de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Marrakech, puis nous sommes allés à la rencontre des étudiants au niveau des différents services hospitaliers où se déroulent leurs stages de formation. Deux relances ont été effectuées à 15 jours d'intervalle.

Le contexte et les objectifs de l'étude ont été expliqués aux étudiants et tous les étudiants présents pouvaient participer de manière volontaire, totalement anonyme et confidentielle.

VI. Analyse statistique :

La plateforme en ligne utilisée pour administrer le questionnaire « Google Forms » permettait la récupération du fichier résultats sous forme de tableaux Excel et de graphiques. Les résultats sont exprimés en nombres et en pourcentages.



RESULTATS



I. Participation :

Le questionnaire a été partagé sur les différentes plateformes électroniques regroupant les étudiants du 2ème cycle de LA FMPM. 101 réponses ont été collectées à l'issue de la période déterminée, soit un taux de participation de 11%.

II. Description de la population cible :

1. Genre :

Notre échantillon était constitué de 66.3% (67) de femmes et de 33.7% (34) d'hommes, ce qui représente un ratio Femmes/Hommes de 1.96. (Figure 1).

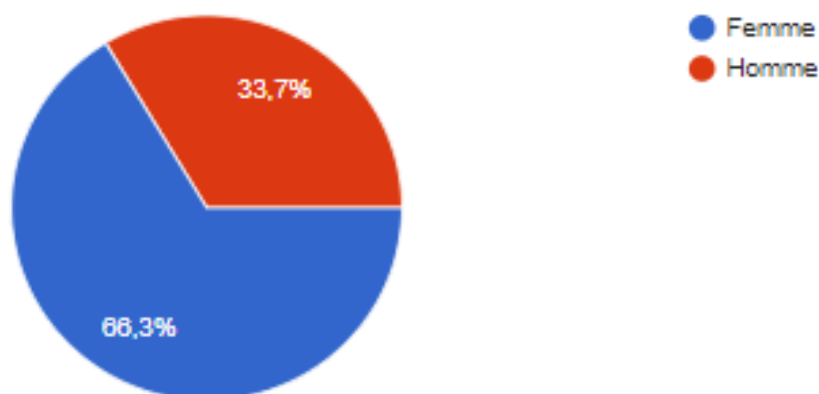


Figure 1 : Répartition des étudiants en fonction du genre

2. Age :

L'âge des participants varie entre 23 et 26 ans, La moyenne d'âge de notre échantillon était de 24 ans.

Ce graphique présente la répartition par tranche d'âge, des étudiants ayant participé à notre étude (Figure 2).

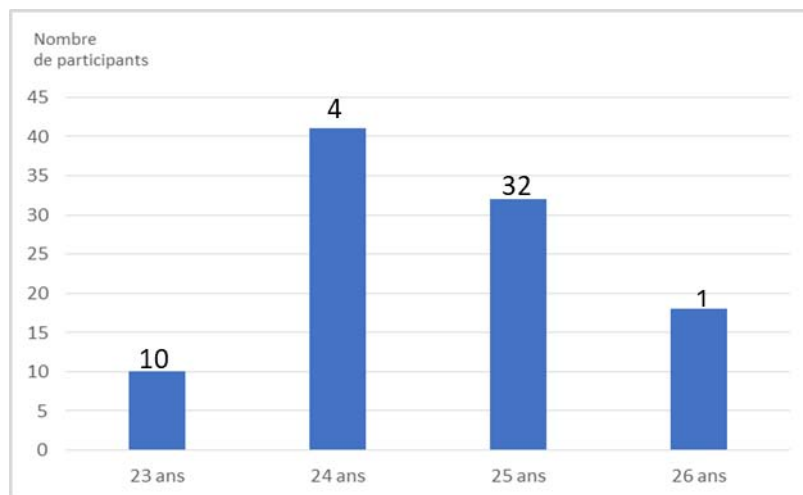


Figure 2 : Répartition des étudiants en fonction de l'âge

3. Niveau d'étude :

L'étude de la répartition des étudiants selon leur année d'étude a retrouvé un maximum de participation de la part des étudiants de la 7ème année à hauteur de 59,4% (60) du total des répondants, et un minimum de la part des étudiants en instance de thèse à hauteur de 13,9% (14) du total des répondants (Figure 3)

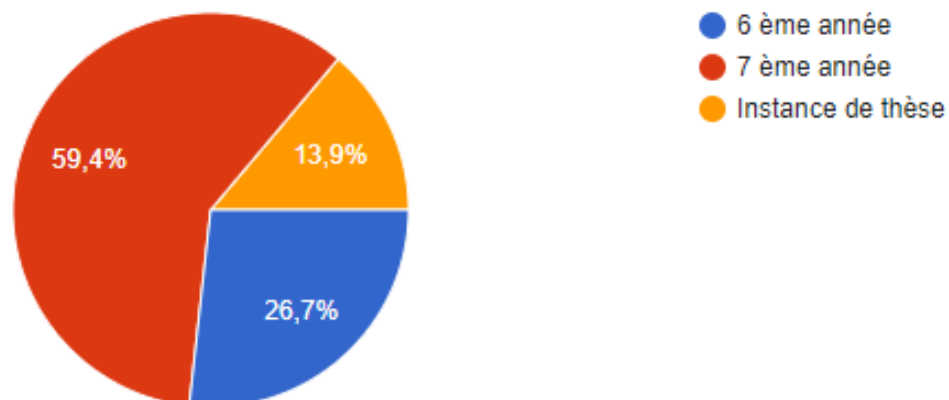


Figure 3 : Répartition des étudiants selon leur année d'étude

4. statut :

74,5% (75) de la totalité de notre échantillon sont des faisant-fonction d'interne, tandis que 25,5% (26) sont des internes de CHU. (Figure 4)

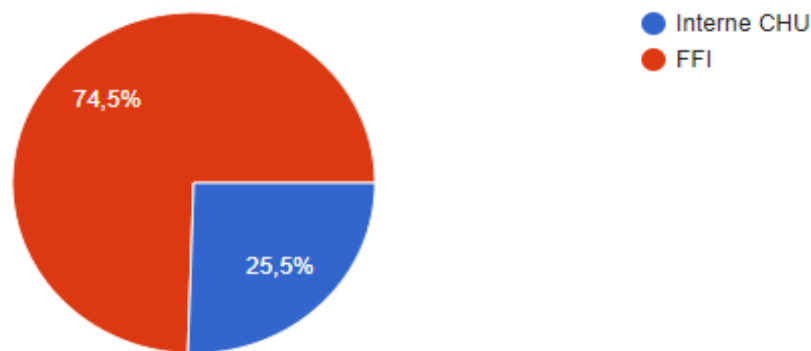


Figure 4: Répartition des étudiants selon leur statut

5. Appréciation générale de la formation en oncologie :

Cinquante-et-un pour cent (52) de la totalité des participants étaient moyennement satisfaits par la qualité de formation en oncologie médicale, tandis que 41,6% (42) d'entre eux n'étaient pas du tout satisfaits par la qualité de cette dernière. Seuls 6,9% (7) de la totalité de notre échantillon pensaient que la formation en oncologie était tout à fait à la hauteur de leurs attentes. (Figure 5)

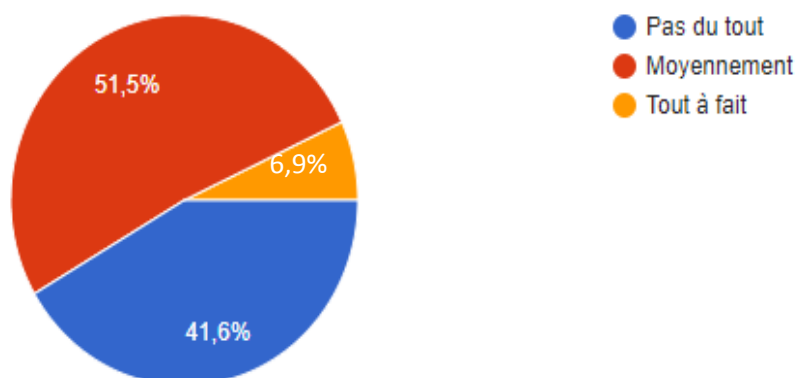


Figure 5: Satisfaction par la formation en oncologie

6. Appréciation générale du stage d'oncologie:

Plus que la moitié des étudiants (58) avaient effectué un passage en oncologie médicale avec un taux de 57,4 %. (Figure 6). Ce sont des stages dont la durée varie entre 3 semaines et 10 semaines, avec une majorité d'étudiants ayant bénéficié d'un passage de 8 semaines (Figure 7). Parmi les 58 étudiants ayant bénéficié de ce stage, 32 (55,2%) pensaient qu'il a moyennement répondu à leurs besoins, 20 (34,5%) estimaient qu'il n'a pas du tout répondu à leur besoins, et enfin 6 (10,3%) étudiants jugeaient que ce stage a répondu tout à fait à leurs besoins en formation. (Figure8)

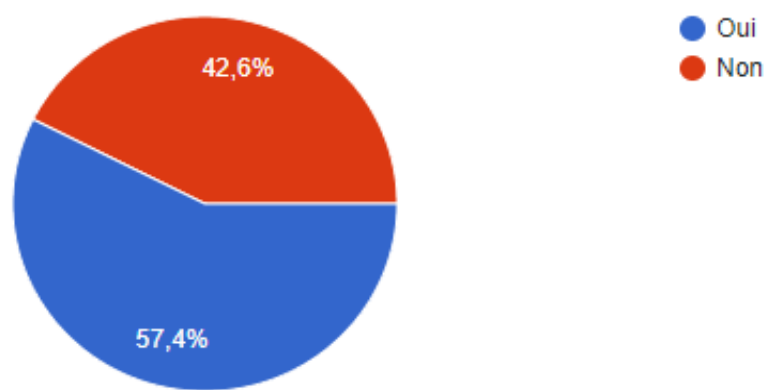


Figure 6 : Passage en stage d'oncologie médicale

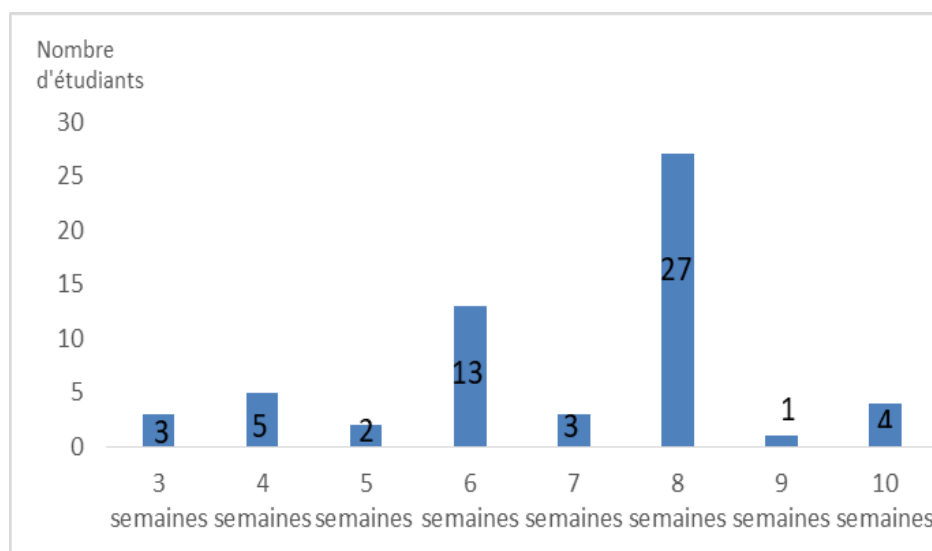


Figure 7 : Durée du passage en stage d'oncologie

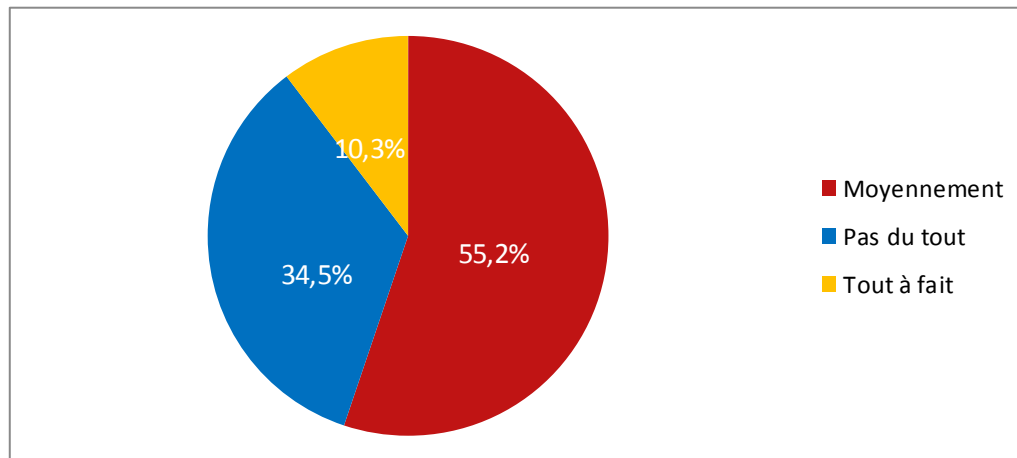


Figure 8 : Réponse du stage aux besoins de formation

Cinquante-quatre (53%) étudiants de notre échantillon pensaient que le passage en oncologie médicale devrait être rendu obligatoire. (Figure 9)

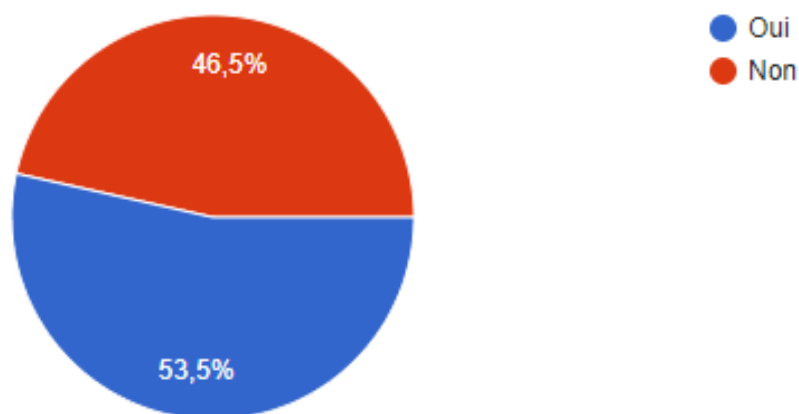


Figure 9 : Obligation du passage en stage d'oncologie médicale

Quarante (39,6%) étudiants pensaient que la « sixième année » serait l'année la plus convenable pour le passage en oncologie médicale, par contre 35,6%(36) trouvaient que la « cinquième année » sera plus convenable, 24,6% (25) d'entre eux pensaient que c'est un passage de « quatrième année ». (Figure 10).

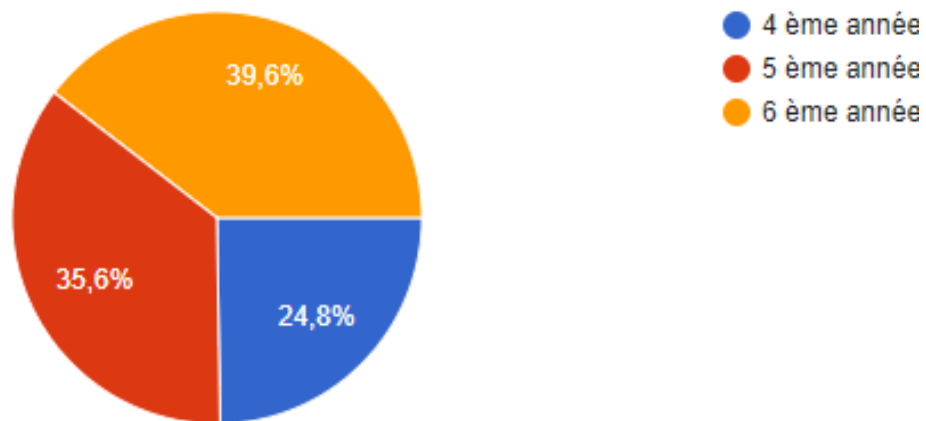


Figure 10 : Année convenable pour le passage stage d'oncologie médicale

7. Le module d'oncologie-hématologie :

Soixante-dix (69,3%) étudiants estimaient que le module d'oncologie-hématologie est moyennement complet, tandis que 23% (24) le jugeaient complet. Enfin, 6,9% (7) d'entre eux trouvent qu'il n'est pas du tout complet. (Figure 11).

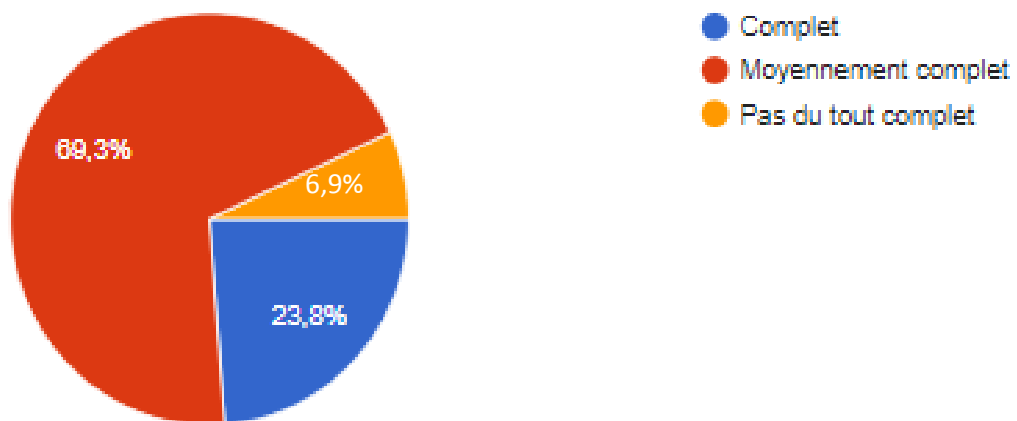


Figure 11 : Le module d'oncologie hématologie

III. L'enseignement des chapitres d'oncologie dans différents modules :

1. Cancérologie digestive :

1.1.La pertinence des objectifs de l'enseignement :

Cinquante étudiants (49,5%) estimaient que la pertinence des objectifs d'enseignement en oncologie digestive est moyennement satisfaisante. Quarante étudiants (39,6%) considéraient que les objectifs d'enseignement sont tout à fait pertinents. Enfin, 11 étudiants (10,9%) estimaient que l'établissement des objectifs d'enseignement n'est pas du tout pertinent (Figure 12).

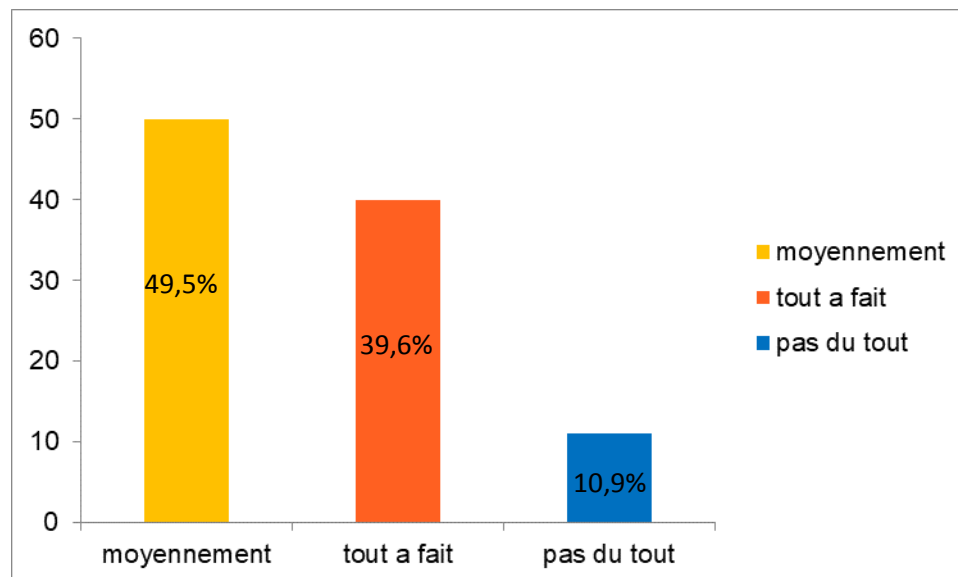


Figure 12: La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie digestive

1.2.La compréhension des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les données épidémiologiques, 46 étudiants (45,5%) pensaient qu'elles sont moyennement claires, contre 42 (41,6%) qui les jugeaient tout à fait claires. Treize étudiants (12,9%) pensent que les données épidémiologiques n'étaient pas du tout claires (Figure 13).

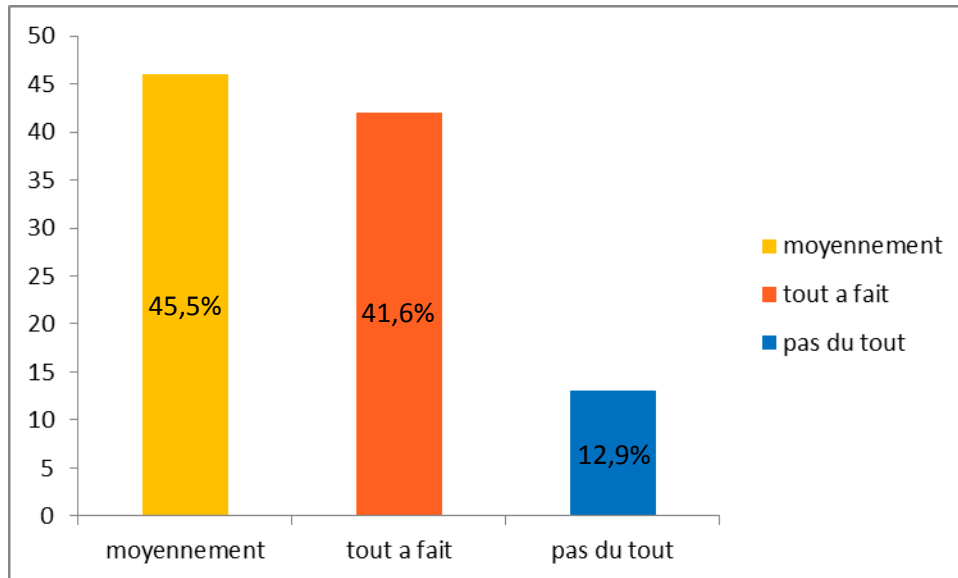


Figure 13: Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive

1.3.L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

Selon les étudiants ayant participé à l'étude, 52 étudiants (51,5%) pensaient que l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était très bien expliqué, 35 étudiants (34,6%) pensaient qu'il était moyennement bien expliqué et 14 étudiants (13,9%) pensaient qu'il n'était pas du tout bien expliqué (Figure 14).

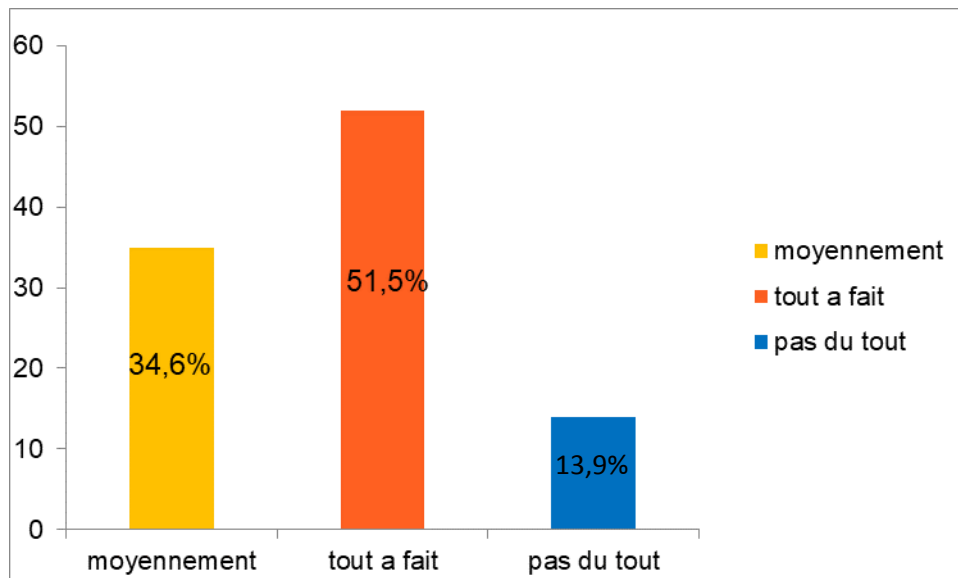


Figure 14: La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

1.4.La pertinence de l'explication de la sémiologie

Quarante-neuf étudiants (48,5%) trouvaient que l'explication de la sémiologie en cancérologie digestive était moyennement claire, contre 46 d'entre eux (45,6%) qui estimaient que c'était bien expliqué. Enfin, 6 étudiants (5,9%) affirmaient que ce n'était pas du tout clair.(Figure 15)

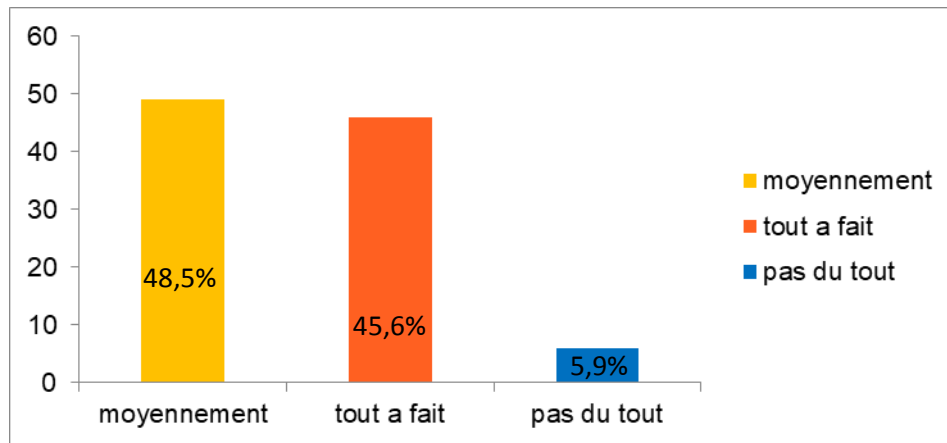


Figure 15: -La pertinence de l'explication de la sémiologie

1.5.L'étude clinique et paraclinique :

Cinquante-deux étudiants de la totalité de notre échantillon (51,6%) trouvent que l'explication de l'étude clinique et paraclinique en cancérologie digestive était moyennement claire, contre 46 d'entre eux (45,6%) qui considéraient que c'était tout à fait clair. Enfin, 3 étudiants (2,8%) pensaient qu'elle n'était pas du tout claire.(Figure 16)

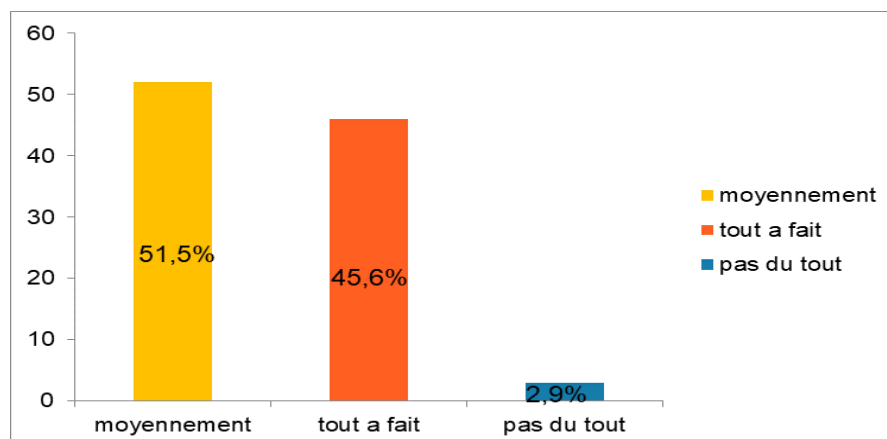


Figure 16:Clarté de l'étude clinique et paraclinique

1.6.L'intérêt du dispositif d'annonce :

Quarante-huit étudiants (47,5%) trouvaient que l'intérêt du dispositif d'annonce était moyennement clair. Vingt-deux étudiants (21,8%) estimaient que c'était tout à fait bien expliqué et enfin 31 étudiants (30,7%) pensaient que ce n'était pas du tout bien expliqué. (Figure 17)

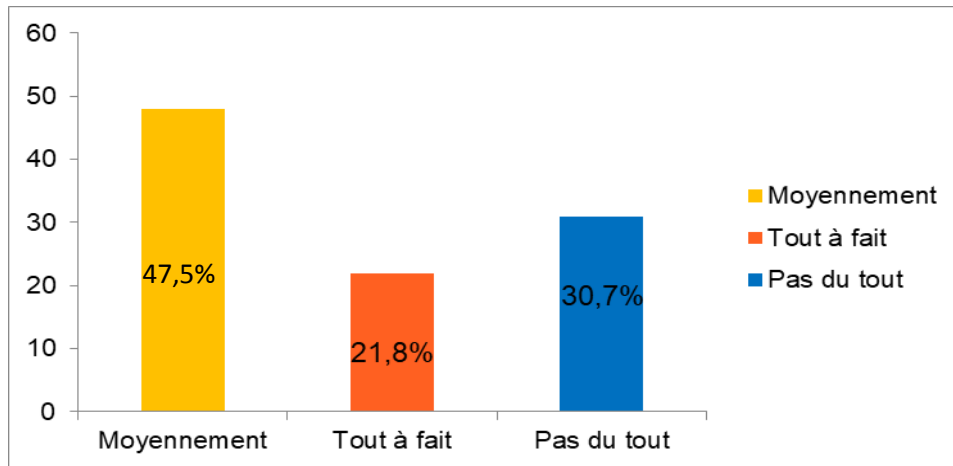


Figure 17: L'intérêt du dispositif d'annonce

1.7.Multidisciplinarité et intérêt de la RCP :

Quant à la multidisciplinarité et l'intérêt de la RCP, 49 étudiants (48,6%) estimaient que cela a été moyennement expliqué. Trente-cinq (34,7%) pensent que l'intérêt de la RCP et de la multidisciplinarité n'a pas du tout été éclairé en cancérologie digestive, contre 17 (16,7%) qui estimaient que ce point était tout à fait clair (Figure 18).

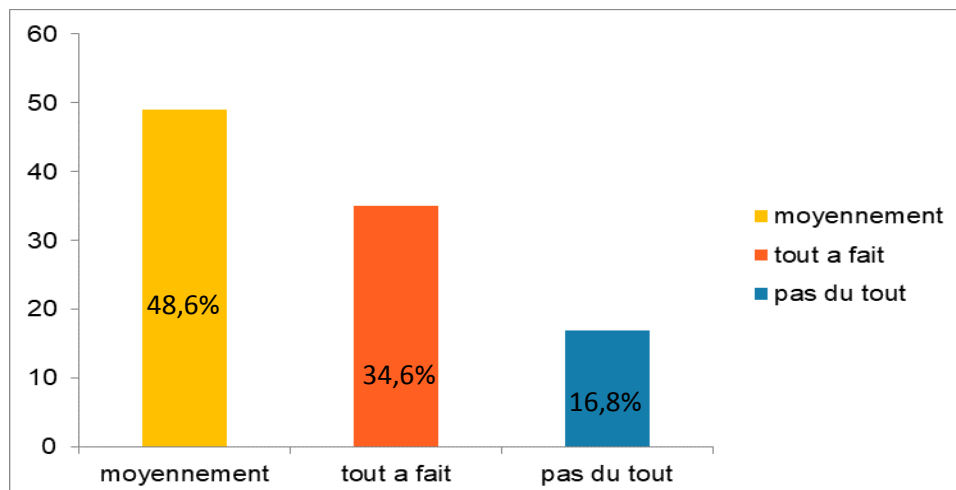


Figure 18: Multidisciplinarité et intérêt de la RCP

1.8.La stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence :

Cinquante-neuf des étudiants (58,5%) trouvaient que l'explication de la stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence étaient moyennement clairs. Vingt-huit étudiants (27,7%) estimaient que c'était tout à fait claire et enfin 14 (13,8%) étudiants considéraient que ce n'était pas du tout expliqué (Figure 19).

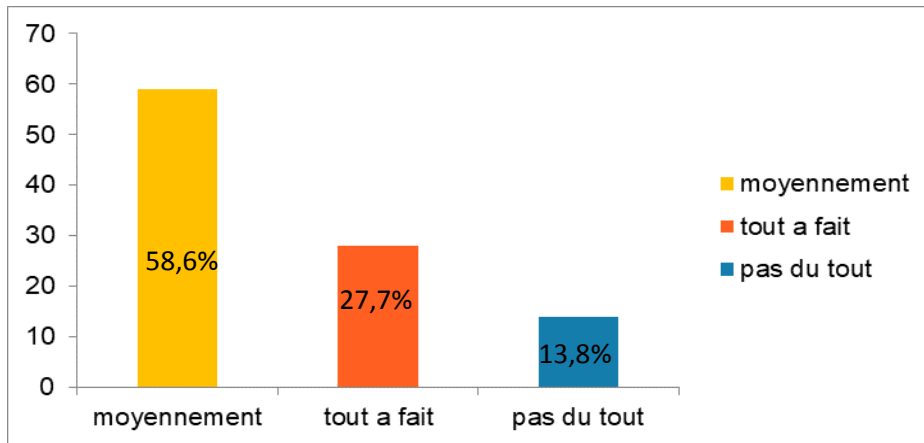


Figure 19: Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence

1.9.L'intérêt des soins palliatifs :

Quarante-six étudiants (45,6%) trouvaient que l'intérêt des soins palliatifs était bien assimilé, tandis que 44 d'entre eux (43,6%) qui trouvaient que c'était moyennement clair. Onze étudiants (10,8%) trouvaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 20).

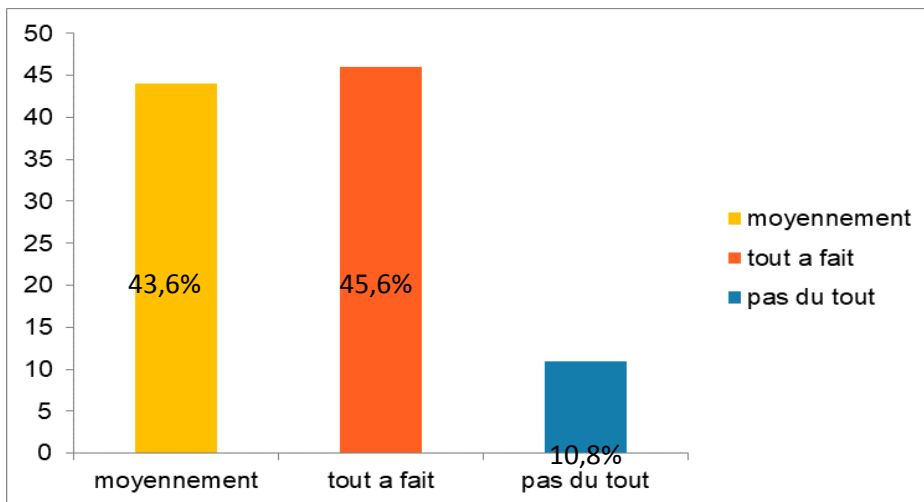


Figure 20: L'explication de l'intérêt des soins palliatifs

1.10. L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

Quarante-six étudiants (45,6%) jugeaient que l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme était tout à fait bien étudié en cancérologie digestive. Quarante-sept étudiants (46,6%) considéraient que cet aspect de la discipline était moyennement enseigné. Enfin, 8 étudiants (7,8%) estimaient qu'en cancérologie digestive, l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme n'était pas du tout clarifié (Figure 21).

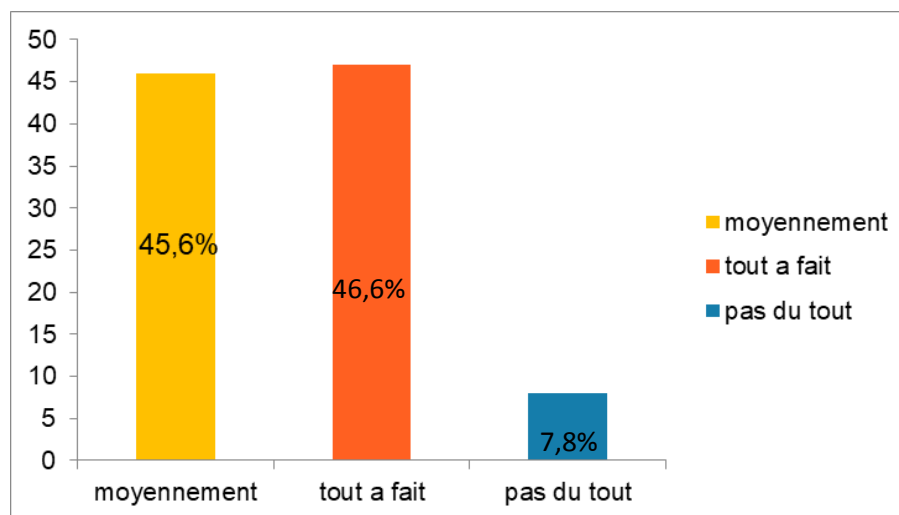


Figure 21 : L'intérêt de la surveillance post et son rythme

2. Cancérologie thoracique :

2.1. La pertinence des objectifs de l'enseignement :

Cinquante-sept étudiants (56,4%) estimaient que la pertinence des objectifs d'enseignement en oncologie thoracique est moyennement satisfaisante. Vingt-quatre étudiants (23,8%) estimaient que l'établissement des objectifs d'enseignement n'était pas du tout pertinent. Enfin, 20 étudiants (19,8%) considéraient que les objectifs d'enseignement étaient tout à fait pertinents. (Figure 22)

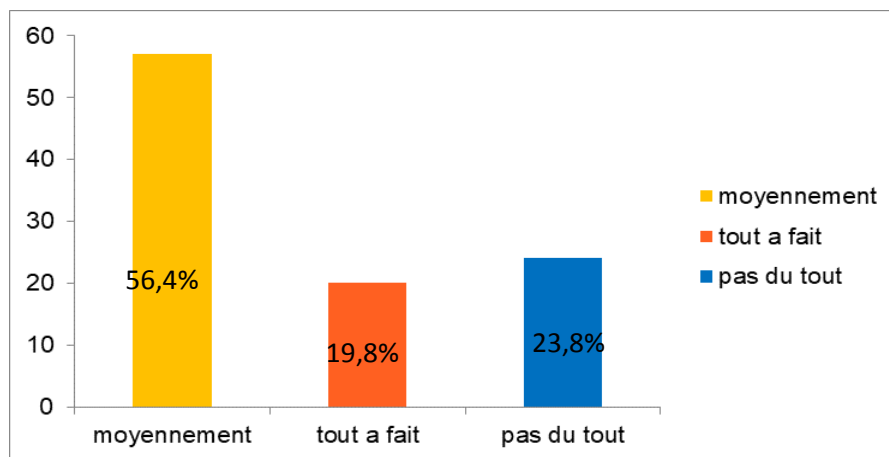


Figure 22: La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie thoracique

2.2. La compréhension des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les données épidémiologiques, 56 étudiants (55,6%) pensaient qu'elles étaient moyennement claires, contre 25 (24,7%) qui les jugeaient tout à fait claires. 20 étudiants (19,7%) pensaient que les données épidémiologiques n'étaient pas du tout claires (Figure 23).

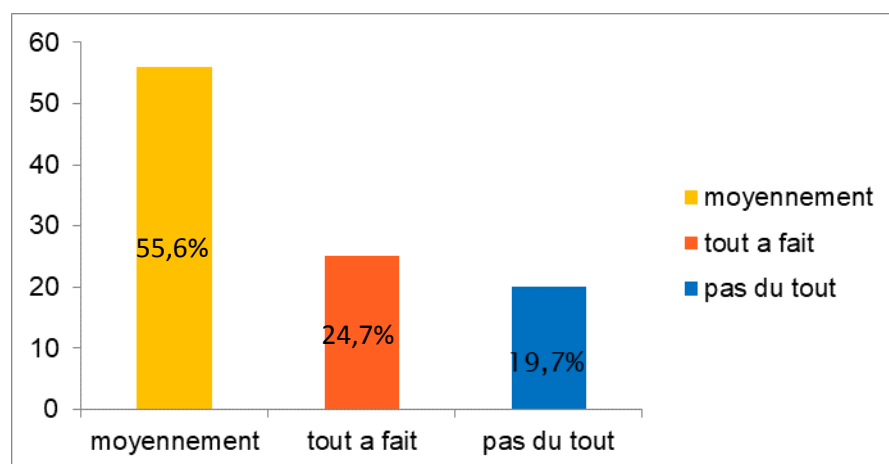


Figure 23: Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive

2.3. L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

Selon les étudiants ayant participé à l'étude, 45 étudiants (44,6%) pensaient que l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était très bien expliqué, 38 étudiants (37,6%) pensaient qu'il était moyennement bien expliqué et 18 étudiants (17,8%) pensaient qu'il n'était pas du tout bien expliqué (Figure 24).

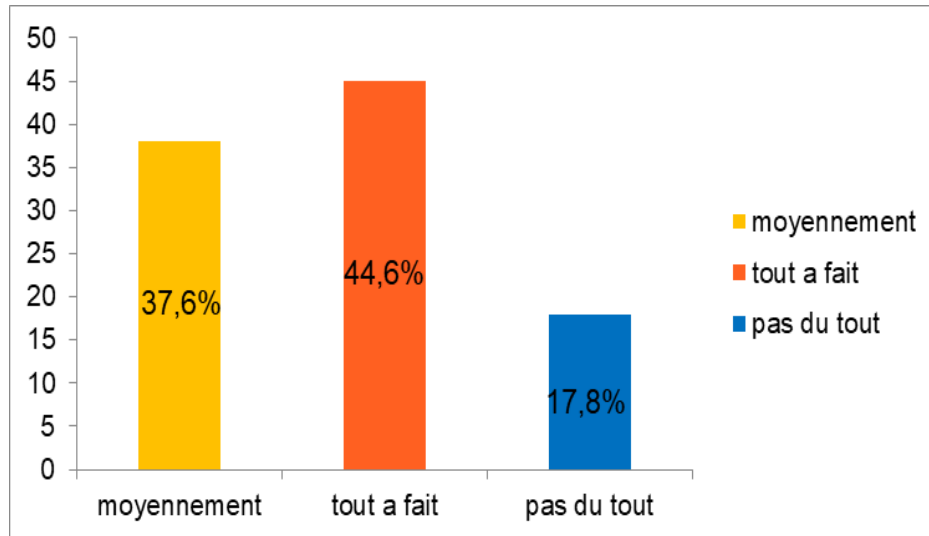


Figure 24: La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

2.4.La pertinence de l'explication de la sémiologie

Trente étudiants (29,7%) trouvaient que l'explication de la sémiologie en cancérologie thoracique était tout à fait claire, contre 60 d'entre eux (59,4%) qui estimaient que c'était moyennement expliqué. Enfin, 11 étudiants (10,9%) affirmaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 25).

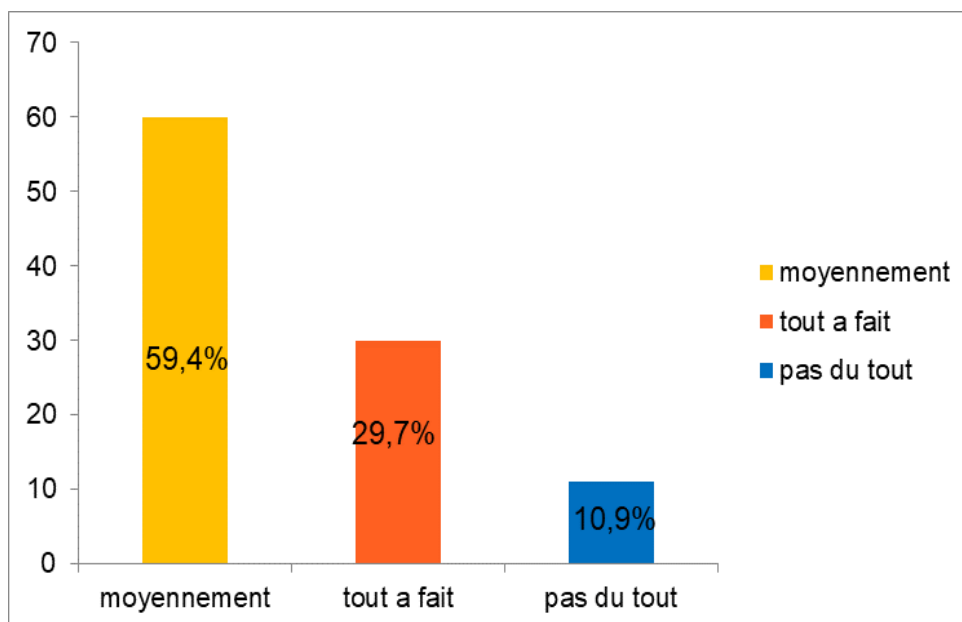


Figure 25: -La pertinence de l'explication de la sémiologie

2.5.L'étude clinique et paraclinique :

Soixante-deux étudiants de la totalité de notre échantillon (61,4%) trouvaient que l'explication de l'étude clinique et paraclinique en cancérologie thoracique était moyennement claire, contre 31 d'entre eux (30,7%) qui considéraient que c'était tout à fait clair. Enfin, 8 étudiants (7,9%) pensaient qu'elle n'était pas du tout clair.(Figure 26)

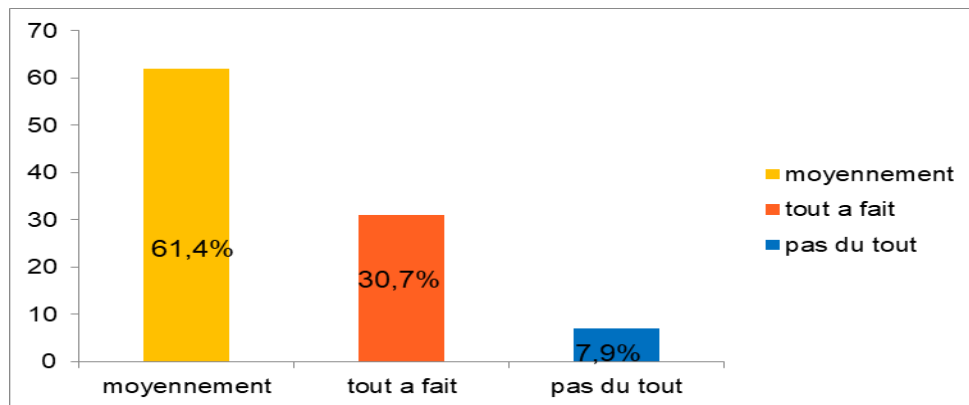


Figure 26:Clarté de l'étude clinique et paraclinique

2.6.L'intérêt du dispositif d'annonce :

Quarante-cinq étudiants (44,5%) trouvaient que l'intérêt du dispositif d'annonce était moyennement clair. Vingt-et-un étudiants (20,8%) estimaient que c'était tout à fait bien expliqué et enfin 35 étudiants (34,7%) pensent que ce n'était pas du tout bien expliqué. (Figure 27)

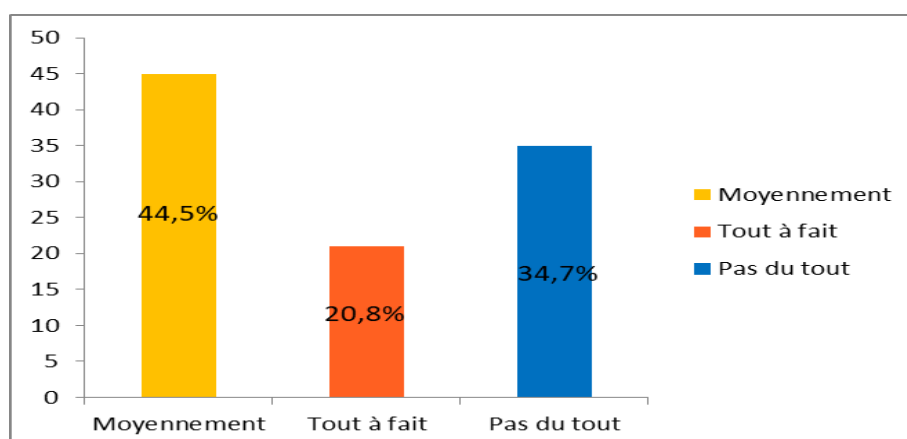


Figure 27: L'intérêt du dispositif d'annonce

2.7.-Multidisciplinarité et intérêt de la RCP :

Quant à la multidisciplinarité et l'intérêt de la RCP, 46 étudiants (45,5%) estimaient que c'était tout à fait clair. Trente-huit (37,6 %) pensaient que l'intérêt de la RCP et de la multidisciplinarité a été moyennement expliqué, contre 17 (16,9%) qui estimaient que ce point n'a pas du tout été éclairé en cancérologie thoracique. (Figure 28).

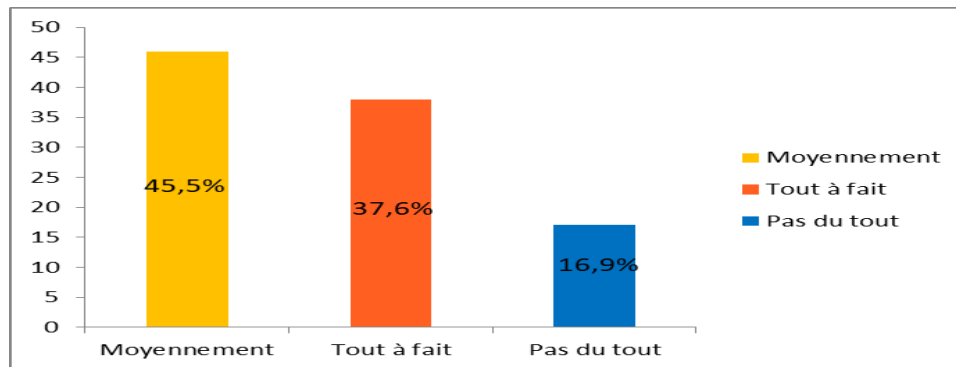


Figure 28: Multidisciplinarité et intérêt de la RCP

2.8.La stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence :

61 des étudiants (60,4%) trouvent que l'explication de la stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence étaient moyennement clairs . 20 étudiants (19,8%) estiment que c'était tout à fait clair, contre 20 autres (19,8%) qui considèrent que ce n'était pas du tout expliqué (Figure 29).

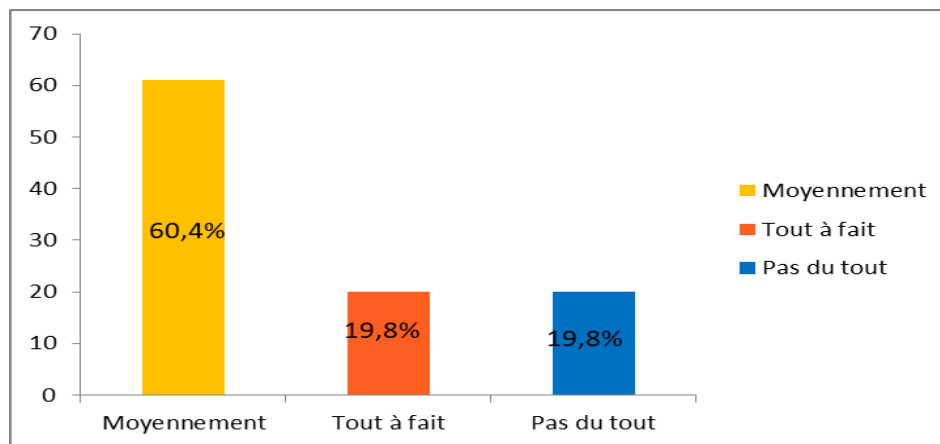


Figure 29: Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence

2.9.L'intérêt des soins palliatifs :

Quarante-six étudiants (45,5%) trouvaient que l'intérêt des soins palliatifs était bien assimilé, tandis que 44 d'entre eux (43,6%) estimaient que c'était moyennement clair. Onze étudiants (10,9%) trouvaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 30).

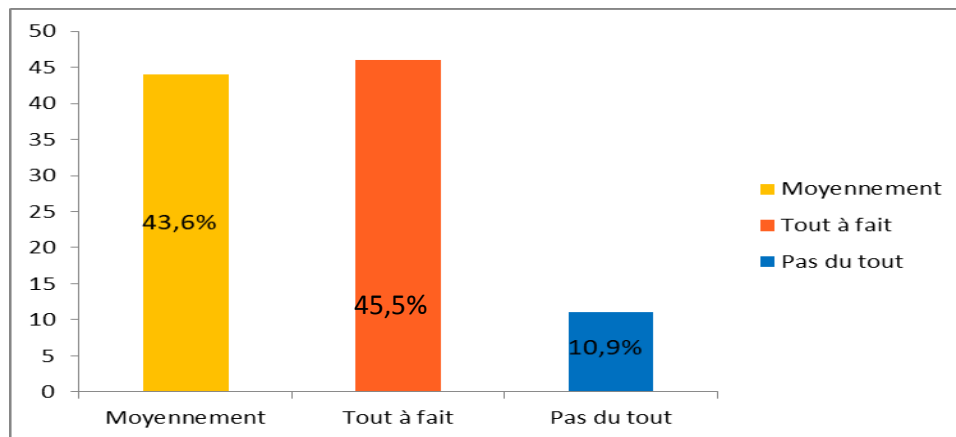


Figure 30: L'explication de l'intérêt des soins palliatifs

2.10.L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

Quarante-sept étudiants (46,5%) jugeaient que l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme étaient moyennement expliqués. Trente-trois étudiants (32,7%) considéraient que cet aspect de la discipline était tout à fait bien enseigné. Enfin, 21 étudiants (20,8%) estimaient qu'en cancérologie thoracique, l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme n'étaient pas du tout clarifié (Figure 31).

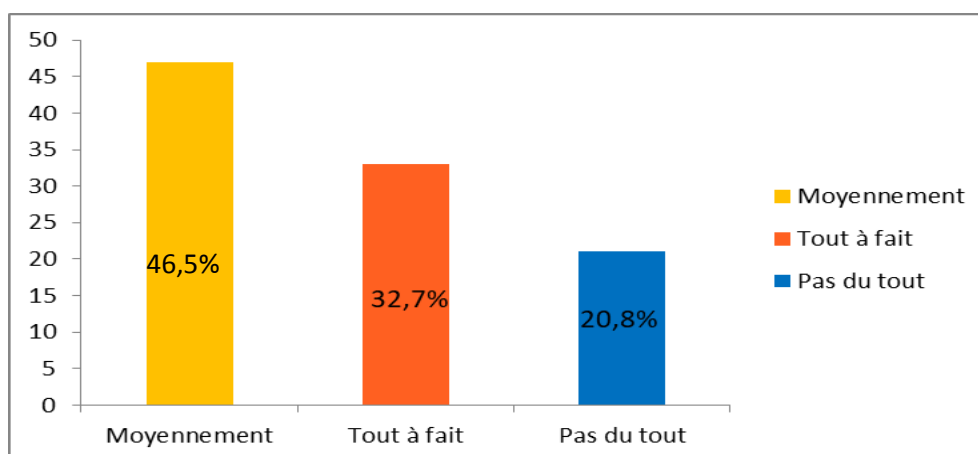


Figure 31 : L'intérêt de la surveillance post et son rythme

3. Cancérologie Gynéco-mammaire :

3.1. La pertinence des objectifs de l'enseignement :

Cinquante-quatre étudiants (53,5%) estimaient que la pertinence des objectifs d'enseignement en oncologie gynéco-mammaire était tout à fait pertinente. Trente-six étudiants (35,6%) estimaient que l'établissement des objectifs d'enseignement est moyennement satisfaisant. Enfin, 11 étudiants (10,9%) considéraient que les objectifs d'enseignement n'étaient pas du tout pertinents. (Figure 32)

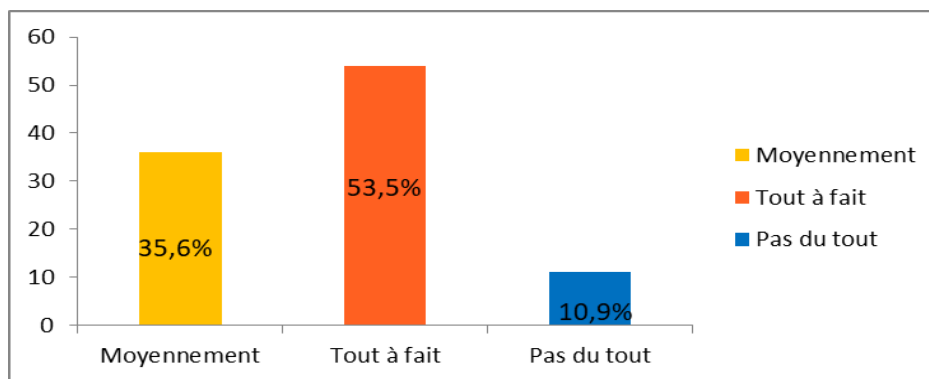


Figure 32: La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie gynéco-mammaire

3.2. La compréhension des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les données épidémiologiques, 58 étudiants (57,5%) pensaient qu'elles étaient tout à fait claires, contre 35 (34,6%) qui les jugent moyennement claires. Huit étudiants (7,9%) pensent que les données épidémiologiques n'étaient pas du tout claires (Figure 33).

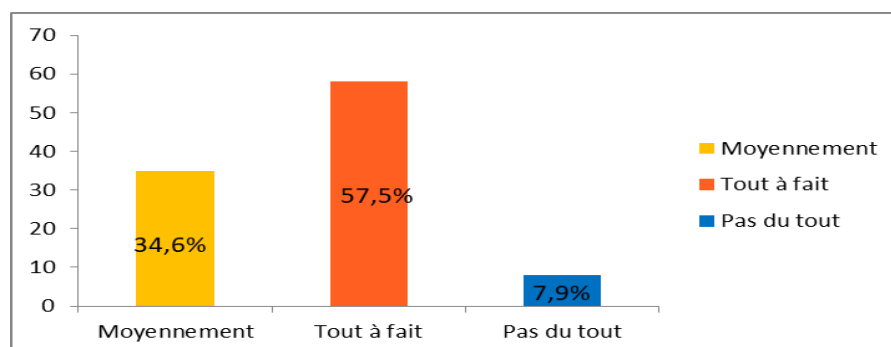


Figure 33: Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive

3.3.L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

Selon les étudiants ayant participé à l'étude, 88 étudiants (87,2%) pensaient que l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était très bien expliqué, 10 étudiants (9,9%) pensaient qu'il était moyennement bien expliqué et 3 étudiants (2,9%) pensaient qu'il n'était pas du tout bien expliqué (Figure 34).

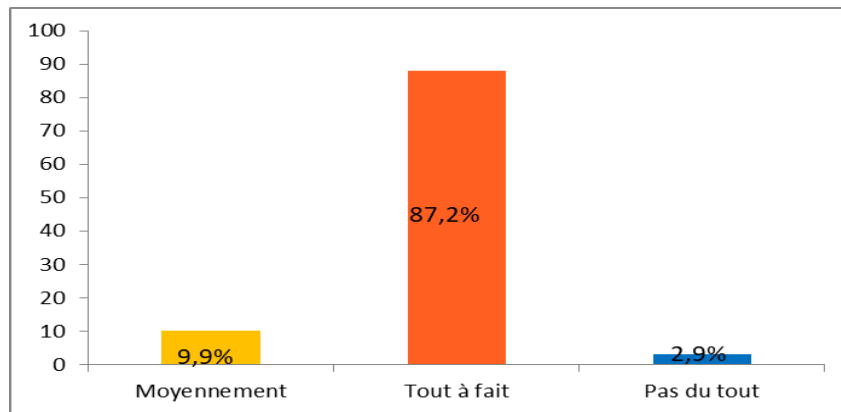


Figure 34: La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

3.4.La pertinence de l'explication de la sémiologie

54 étudiants (53,5%) trouvent que l'explication de la sémiologie en cancérologie gynécologique mammaire était tout à fait claire, contre 38 d'entre eux (37,6%) qui estiment que c'était moyennement expliqué. Enfin, 9 étudiants (8,9%) affirment que ce n'était pas du tout clair (Figure 35).

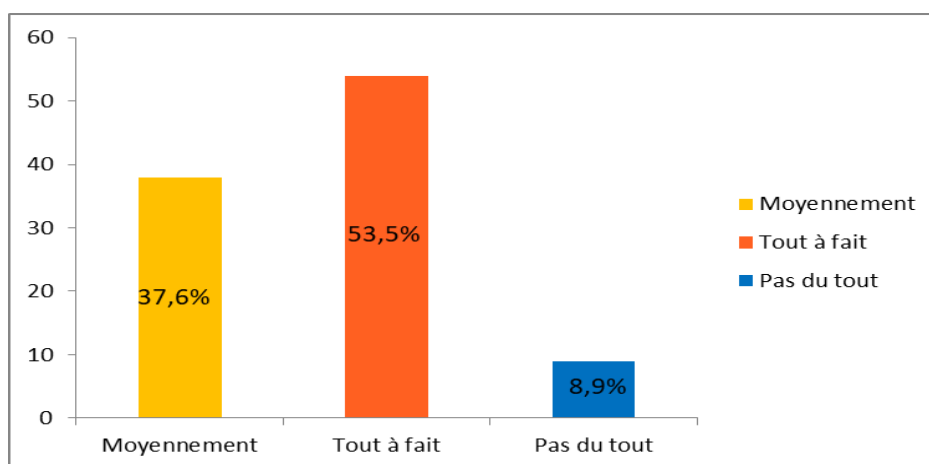


Figure 35: -La pertinence de l'explication de la sémiologie

3.5.L'étude clinique et paraclinique :

Cinquante-neuf étudiants de la totalité de notre échantillon (58,4%) trouvaient que l'explication de l'étude clinique et paraclinique en cancérologie gynéco-mammaire était tout à fait claire, contre 40 d'entre eux (39,7%) qui considéraient que c'était moyennement clair. Enfin, 2 étudiants (1,9%) pensent qu'elle n'était pas du tout claire.(Figure 36)

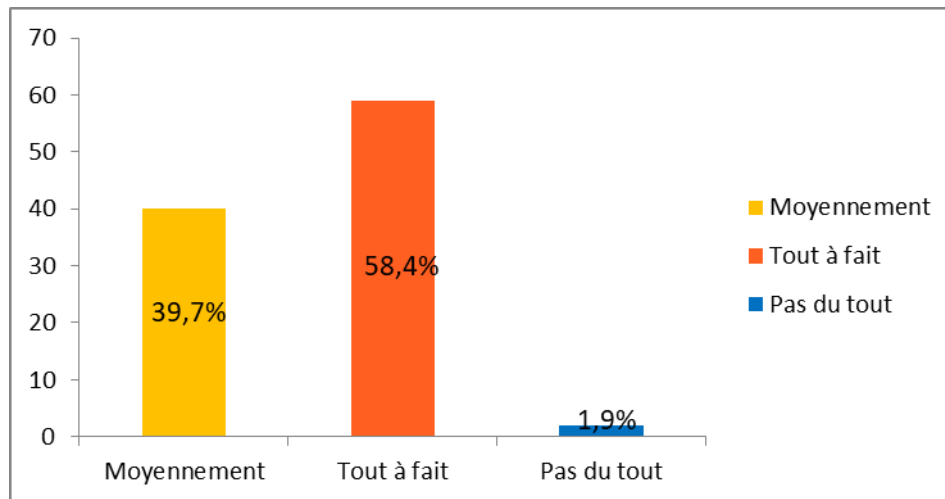


Figure 36:Clarté de l'étude clinique et paraclinique

3.6.L'intérêt du dispositif d'annonce :

Quarante étudiants (39,7%) trouvaient que l'intérêt du dispositif d'annonce était moyennement clair. Trente-deux étudiants (31,7%) estiment que c'était tout à fait bien expliqué et enfin 29 étudiants (28,6%) pensaient que ce n'était pas du tout bien expliqué.(Figure 37)

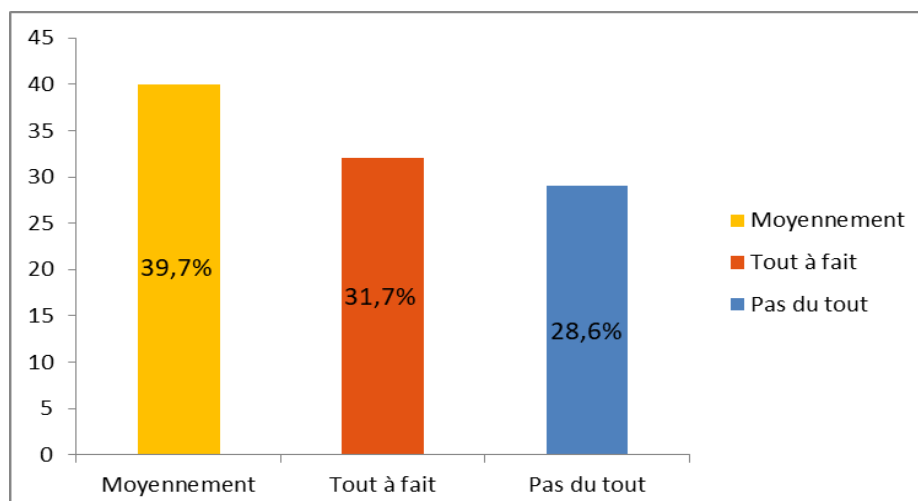


Figure 37: L'intérêt du dispositif d'annonce

3.7. Multidisciplinarité et intérêt de la RCP :

Quant à la multidisciplinarité et l'intérêt de la RCP, 52 étudiants (51,5%) estimaient que c'était tout à fait clair. Trente-huit (37,6 %) pensaient que l'intérêt de la RCP et de la multidisciplinarité a été moyennement expliqué, contre 11 (10,9%) qui estimaient que ce point n'a pas du tout été éclairé en cancérologie thoracique. (Figure 38)

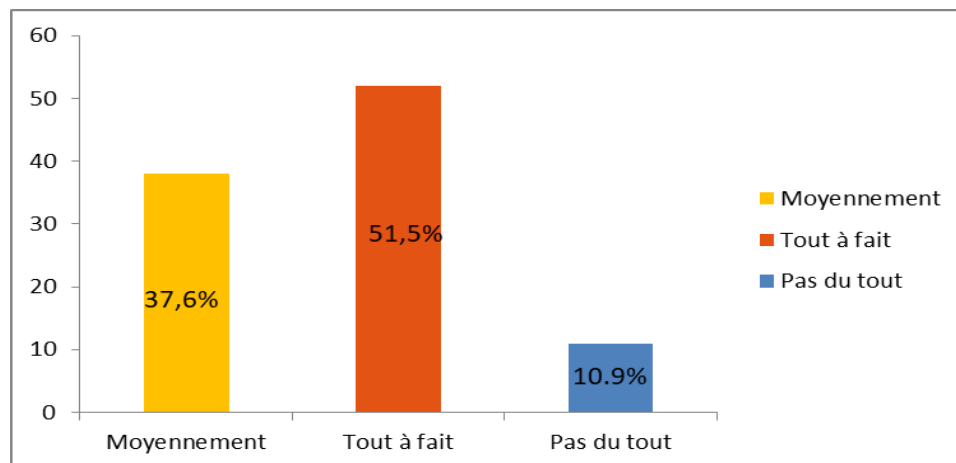


Figure 38: Multidisciplinarité et intérêt de la RCP

3.8. La stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence :

Cinquante-sept étudiants (56,4%) trouvaient que l'explication de la stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence étaient moyennement clairs. Trente-deux étudiants (31,7%) estimaient que c'était tout à fait clair, contre 12 autres (11,9%) qui considéraient que ce n'était pas du tout expliqué (Figure 39).

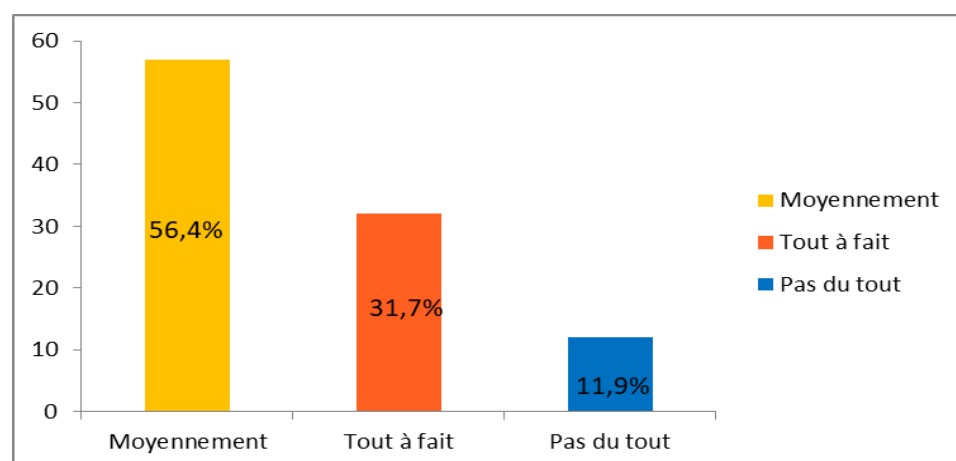


Figure 39: Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence

3.9.L'intérêt des soins palliatifs :

Quarante-sept étudiants (46,5%) trouvaient que l'intérêt des soins palliatifs était bien assimilé, tandis que 43 d'entre eux (42,6%) trouvaient que c'était moyennement clair. Onze étudiants (10,9%) trouvaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 40).

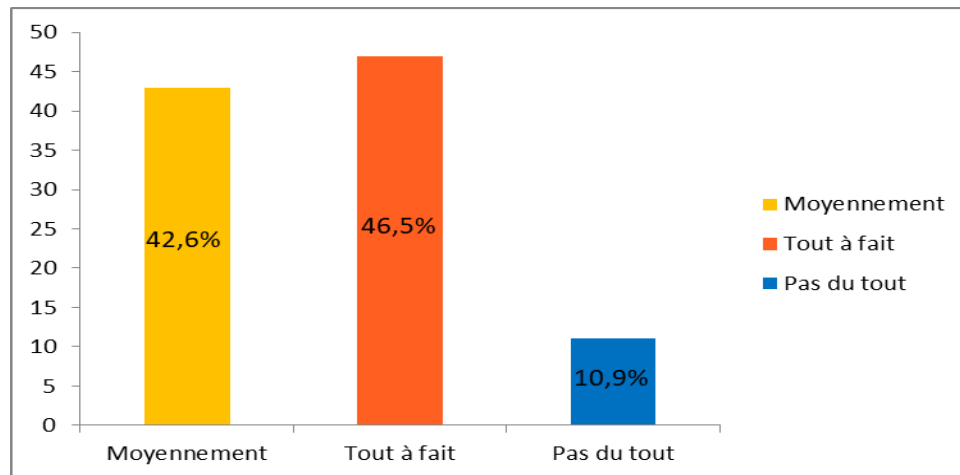


Figure 40: L'explication de l'intérêt des soins palliatifs

3.10.L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

Cinquante-quatre étudiants (53,5%) jugeaient que l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme étaient tout à fait bien enseignés. Trente-neuf étudiants (38,6%) considéraient que cet aspect de la discipline était moyennement expliqué. Enfin, 8 étudiants (7,9%) estimaient qu'en cancérologie gynéco-mammaire, l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme n'étaient pas du tout clarifié (Figure 41).

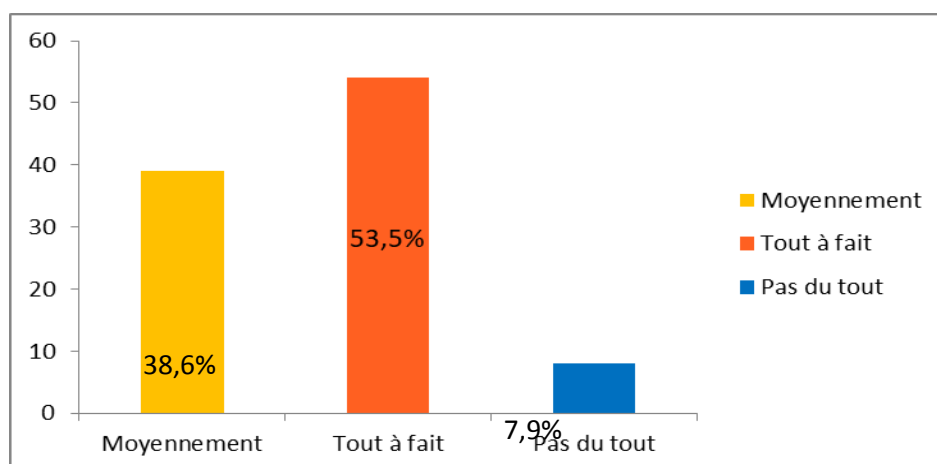


Figure 41 : L'intérêt de la surveillance post et son rythme

4. Cancérologie de l'appareil urinaire :

4.1.La pertinence des objectifs de l'enseignement :

Cinquante-cinq étudiants (54,5%) estimaient que la pertinence des objectifs d'enseignement en oncologie thoracique était moyennement satisfaisante. Trente-trois étudiants (32,7%) estimaient que l'établissement des objectifs d'enseignement était tout à fait pertinent. Enfin, 13 étudiants (12,8%) considèrent que les objectifs d'enseignement n'étaient pas du tout pertinents. (Figure 42)

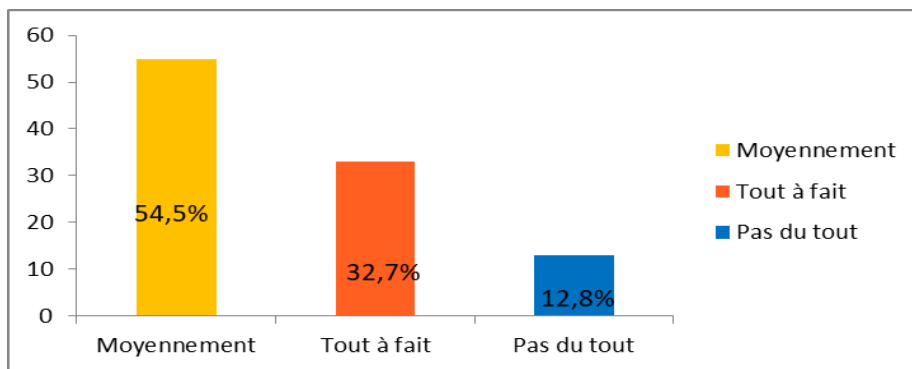


Figure 42: La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie de l'appareil urinaire

4.2.La compréhension des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les données épidémiologiques, 57 étudiants (56,4%) pensaient qu'elles étaient moyennement claires, contre 31 (30,7%) qui les jugeaient tout à fait claires. Treize étudiants (12,9%) pensaient que les données épidémiologiques n'étaient pas du tout claires (Figure 43).

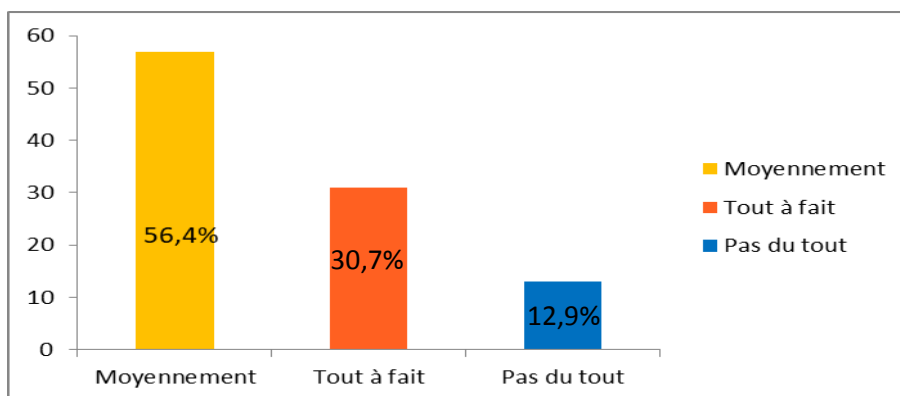


Figure 43: Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive

4.3.L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

Selon les étudiants ayant participé à l'étude, 48 étudiants (47,5%) pensaient que l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était très bien expliqué, 40 étudiants (39,6%) pensaient qu'il était moyennement bien expliqué et 13 étudiants (12,9%) pensaient qu'il n'était pas du tout bien expliqué (Figure 44).

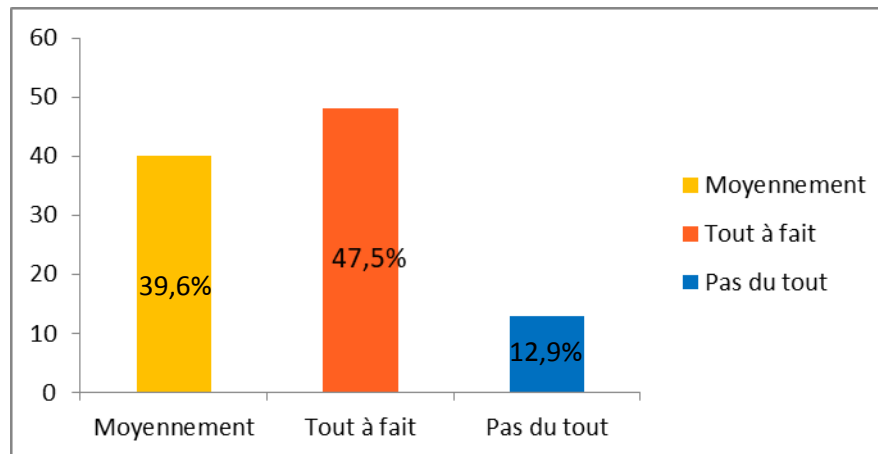


Figure 44: La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

4.4.La pertinence de l'explication de la sémiologie

Cinquante-deux étudiants (51,5%) trouvaient que l'explication de la sémiologie en cancérologie urologique était moyennement claire, contre 40 d'entre eux (39,6%) qui estimaient que c'était très bien expliqué. Enfin, 9 étudiants (8,9%) affirmaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 45).

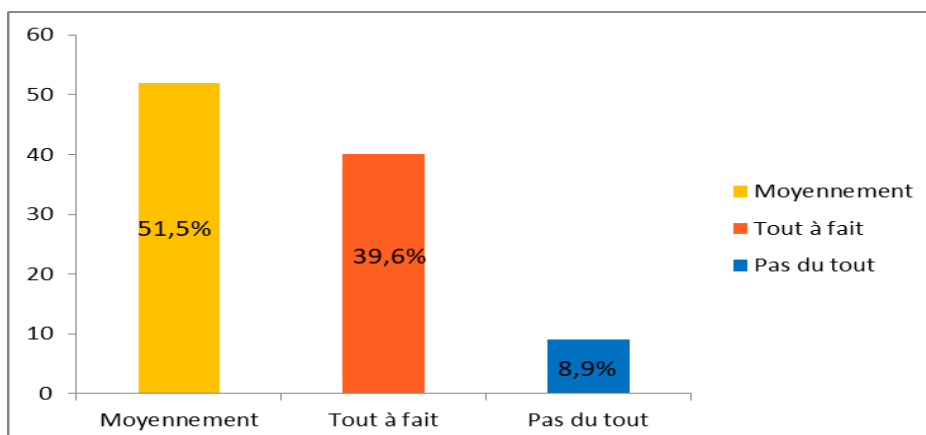


Figure 45: La pertinence de l'explication de la sémiologie

4.5.L'étude clinique et paraclinique :

Soixante-quatre étudiants de la totalité de notre échantillon (63,41%) trouvaient que l'explication de l'étude clinique et paraclinique en cancérologie urologique était moyennement claire, contre 36 d'entre eux (35,6%) qui considéraient que c'était tout à fait clair. Seulement un étudiant de la totalité de notre échantillon (0,99%) jugeait que ce n'était pas du tout clair. (Figure 46)

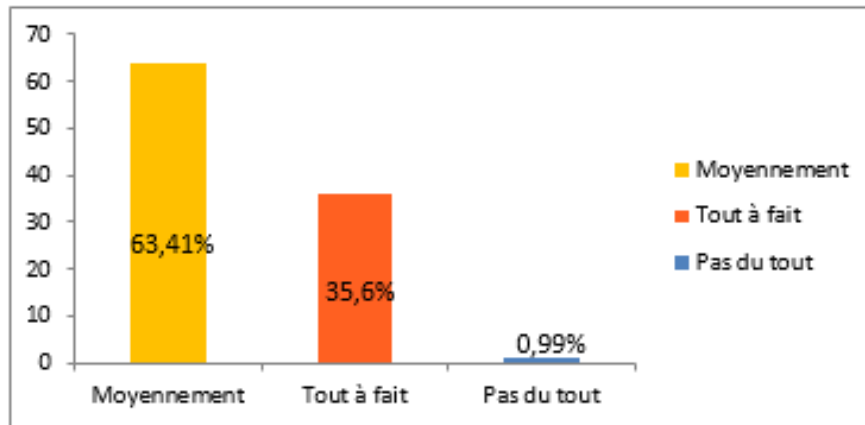


Figure 46:Clarté de l'étude clinique et para-clinique

4.6.L'intérêt du dispositif d'annonce :

Quarante-huit étudiants (47,5%) trouvaient que l'intérêt du dispositif d'annonce était moyennement clair. Trente-quatre étudiants (33,7%) estimaient que ce n'était pas du tout bien expliqué et enfin 19 étudiants (18,8%) pensaient que c'était tout à fait bien expliqué .(Figure 47)

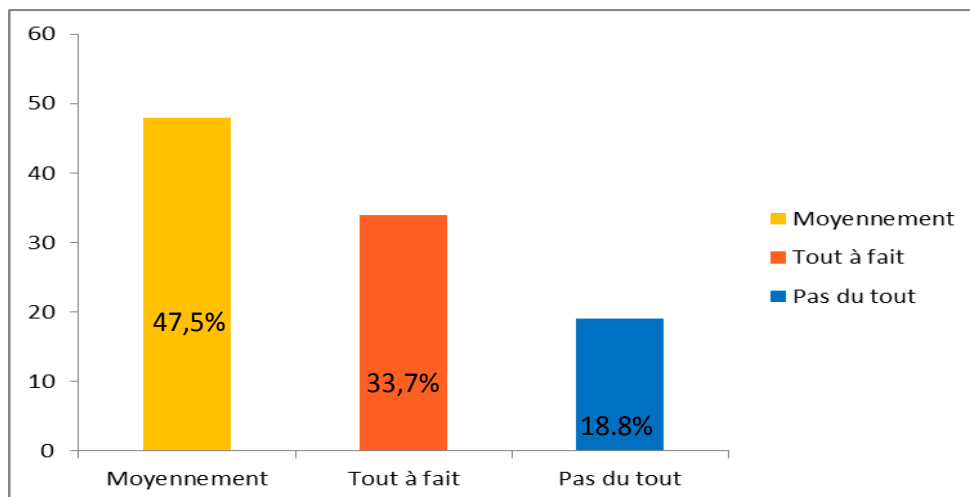


Figure 47: L'intérêt du dispositif d'annonce

4.7. Multidisciplinarité et intérêt de la RCP :

Quant à la multidisciplinarité et l'intérêt de la RCP, 46 étudiants (45,6%) estimaient que c'était tout à fait clair. Trente-neuf (38,6 %) pensaient que l'intérêt de la RCP et de la multidisciplinarité a été moyennement expliqué, contre 16 (15,8%) qui estimaient que ce point n'a pas du tout été éclairé en cancérologie urologique. (Figure 48).

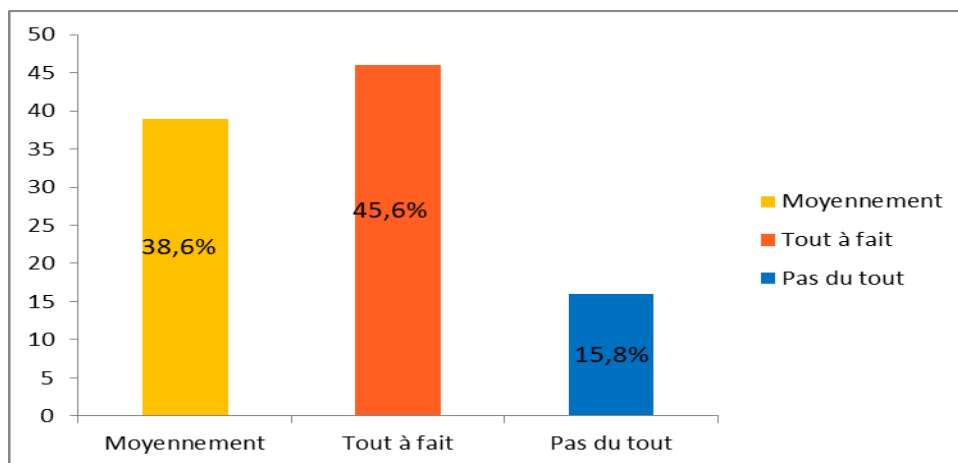


Figure 48: Multidisciplinarité et intérêt de la RCP

4.8. La stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence :

Soixante-deux étudiants (61,4%) trouvaient que l'explication de la stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence étaient moyennement clairs. Vingt-quatre étudiants (23,8%) estimaient que c'était tout à fait clair, contre 15 autres (14,8%) qui considéraient que ce n'était pas du tout expliqué (Figure 49).

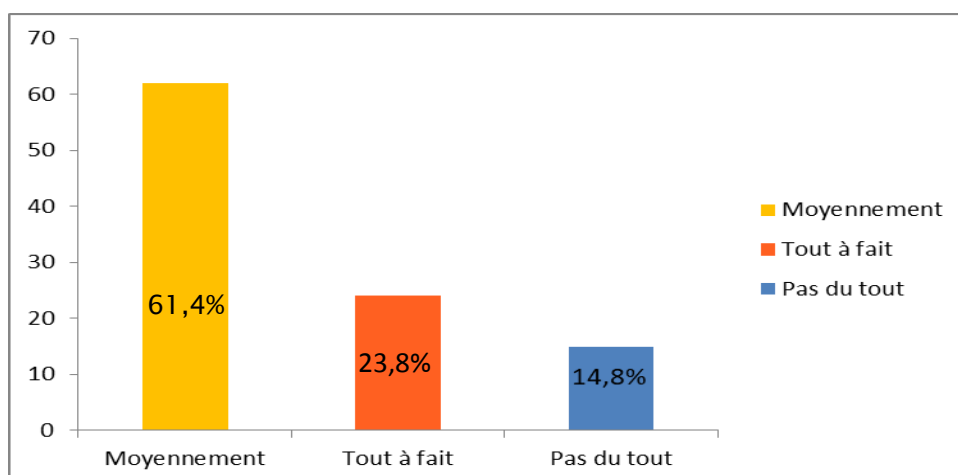


Figure 49: Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence

4.9.L'intérêt des soins palliatifs :

Cinquante étudiants (49,5%) trouvaient que l'intérêt des soins palliatifs était bien assimilé, tandis que 40 d'entre eux (39,6%) estimaient que c'était moyennement clair. Onze étudiants (10,9%) trouvaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 50).

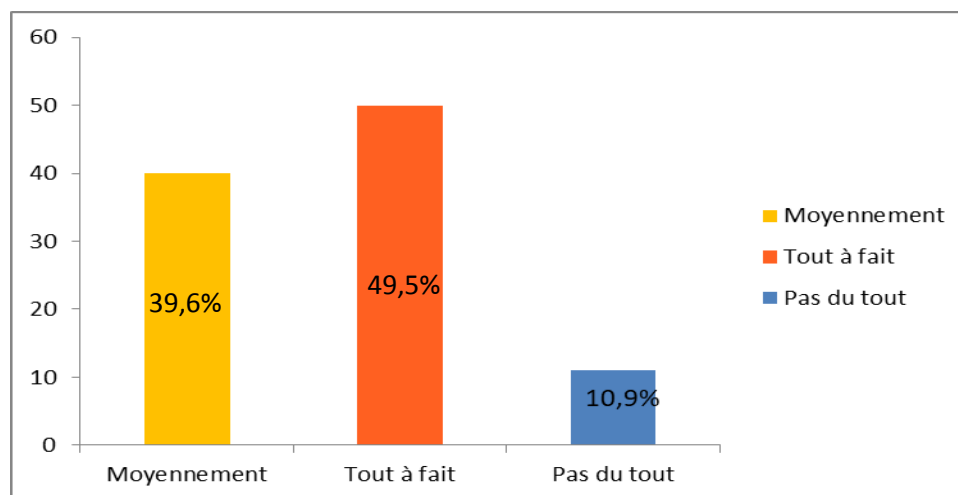


Figure 50: L'explication de l'intérêt des soins palliatifs

4.10. L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

Cinquante-six étudiants (55,4%) jugent que l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme étaient moyennement expliqués. Trente-quatre étudiants (33,7%) considéraient que cet aspect de la discipline était tout à fait bien enseigné. Enfin, 11 étudiants (10,9%) jugeaient qu'en cancérologie thoracique, l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme n'étaient pas du tout clarifiés (Figure 51).

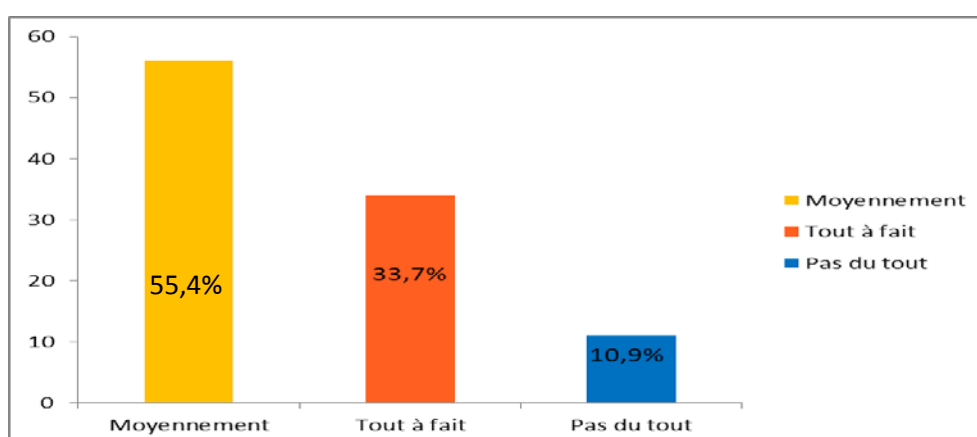


Figure 51 : L'intérêt de la surveillance post et son rythme

5. Cancérologie ORL :

5.1. La pertinence des objectifs de l'enseignement :

Cinquante-huit étudiants (57,4%) estimaient que la pertinence des objectifs d'enseignement en oncologie digestive était moyennement satisfaisante. Trente-trois étudiants (32,6%) considéraient que les objectifs d'enseignement étaient tout à fait pertinents. Enfin, 10 étudiants (10%) trouvaient que l'établissement des objectifs d'enseignement n'était pas du tout pertinent (Figure 52).

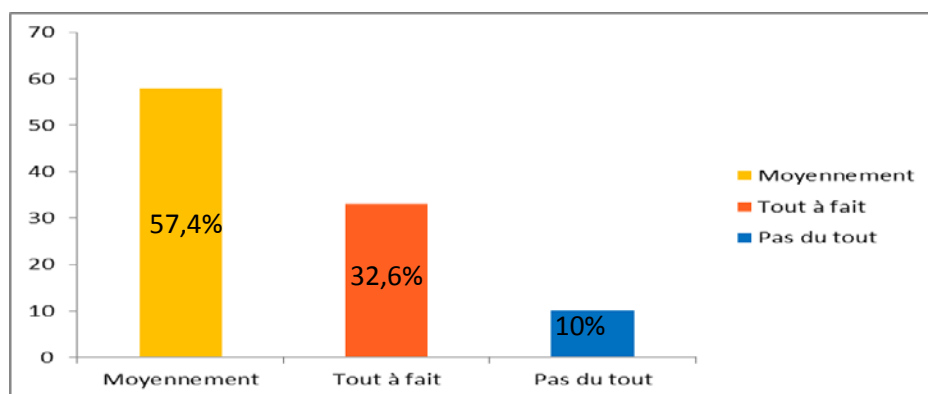


Figure 52: La pertinence des objectifs de l'enseignement en cancérologie ORL

5.2. La compréhension des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les données épidémiologiques, 54 étudiants (53,6%) pensent qu'elles sont moyennement claires, contre 35 (34,6%) qui les jugent tout à fait claires. 12 étudiants (11,8%) pensent que les données épidémiologiques ne sont pas du tout claires (Figure 53).

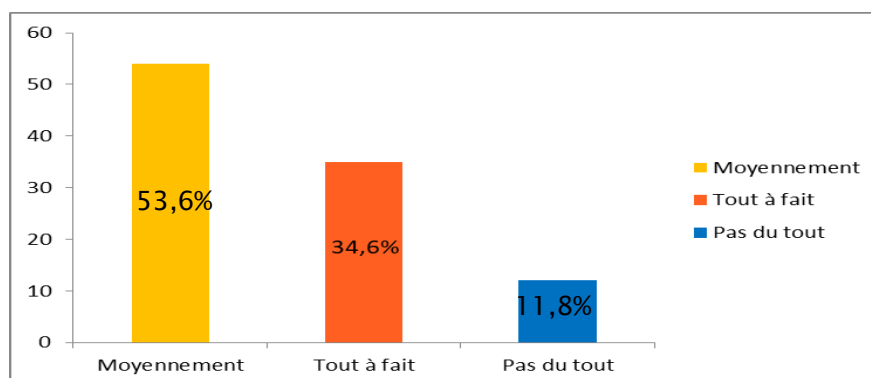


Figure 53 Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive

5.3.L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

Selon les étudiants ayant participé à l'étude, 46 étudiants (45,7%) pensaient que l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était très bien expliqué, 43 étudiants (42,5%) jugeaient qu'il était moyennement bien expliqué et 12 étudiants (11,8%) estimaient qu'il n'était pas du tout bien expliqué (Figure 54).

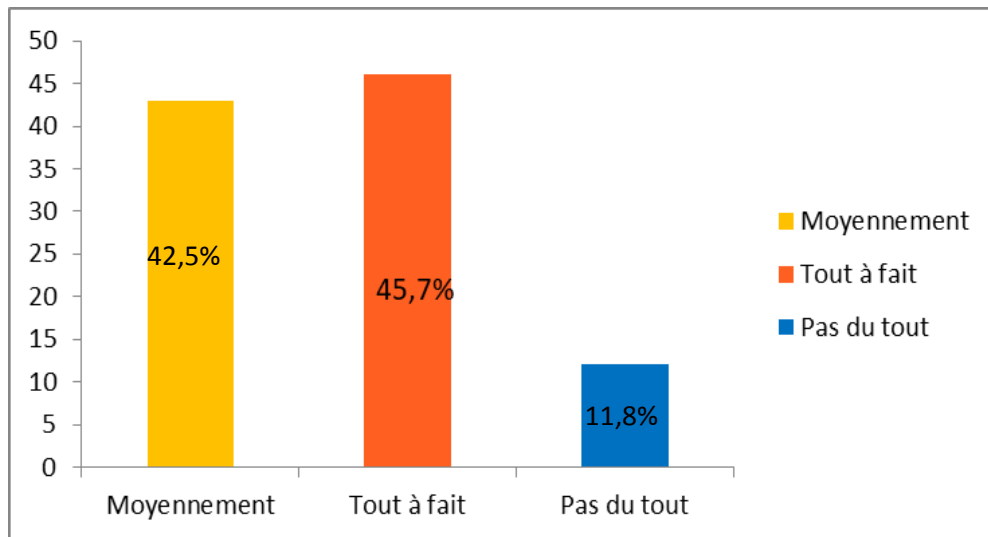


Figure 54: La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

5.4.La pertinence de l'explication de la sémiologie

Quarante-six étudiants (45,6%) estimaient que l'explication de la sémiologie en cancérologie digestive était moyennement claire, contre 39 d'entre eux (38,7%) qui jugeaient que c'était bien expliqué. Enfin, 16 étudiants (15,7%) affirmaient que ce n'était pas du tout clair. (Figure 55)

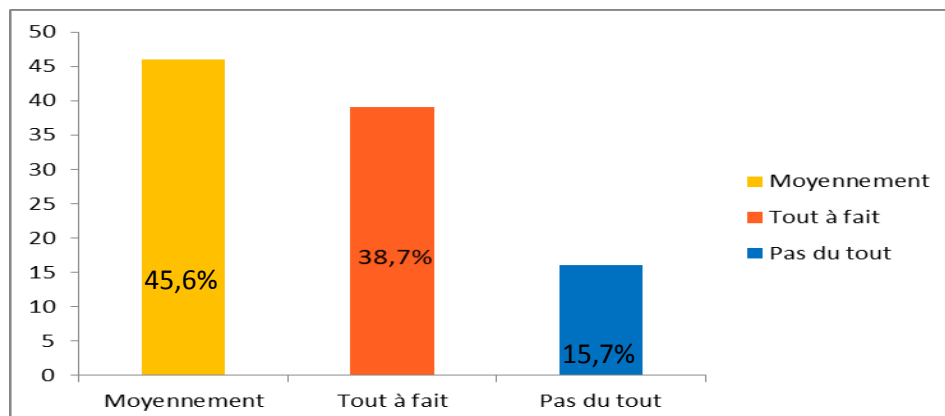


Figure 55: -La pertinence de l'explication de la sémiologie

5.5.L'étude clinique et paraclinique :

Cinquante-six étudiants de la totalité de notre échantillon (55,6%) trouvaient que l'explication de l'étude clinique et para clinique en cancérologie digestive était moyennement claire, contre 36 d'entre eux (35,7%) qui considéraient que c'était tout à fait clair. Enfin, 9 étudiants (8,7%) pensaient qu'elle n'était pas du tout claire. (Figure 56)

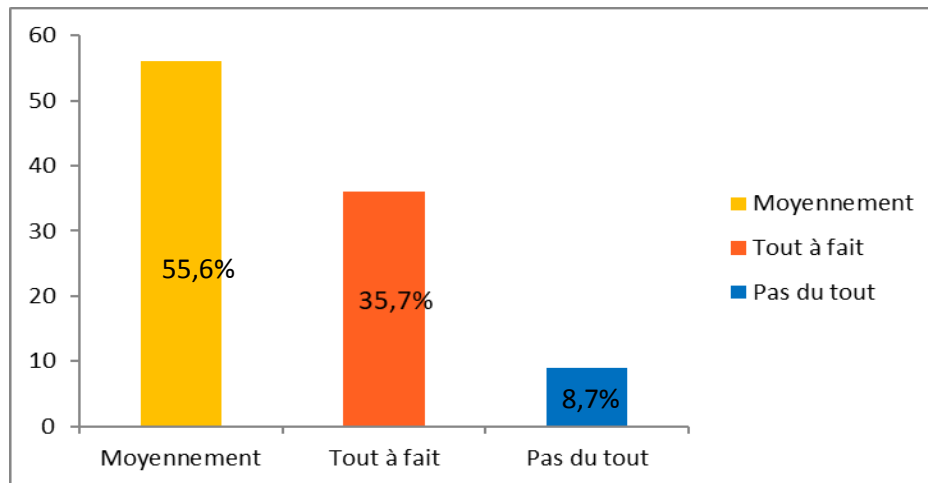


Figure 56:Clarté de l'étude clinique et paraclinique

5.6.L'intérêt du dispositif d'annonce :

Quarante-cinq étudiants (44,6%) trouvaient que l'intérêt du dispositif d'annonce était moyennement clair.Trente-neuf étudiants (38,6%) estimaient que ce n'était pas du tout clair, et enfin 17 étudiants (16,8%) pensaient que c'était tout à fait bien expliqué.(Figure 57)

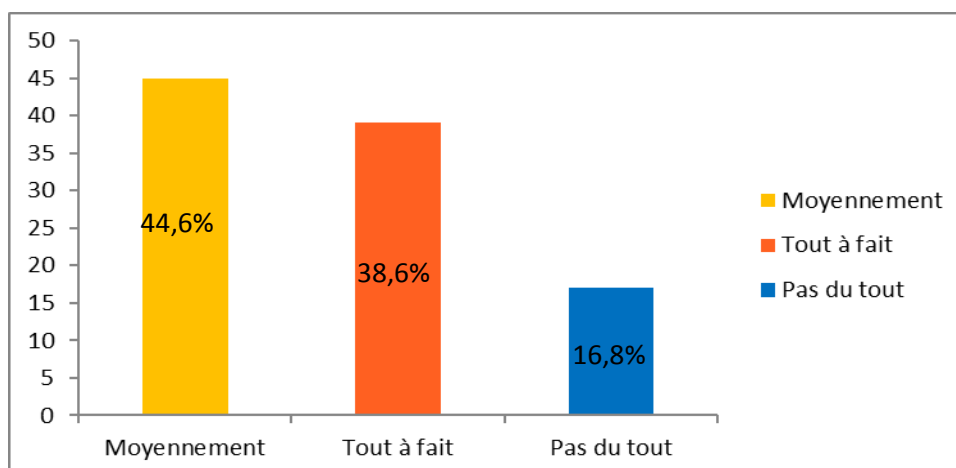


Figure 57: L'intérêt du dispositif d'annonce

5.7. Multidisciplinarité et intérêt de la RCP :

Quant à la multidisciplinarité et l'intérêt de la RCP, 46 étudiants (45,6%) estimaient que cela a été tout à fait clair. Trente-six (35,6 %) pensaient que l'intérêt de la RCP et de la multidisciplinarité a été moyennement éclairé en cancérologie digestive, contre 19 (18,8%) qui estimaient que ce point n'était pas du tout clair (Figure 58).

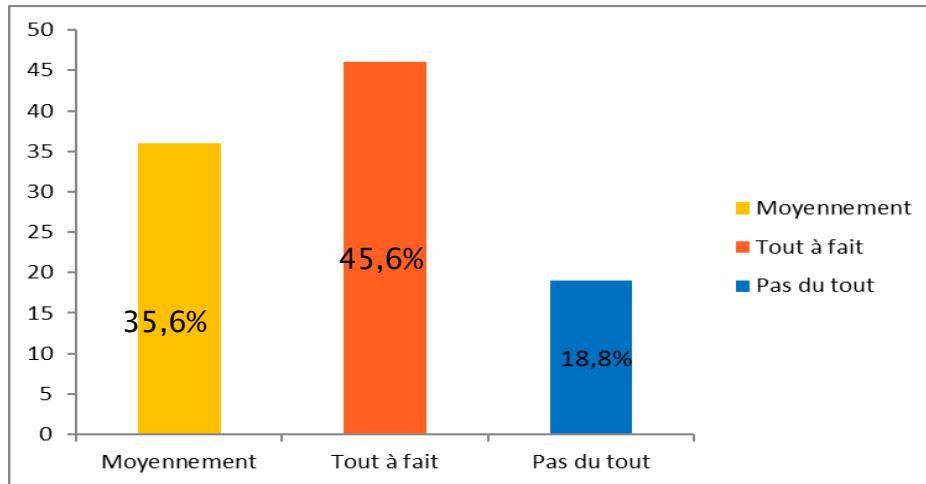


Figure 58: Multidisciplinarité et intérêt de la RCP

5.8. La stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence :

Cinquante-neuf étudiants (58,4%) trouvaient que l'explication de la stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence étaient moyennement clairs. Vingt-quatre étudiants (23,8%) estimaient que c'était tout à fait claire, et enfin 18 (17,8%) étudiants jugeaient que ce n'était pas du tout expliqué (Figure 59).

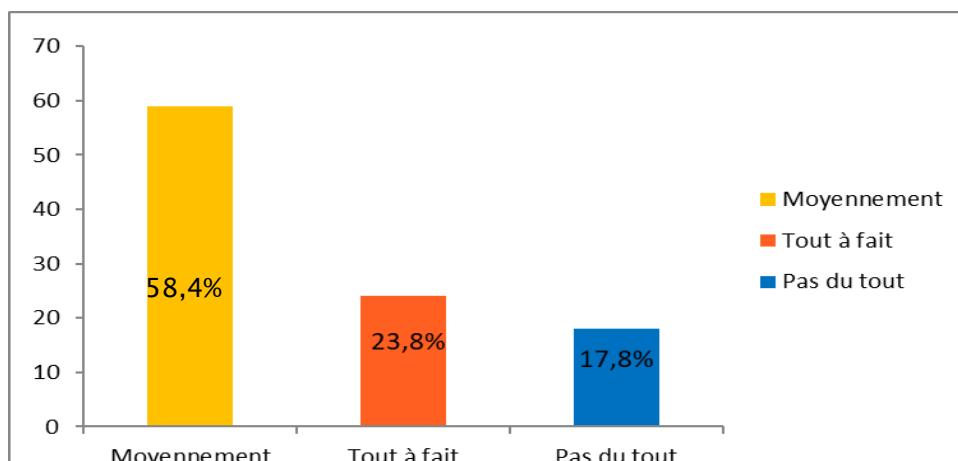


Figure 59: Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence

5.9. L'intérêt des soins palliatifs :

Cinquante-six étudiants (55,5%) trouvaient que l'intérêt des soins palliatifs était moyennement éclairé, tandis que 33 d'entre eux (32,7%) estimaient que c'était tout à fait clair. Douze étudiants (11,8%) trouvaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 60).

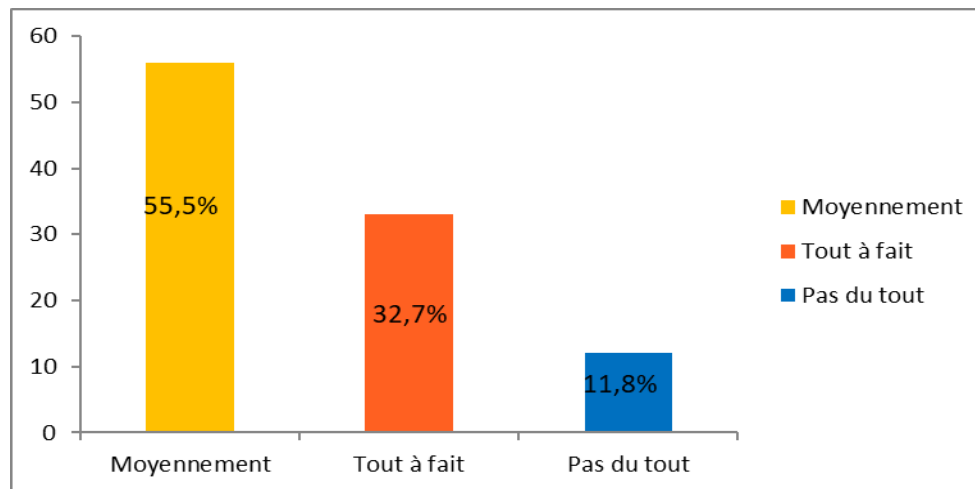


Figure 60: L'explication de l'intérêt des soins palliatifs

5.10. L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

Cinquante-quatre étudiants (53,4%) jugeaient que l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme a été moyennement bien enseigné en oncologie oto-rhino-laryngologique. Trente et un étudiants (30,7%) considéraient que cet aspect de la discipline était très bien enseigné. Enfin, 16 étudiants (15,9%) estimaient qu'en cancérologie oto-rhino-laryngologique, l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme n'était pas du tout clarifié (Figure 61).

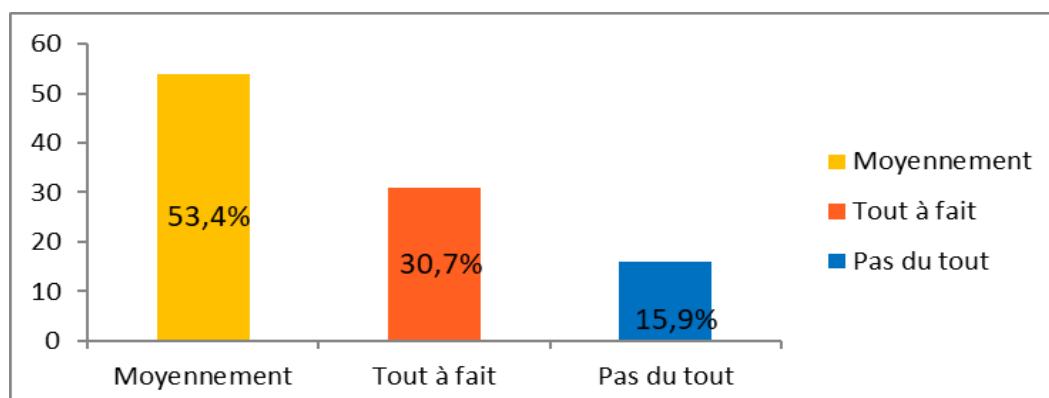


Figure 61 : L'intérêt de la surveillance post et son rythme

6. Autres enseignements de cancérologie:

6.1. La pertinence des objectifs de l'enseignement :

Soixante-seize étudiants (76,2%) considéraient que la pertinence des objectifs d'enseignement était moyennement satisfaisante, contre 13 (12,9%) qui jugeaient que les objectifs d'enseignement étaient tout à fait satisfaisants. Enfin, 11 étudiants (10,9%) estimaient que les objectifs d'enseignement n'étaient pas du tout pertinents (Figure 62)

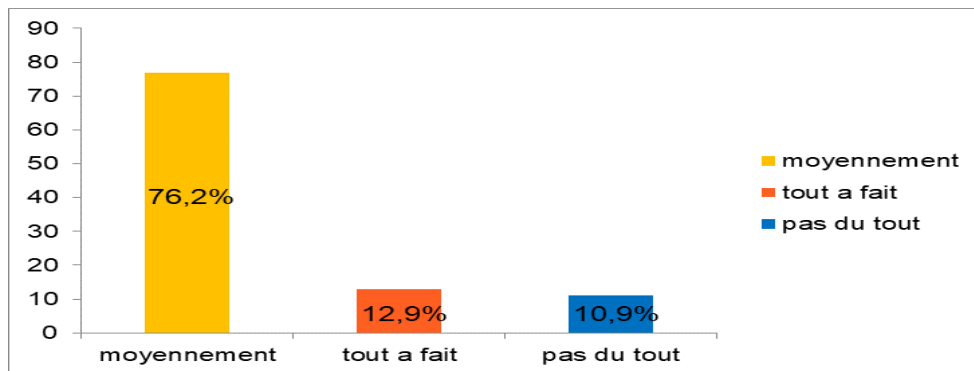


Figure 62: La pertinence des objectifs de l'enseignement dans les autres enseignements d'oncologie

6.2. La compréhension des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les données épidémiologiques, 62 étudiants (61,4%) pensaient qu'elles étaient moyennement claires, contre 28(27,7%) qui les jugeaient tout à fait claires. Onze étudiants (10,9%) pensaient que les données épidémiologiques n'étaient pas du tout claires (Figure 63).

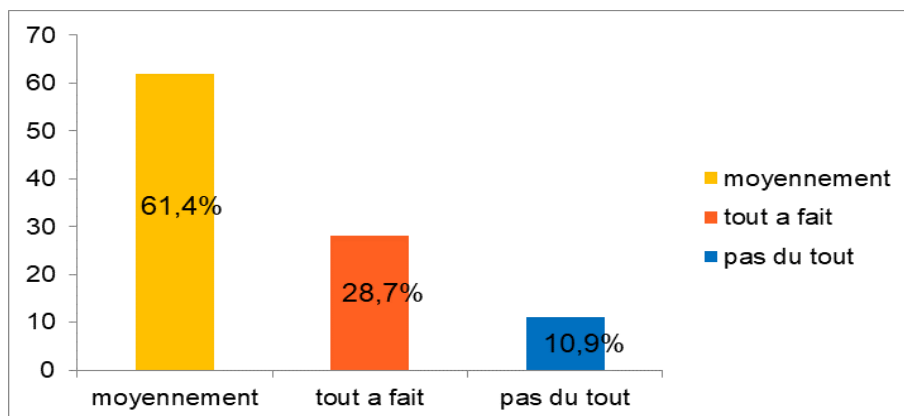


Figure 63: Clarté des données épidémiologiques en cancérologie digestive

6.3.L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

Selon les étudiants ayant participé à l'étude, 60 étudiants (59,4%) pensaient que l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était très bien expliqué, 34 étudiants (33,7%) jugeaient qu'il était moyennement bien expliqué et 7 étudiants (6,9%) estimaient qu'il n'était pas du tout bien expliqué (Figure 64).

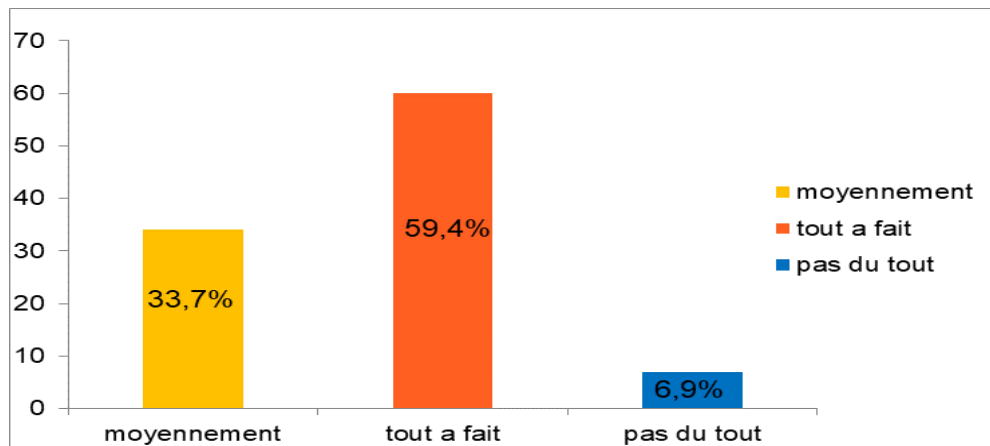


Figure 64: La clarté de l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents

6.4.La pertinence de l'explication de la sémiologie

Cinquante-quatre étudiants (53,5%) trouvaient que l'explication de la sémiologie était moyennement claire, contre 25 d'entre eux (24,8%) qui estimaient que c'était bien expliqué. Enfin, 22 étudiants (21,8%) affirmaient que ce n'était pas du tout clair. (Figure 65)

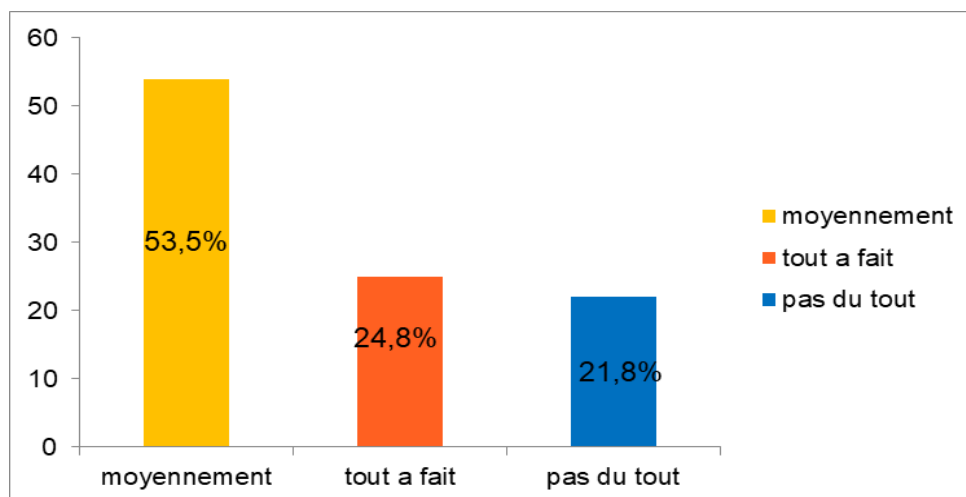


Figure 65: -La pertinence de l'explication de la sémiologie

6.5.L'étude clinique et paraclinique :

Cinquante-sept étudiants de la totalité de notre échantillon (56,4%) trouvaient que l'explication de l'étude clinique et paraclinique était moyennement claire, contre 31 d'entre eux (30,7%) qui jugeaient que c'était tout à fait clair. Enfin, 13 étudiants (12,9%) pensaient qu'elle n'était pas du tout claire. (Figure 66)

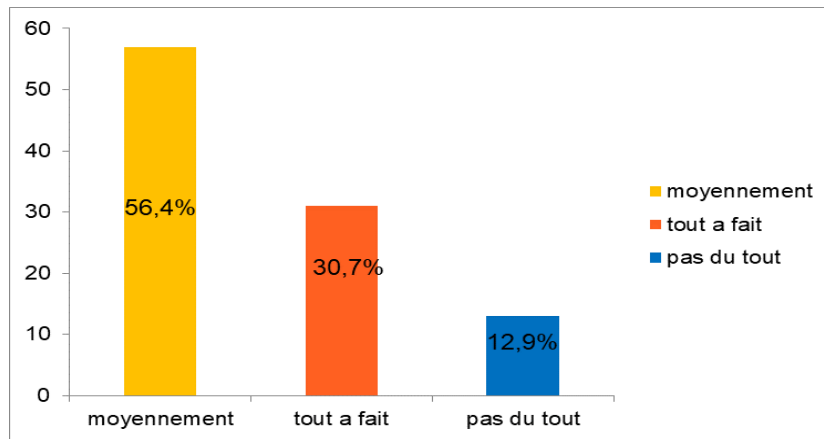


Figure 66:Clarté de l'étude clinique et paraclinique

6.6.L'intérêt du dispositif d'annonce :

Soixante-six étudiants (65,3%) trouvent que l'intérêt du dispositif d'annonce était moyennement clair. Vingt-quatre étudiants (23,8%) estimaient que ce n'était pas du tout clair, et enfin 11 étudiants (10,9%) pensaient que c'était tout à fait bien expliqué.(Figure 67)

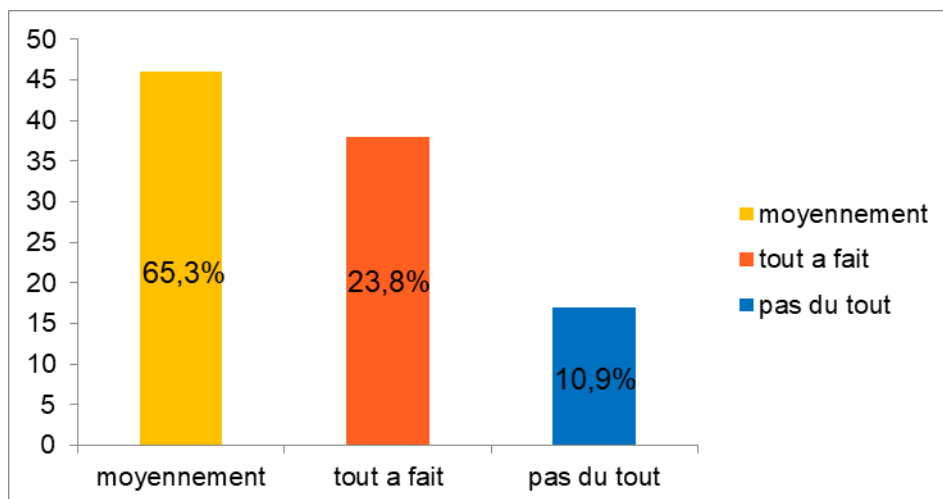


Figure 67: L'intérêt du dispositif d'annonce

6.7. Multidisciplinarité et intérêt de la RCP :

Quant à la multidisciplinarité et l'intérêt de la RCP, 46 étudiants (45,5%) estimaient que cela a été moyennement clair . Trente-six (35,6 %) pensaient que l'intérêt de la RCP et de la multidisciplinarité a été bien éclairé dans les différents enseignement de cancérologie, contre 17 (16,8%) qui estimaient que ce point n'était pas du tout clair (Figure 68) .

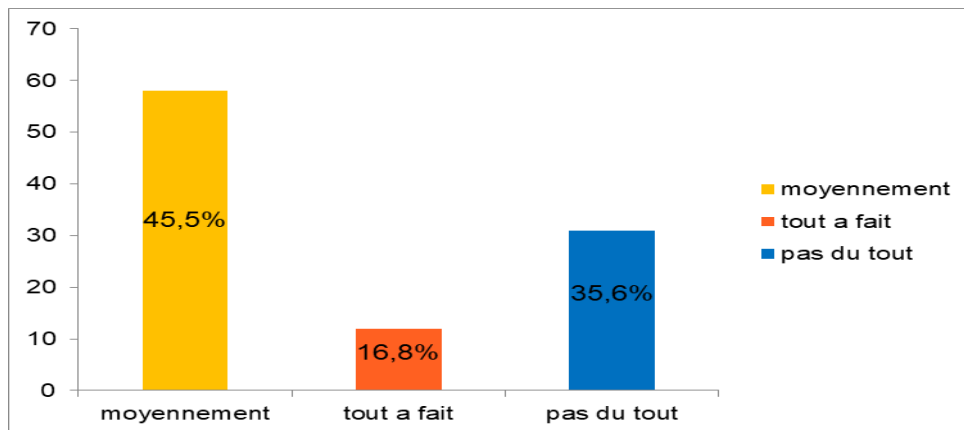


Figure 68: Multidisciplinarité et intérêt de la RCP

6.8. La stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence :

Cinquante-huit des participants à notre étude (57,4%) ont trouvé que l'explication de la stratégie thérapeutique et l'intérêt de chaque séquence étaient moyennement clairs. 31 étudiants (30,7%) estimaient que ce n'était pas du tout expliqué, et enfin 12 (11,9%) étudiants considéraient que c'était tout à fait claire (Figure 69).

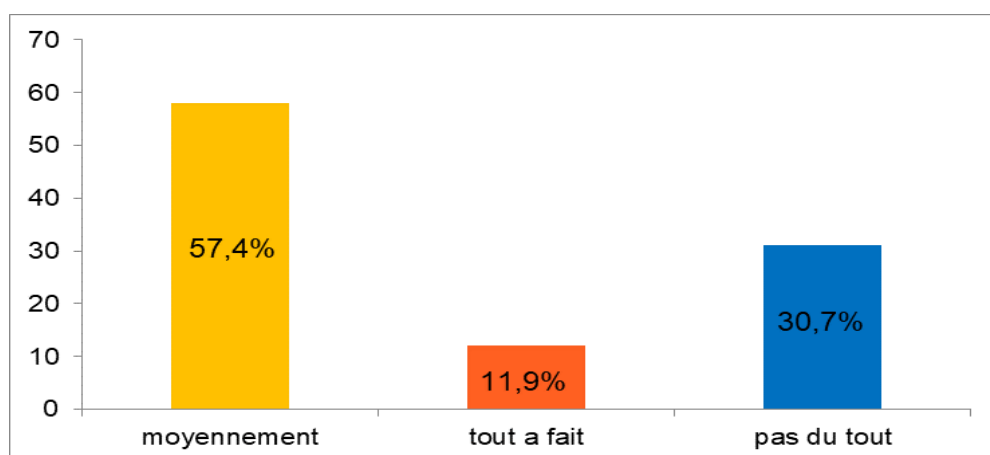


Figure 69: Explication de la stratégie thérapeutique avec l'intérêt de chaque séquence

6.9. L'intérêt des soins palliatifs :

Quarante-cinq étudiants (44,6%) trouvaient que l'intérêt des soins palliatifs était bien éclairé, tandis que 41 d'entre eux (40,6%) estimaient que c'était moyennement clair. Quinze étudiants (14,9%) trouvaient que ce n'était pas du tout clair (Figure 70).

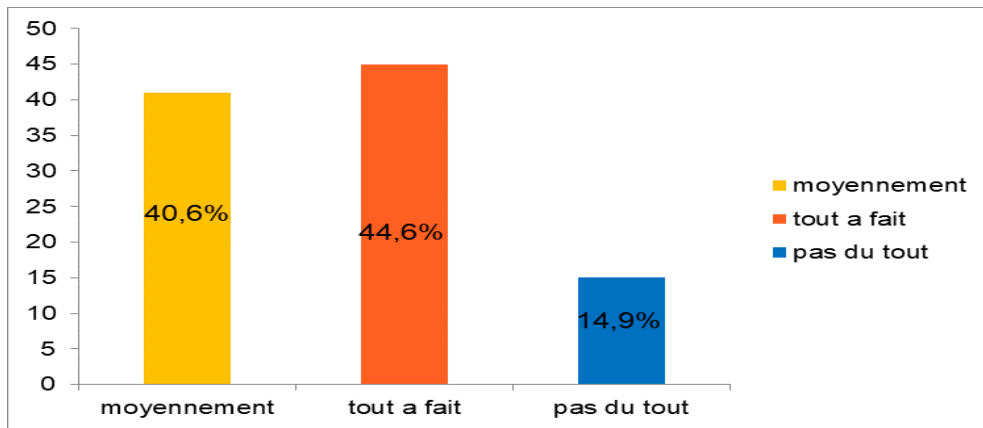


Figure 70: L'explication de l'intérêt des soins palliatifs

6.10. L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

Cinquante-trois étudiants (52,5%) jugeaient que l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme a été moyennement bien enseigné en oncologie oto-rhino-laryngologique. Trente-six étudiants (35,6%) considéraient que cet aspect de la discipline était très bien enseigné. Enfin, 12 étudiants (11,9%) estimaient qu'en cancérologie oto-rhino-laryngologique, l'intérêt de la surveillance post thérapeutique et son rythme n'était pas du tout clarifié (Figure 71).

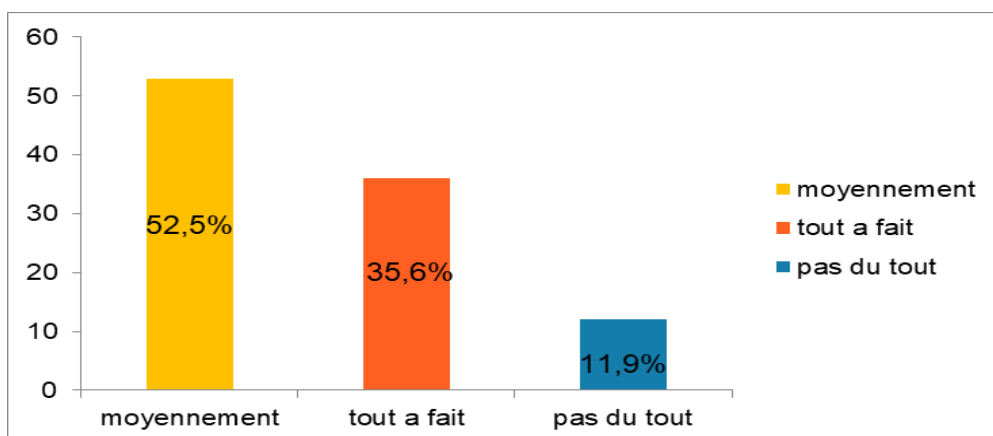


Figure 71 : L'intérêt de la surveillance post et son rythme

IV. Appréciation de la formation lors des stages hospitaliers:

Dès son admission en deuxième cycle, le guide de stage est délivré par la faculté à l'externe, il contient une liste d'objectifs pédagogiques que doit valider l'étudiant lors de sa pratique hospitalière [10]. Le but de notre travail est d'évaluer l'acquisition de ces compétences, d'où les besoins en formation hospitalière grâce à une fiche FGP. Cette dernière analysera chaque item figurant sur le guide de stage en termes de fréquence, de gravité et définira la nature des problèmes rencontrés : problèmes de connaissances (savoir), d'habileté manuelle (savoir-faire), d'aptitude relationnelle (savoir-être).

1. examen d'un nodule du sein suspect de malignité :

En termes de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à examiner un nodule du sein suspect pendant leurs stages hospitaliers parmi eux. Douze étudiants (11,8%) ont été rarement sollicités. Quarante-deux (41,6%) moyennement sollicités et 47 (46,6 %) fréquemment sollicités. (Figure 71).

En ce qui concerne la gravité : Treize (12,8%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 48 (47,5%) jugeaient cela moyennement important et 40 (39,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion d'examiner un nodule du sein suspect de malignité en stage. (Figure 72).

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Quarante-trois étudiants (42,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 41 (40,6%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 17 étudiants (16,8%) éprouvaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 72).
- Parmi les 101 étudiants. Vingt-sept (26,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. Cinquante-six (55,4%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 18 (17,9%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 72).

– Enfin, 32 étudiants (31,7%) jugeaient que l'examen d'un nodule suspect de malignité n'était pas du tout un problème de savoir-être. Cinquante-cinq d'entre eux (54,4%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 14 (13,9%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 71).

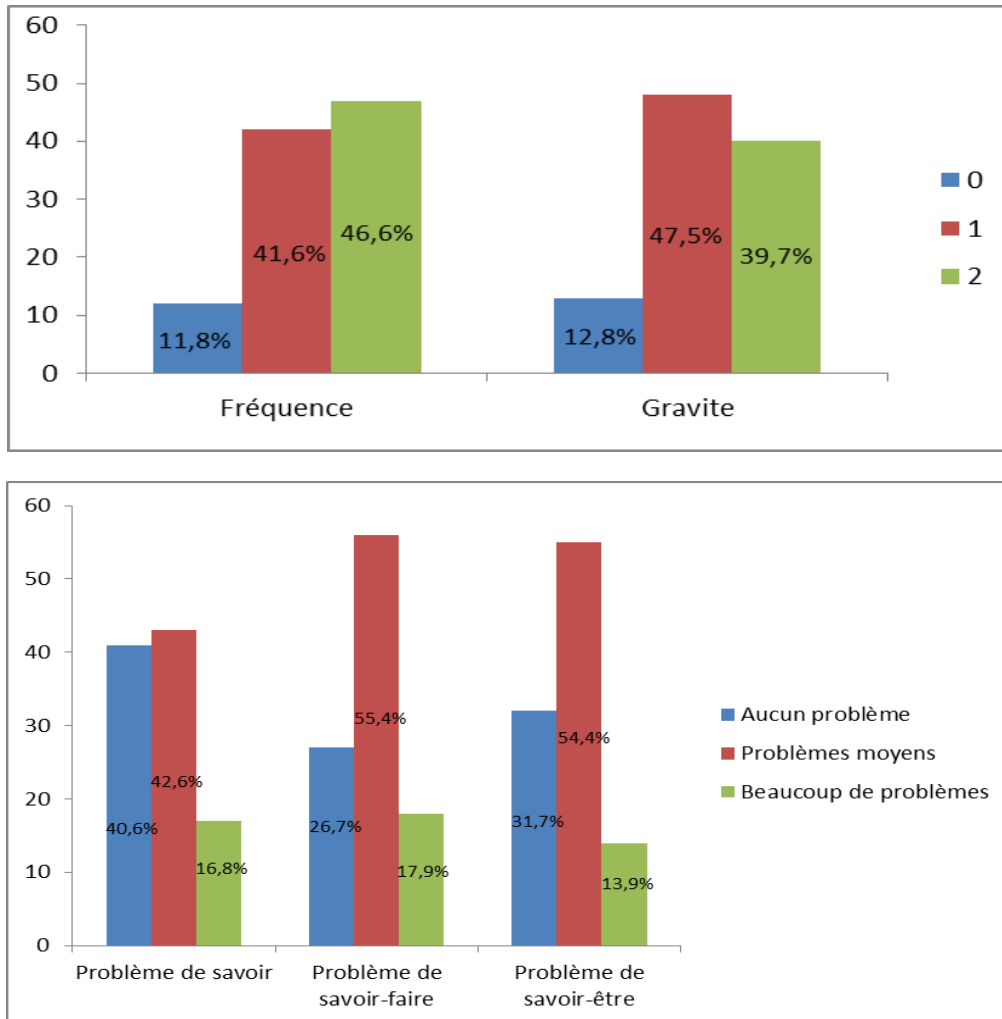


Figure 72 : Examen d'un nodule du sein suspect de malignité (fréquence, gravité, problèmes)

2. Examen un col de l'utérus tumoral :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à examiner un col de l'utérus suspect pendant leurs stages hospitaliers parmi eux, 28 (27,8%) ont été rarement sollicités, 38 (37,6 %) moyennement et 35 (34,6%) fréquemment.(Figure 73)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux, 14 (13,8%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 36 (35,6%) jugeaient cela moyennement important et 51 (50,6%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage.(Figure 73)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Quarante étudiants (39,7%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 34 (33,6%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 27 étudiants (26,7%) avaient de nombreuses difficultés en matière de savoir (Figure 73).
- Parmi les 101 étudiants. 23 (22,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. Quarante-neuf (48,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 29 (28,8%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 73).
- Enfin, 27 étudiants (26,7%) jugeaient que l'examen d'un col de l'utérus tumoral n'était pas du tout un problème de savoir-être. 48 d'entre eux (47,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 26(25,8%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 73).

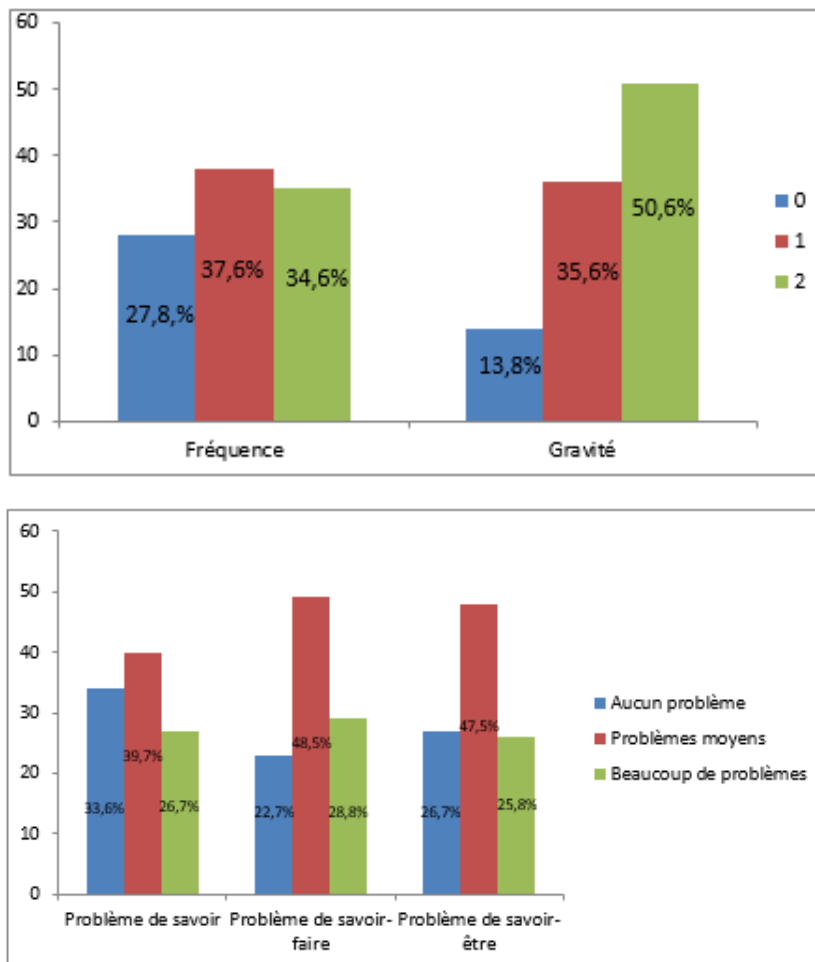


Figure 73 : Examen d'un col de l'utérus tumoral (fréquence, gravité, problèmes)

3. Examen d'une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère

ORL :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à examiner une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL, 15 (14,8%) ont été rarement sollicités, 53 (52,5 %) moyennement et 33 (32,7%) fréquemment. (Figure 74)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux, 14 (13,8%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 43 (42,6%) estimaient cela moyennement important et 44 (43,6%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 74)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Cinquante étudiants (49,5%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 33(32,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 18 étudiants (17,8%) avaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 74).
- Parmi les 101 étudiants. 29 (28,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. 52 (51,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 20 (19,8%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 74).
- Enfin, 30 étudiants (29,7%) jugeaient que l'examen d'une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL n'était pas du tout un problème de savoir-être. Cinquante-deux d'entre eux (51,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 19(18,8%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 74).

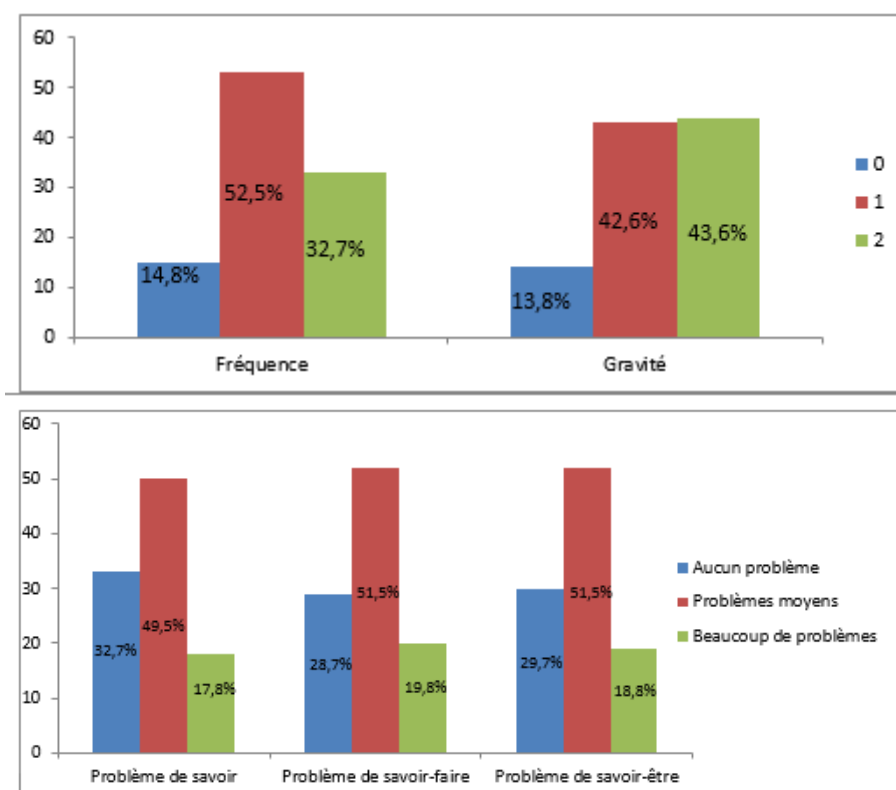


Figure 74 : Examen d'une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL (fréquence, gravité, problèmes)

4. Diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à faire le diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer, 19(18,5%) ont été rarement sollicités, 44(43,5%) moyennement et 38 (37,5%) fréquemment. (Figure 75).

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux, 12 (11,8%) jugent peu important le fait de maîtriser cette compétence, 42 (41,6%) jugent cela moyennement important et 47 (46,6%) pensent que c'est très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 75).

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Cinquante et un étudiants (50,5%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 32 (31,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 18 étudiants (17,8%) avaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 75).
- Parmi les 101 étudiants. 28 (27,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. 55 (54,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 18(17,8%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 75).
- Enfin, 30 étudiants (29,7%) jugeaient que l'examen d'une pleurésie lors d'un cancer n'était pas du tout un problème de savoir-être. Quarante-sept d'entre eux (46,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 24(23,8%) jugent que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 75).

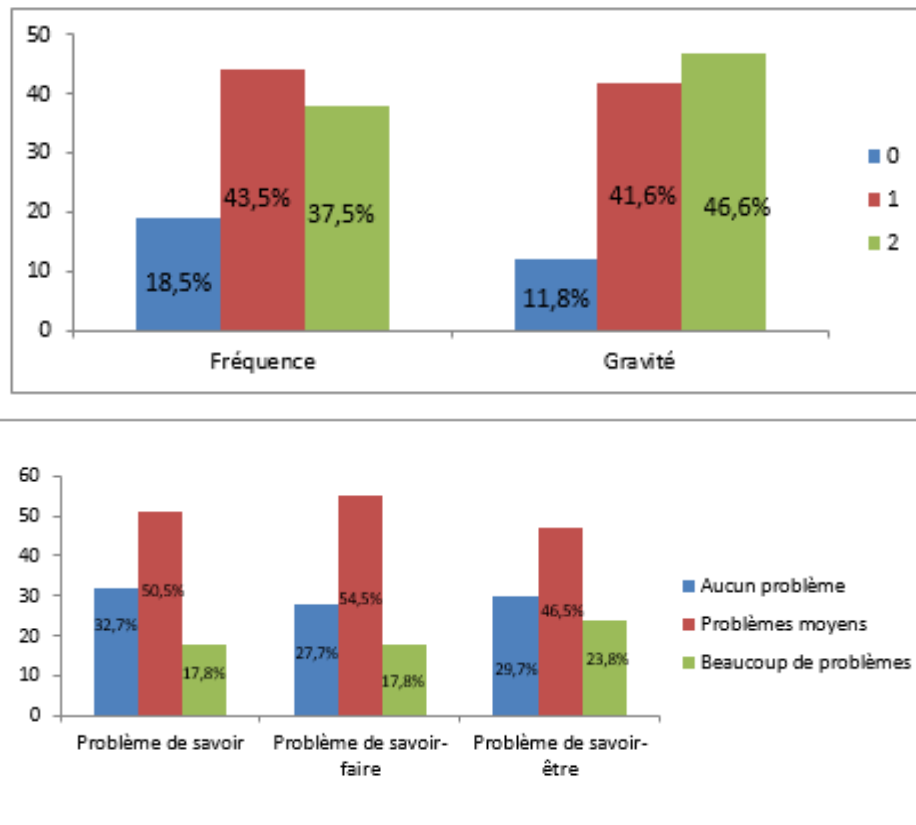


Figure 75 : Diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer (fréquence, gravité, problèmes)

5. Diagnostic d'une ascite lors d'un cancer :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à faire le diagnostic d'une ascite lors d'un cancer, 20(19,8 %) ont été rarement sollicités, 49(48,5 %) moyennement et 32 (31,7 %) fréquemment. (Figure 76).

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux, 12 (11,8%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 41(40,6%) jugeaient cela moyennement important et 48(47,6%) pensaient que c'est très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 76).

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- 46 étudiants (45,5%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 39 (38,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 16 étudiants (15,8%) avaient de nombreuses difficultés en matière de savoir. (Figure 76).

- Parmi les 101 étudiants. 31 (30,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. 49 (48,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 21 (20,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 76).
- Enfin, 32 étudiants (31,7%) jugeaient que l'examen d'une ascite lors d'un cancer n'était pas du tout un problème de savoir-être. Cinquante et un d'entre eux (50,5%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 18 (17,8%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 76)

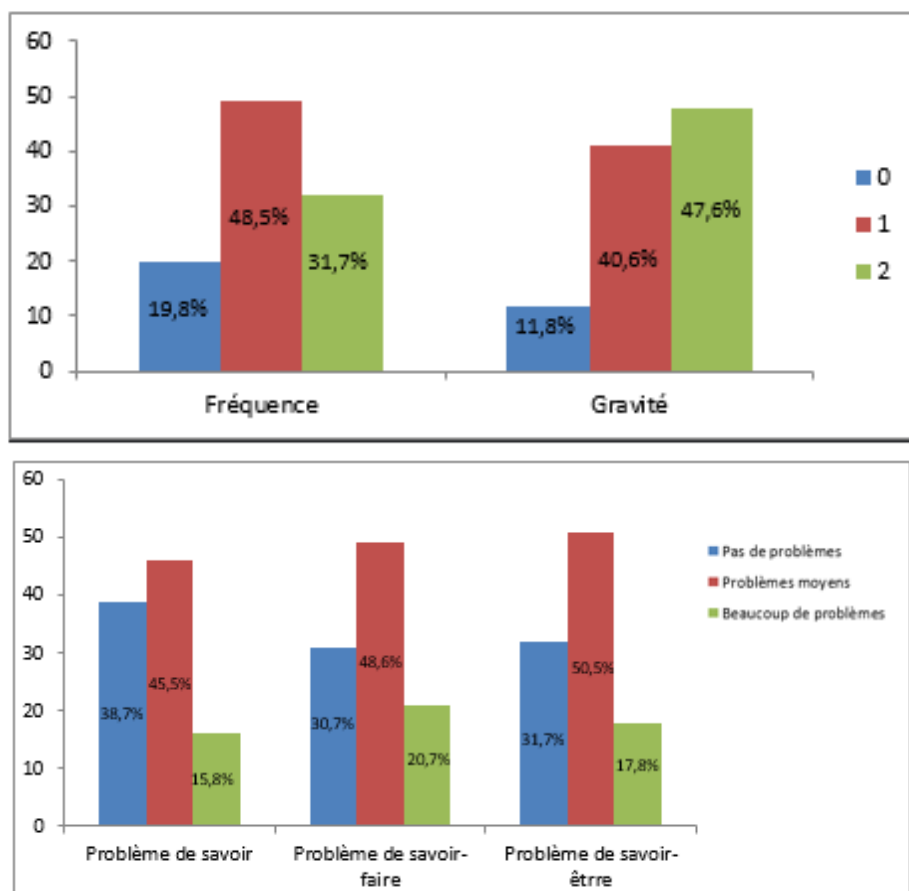


Figure 76 : Diagnostic d'une ascite lors d'un cancer (fréquence, gravité, problèmes)

6. Reconnaitre les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à reconnaître les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques, 36(35,7%) ont été rarement sollicités, 41(40,6%) moyennement et 24(23,7%) fréquemment. (Figure 76).

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 17 (16,7%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 45 (44,6%) jugeaient cela moyennement important et 39 (38,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 77).

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- 45 étudiants (44,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 26 (25,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 30 étudiants (29,7%) avaient de nombreuses difficultés en matière de savoir. (Figure 77).
- Parmi les 101 étudiants. 22 (21,7%) jugent que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. Cinquante et un (50,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 28(27,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 77).
- Enfin, 22 étudiants (21,7%) jugeaient que la reconnaissance des toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques n'était pas lié à un problème de savoir être. Cinquante d'entre eux (49,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 29(28,7%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 77)

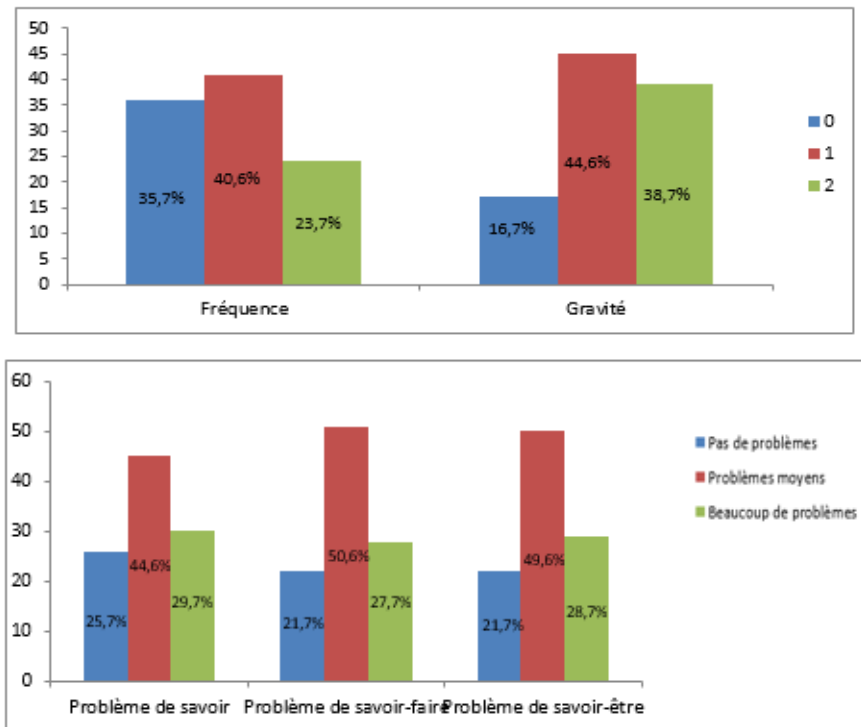


Figure 77 : Reconnaitre les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimétoprololes (fréquence, gravité, problèmes)

7. Interpréter une numération formule sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à interpréter une numération formule sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie ,15 (14,7%) ont été rarement sollicités, 38(37,6 %) moyennement et 48(47,7%) fréquemment. (Figure 78)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 8 (7,9%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 38 (37,4%) jugeaient cela moyennement important et 55 (54,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 78)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Trente-quatre étudiants (33,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 49 (48,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 18 étudiants

avaient (17,7%) de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 78).

– Parmi les 101 étudiants. 41 (40,6%) jugeant que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. 40 (39,7%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 20 (19,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 78).

– Enfin, 42 étudiants (41,6%) jugeaient que l'interprétation une numération formule sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie n'était pas lié à un problème de savoir être. Trente-huit d'entre eux (37,7%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 21 étudiants (20,7%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 78)

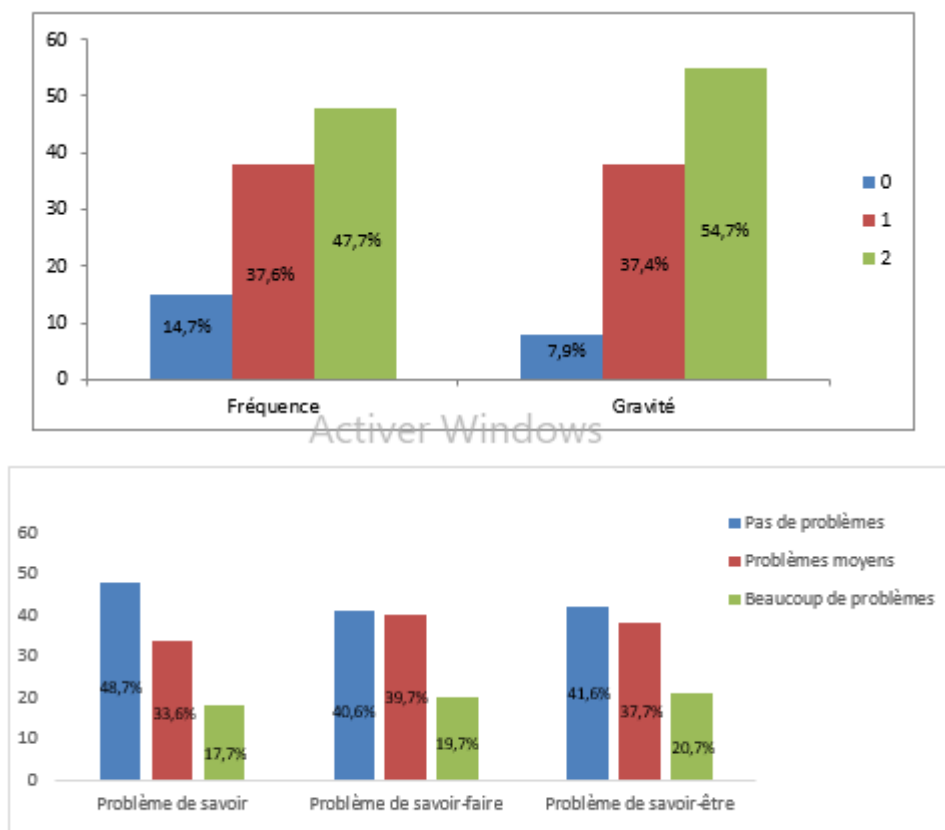


Figure 78 : –Interpréter une numération formule sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie (fréquence, gravité, problèmes)

8. Evaluer une douleur cancéreuse :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à évaluer une douleur cancéreuse ,12(11,7%) ont été rarement sollicités, 46(45,6 %) moyennement et 43(42,7%) fréquemment. (Figure 79)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 13 (12,7%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 53 (52,6%) jugeaient cela moyennement important et 35 (34,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 79)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

-Quarante-sept étudiants (46,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 33 (32,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 21 étudiants (20,7%) avaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 79).

-Parmi les 101 étudiants, 30 (29,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. Cinquante-trois (52,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 18 (17,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 79).

-Enfin, 21 étudiants (20,7%) jugeaient que l'évaluation d'une douleur cancéreuse n'était pas liée à un problème de savoir être. Soixante-deux d'entre eux (61,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 18 étudiants (17,7%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 79)

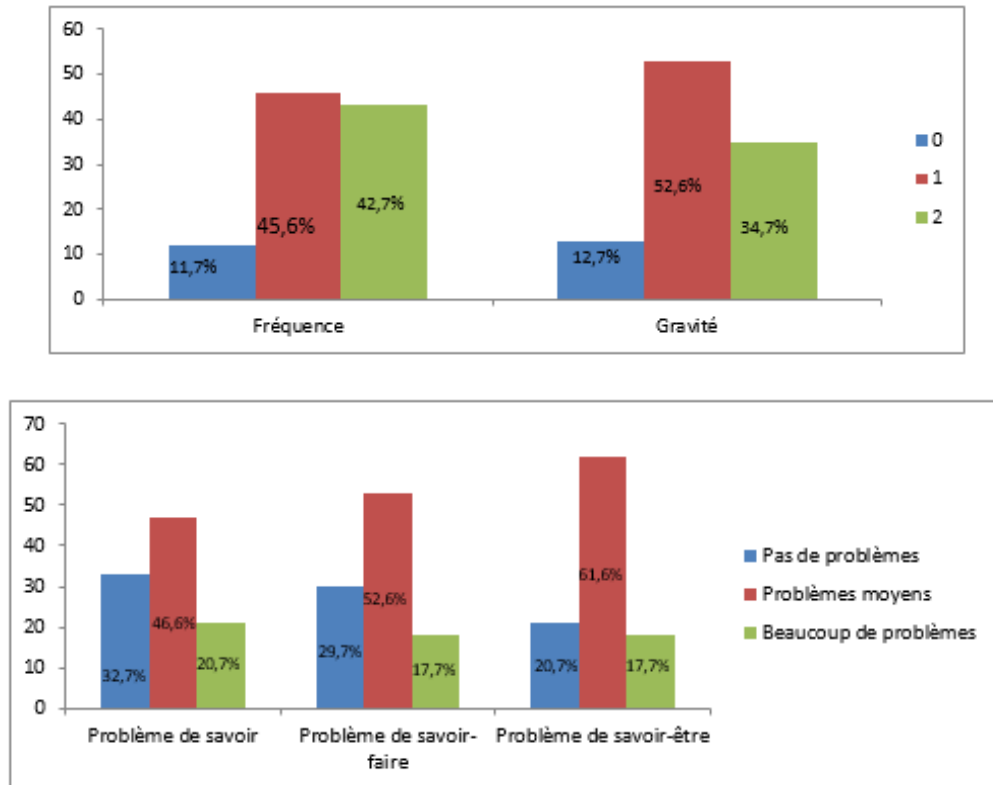


Figure 79 :- Evaluer une douleur cancéreuse (fréquence, gravité, problèmes)

9. Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à rédiger une ordonnance à base de morphine chez un patient cancéreux durant leur pratique hospitalière, 37(36,7%) ont été rarement sollicités, 39(38,6 %) moyennement et 25(24,7%) fréquemment. (Figure 80)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 13 (12,7%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 53 (52,6%) jugeaient cela moyennement important et 35 (34,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 80)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

-Quarante-neuf étudiants (48,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 26 (25,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 26 étudiants (25,7%) avaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 80).

-Parmi les 101 étudiants, 28(27,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. 42 (41,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 31 (30,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 80).

-Enfin, 24 étudiants (23,7%) jugeaient que l'évaluation d'une douleur cancéreuse n'était pas liée à un problème de savoir être. Quarante-six d'entre eux (45,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 31 étudiants (30,7%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 80)

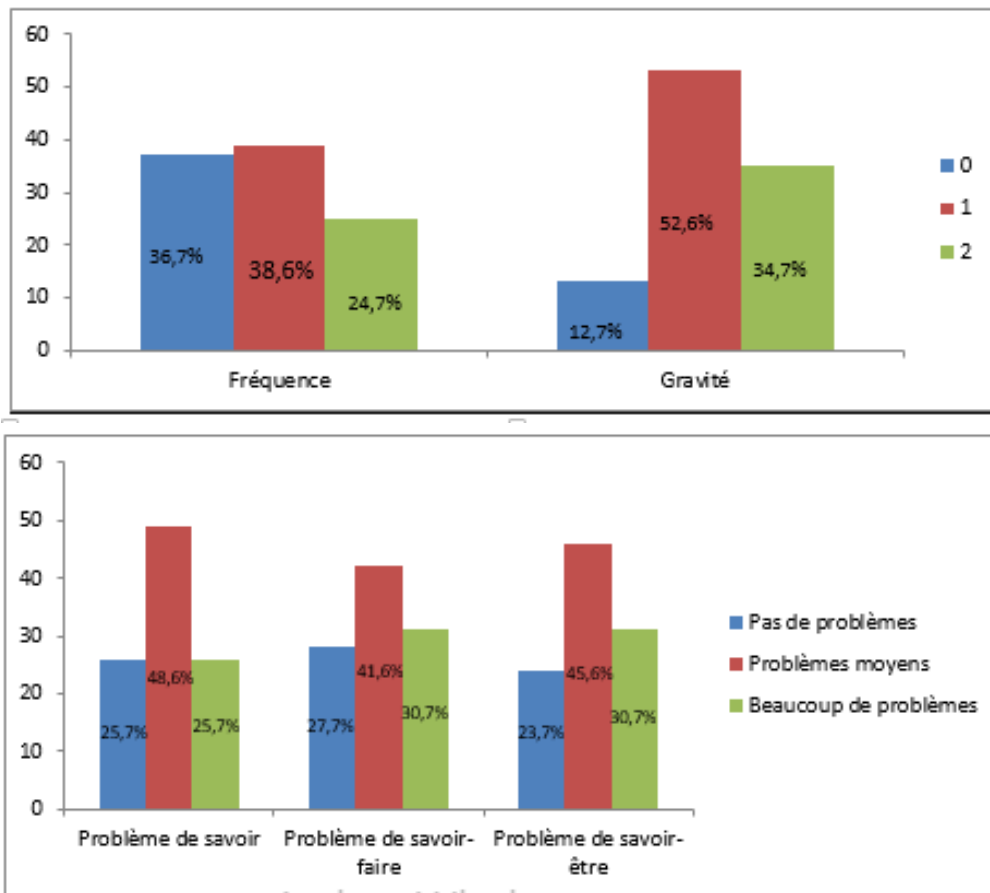


Figure 80 : Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux (Fréquence, gravité, problèmes)

10. Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte, 26(25,7%) ont été rarement sollicités, 43(42,6 %) moyennement et 32(31,7%) fréquemment. (Figure 81)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 13 (12,7%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 48 (47,6%) jugeaient cela moyennement important et 40 (39,7%) pensent que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 81)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- 46 étudiants (45,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 30 (29,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 25 étudiants (24,7%) retrouvaient de nombreuses difficultés en matière de savoir. (Figure 81).
- Parmi les 101 étudiants, 24(23,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. 47 (46,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 30 (29,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 81).
- Enfin, 26 étudiants (25,7%) jugeaient que l'évaluation d'une douleur cancéreuse n'était pas liée à un problème de savoir être. Cinquante d'entre eux (49,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 25 étudiants (24,7%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 81)

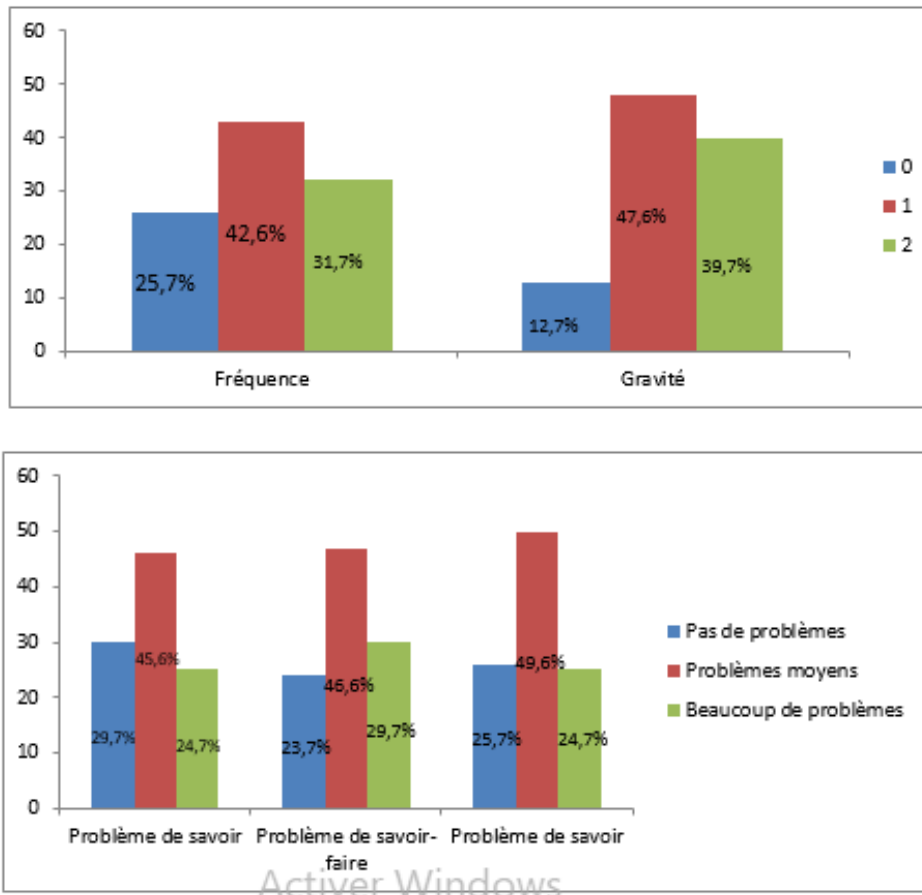


Figure 81 : Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte (fréquence, gravité, problèmes)

11. Réaliser une ponction d'ascite :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à réaliser une ponction d'ascite, 22 (21,7%) ont été rarement sollicités, et 46 (45,7%) moyennement et 33 (32,7%) fréquemment. (Figure 82)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 24 (23,7%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 52(51,6%) jugeaient cela moyennement important et 25 (24,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 82)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Trente-huit étudiants (37,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 43 (42,7%) qui n’avaient aucun problème. Enfin, 20 étudiants (19,7%) avaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives (Figure 82)
- Parmi les 101 étudiants, 37 (36,7%) jugeaient que ce n’était aucunement un problème de savoir-faire. Quarante-quatre (43,6%) pensaient que c’était moyennement un problème de savoir-faire, et 20 (19,7%) estimaient que c’était totalement un problème de savoir-faire (Figure 82).
- Enfin, 36 étudiants (35,7%) jugeaient que la réalisation d’une ponction d’ascite n’était pas lié à un problème de savoir être. Quarante-quatre d’entre eux (43,6%) pensaient que c’était moyennement un problème de savoir être et enfin 21 étudiants (20,7%) jugeaient que c’était totalement un problème de savoir-être (Figure 82)

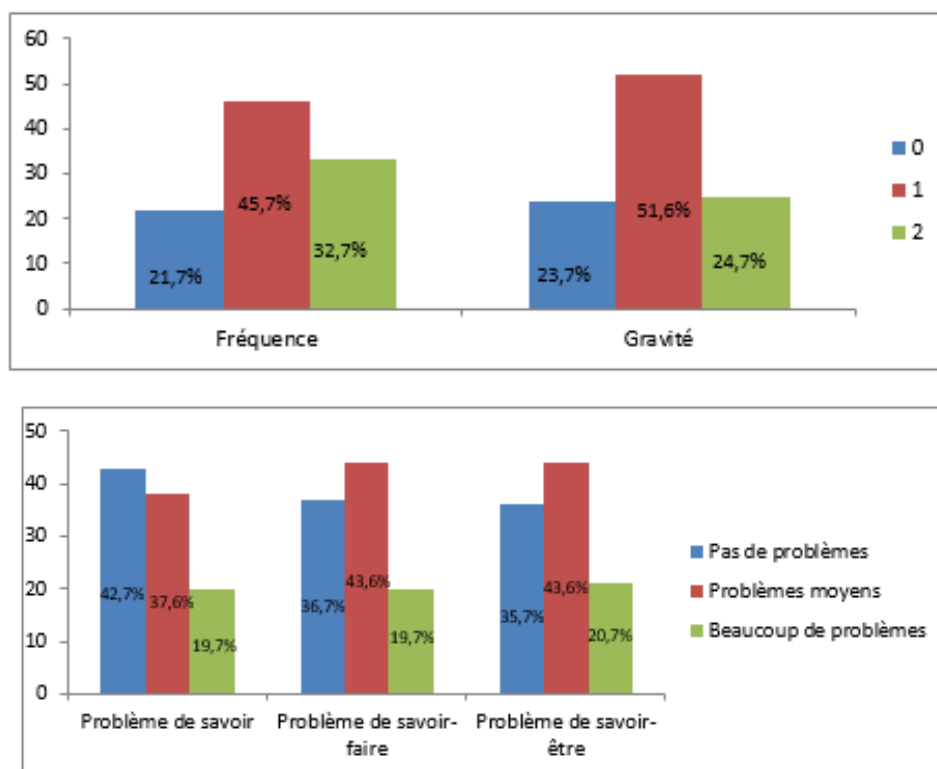


Figure 82 : Réaliser une ponction d’ascite (fréquence, gravité, problèmes)

12. Réaliser une ponction pleurale :

En terme de fréquence : 101 étudiants ont été sollicités à évaluer réaliser une ponction pleurale, 28(27,7%) ont été rarement sollicités, 49(48,6 %) moyennement et 24(23,7%) fréquemment. (Figure 83)

En ce qui concerne la gravité : Parmi eux 20 (19,7%) jugeaient peu important le fait de maîtriser cette compétence, 49 (48,6%) jugeaient cela moyennement important et 32 (31,7%) pensaient que c'était très important d'avoir l'occasion de le faire en stage. (Figure 83)

En ce qui concerne les difficultés retrouvées par les étudiants :

- Trente-neuf étudiants (38,6%) rencontraient des problèmes moyens en matière de savoir, contre 40 (39,7%) qui n'avaient aucun problème. Enfin, 22 étudiants (21,7%) avaient de nombreuses difficultés en matière de connaissances déclaratives. (Figure 83)
- Parmi les 101 étudiants, 28 (27,7%) jugeaient que ce n'était aucunement un problème de savoir-faire. Quarante-quatre (43,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir-faire, et 29 (28,7%) estimaient que c'était totalement un problème de savoir-faire (Figure 83)
- Enfin, 33 étudiants (32,7%) jugeaient que la réalisation d'une ponction pleurale n'était pas liée à un problème de savoir être. Quarante-trois d'entre eux (42,6%) pensaient que c'était moyennement un problème de savoir être et enfin 25 étudiants (24,7%) jugeaient que c'était totalement un problème de savoir-être (Figure 83)

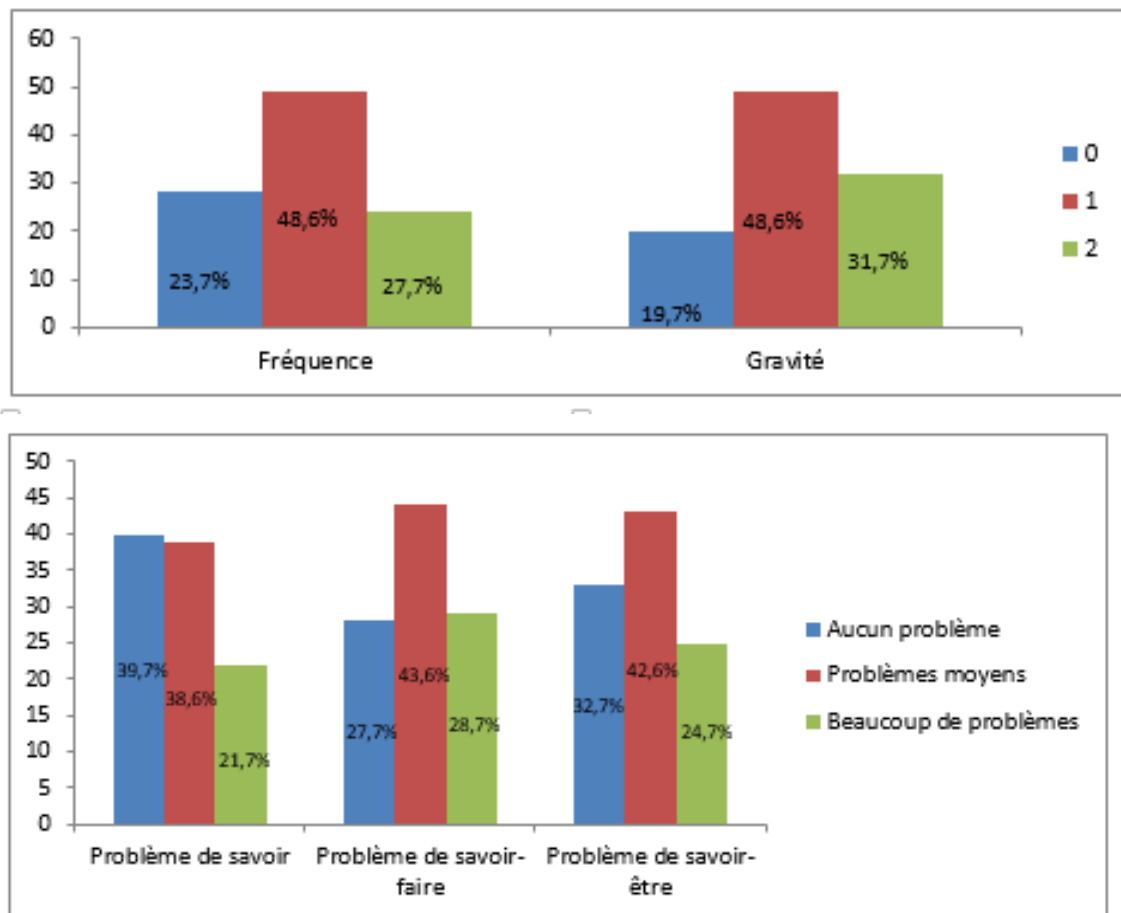


Figure 83 : Réaliser une ponction d'ascite (fréquence, gravité, problèmes)



DISCUSSION



I. Définition des besoins de formation :

L'éducation représente l'art et la science de préparer les personnes à fonctionner adéquatement dans la société. Pour atteindre cet objectif, l'éducation doit donc s'assurer que les personnes formées auront les habilités et les compétences attendues pour répondre aux besoins des populations. Les curriculums doivent donc offrir aux apprenants une série d'opportunités et d'activités pour atteindre ces objectifs.[1 1]

Il y'a eu plusieurs débats sur la définition des besoins en formation liés notamment à l'ambiguïté même de la notion de besoin. Une fiche à usage didactique publiée récemment propose cinq définitions du concept d'analyse de besoins en formation, qui se recourent partiellement : moyen de déterminer les besoins individuels de formation ,identification de l'écart entre une performance actuelle et une performance souhaitée, identification des performances déficientes chez les personnes en formation, reconnaissance des différences entre le compétences des étudiants et ce qui est requis pour conduire à bien une tâche professionnelle, moyen d'identifier ce que les étudiants, en tant que groupe, doivent apprendre. Il reste toujours classique de distinguer les besoins ressentis (ce que les personnes indiquent comme étant leurs besoins), les besoins exprimés (besoins identifiés lors de mises en situation), les besoins prescrits (définis par des experts) et les besoins démontrés (déduits d'une comparaison avec un groupe de référence).[4]

Cette typologie reprend d'ailleurs partiellement celle établie dès 1985 par Stufflebeam et coll qui distingue quatre perspectives possibles pour l'évaluation des besoins en éducation :

- 1- la perspective normative, qui assimile de fait le besoin en formation à l'écart entre les performances observées et les performances souhaitées. Cette démarche facilement applicable aux situations pour lesquelles existent des normes, des standards et des critères.[4]
- 2- La perspective démocratique met l'accent sur le besoin en formation considéré comme un changement désiré par une majorité ou par un groupe de référence.

Elle permet d'impliquer de nombreuses personnes dans le processus et de considérer avec équité plusieurs points de vue, ce qui peut être exploité pour induire une dynamique institutionnelle. En contrepartie, elle expose au risque démagogique de confusion entre besoin et préférence, dépend étroitement du degré d'information des groupes et des personnes sollicités et peut conduire à orienter la détermination des besoins dans le sens d'une adaptation excessive aux contraintes.[4]

3- La perspective diagnostique conçoit le besoin de formation comme un objet dont l'absence ou l'inadéquation peut s'avérer néfaste et dont la mise en œuvre apporte des bénéfices. Elle permet l'identification des besoins en formation respectivement couverts ou non satisfaits et utilise une démarche logique de recherche de la preuve, ce qui peut par contre conduire à privilégier les besoins non satisfaits caricaturaux et à négliger d'améliorer les besoins déjà couverts.[4]

4- La perspective analytique, enfin, considère le besoin en formation comme une orientation grâce à laquelle on peut anticiper une amélioration, compte tenu de la situation actuelle. Elle repose sur un jugement informé et s'apparente à une démarche systématique de résolution de problème ; elle met l'accent sur l'amélioration et non plus seulement sur la remédiation, implique une description compétente et éclectique de la situation et ne dépend pas de standards a priori. [4]

L'analyse des besoins en formation professionnelle médicale est désormais considérée comme une figure imposée de la démarche de planification pédagogique [4]. Ceci implique une connaissance des problèmes de santé à résoudre par les futurs professionnels afin de leur permettre d'aborder efficacement et pertinemment les problèmes qu'ils rencontreront lors de leur activité professionnelle.[12]

II. Besoins en formation en oncologie :

Bien que le cancer soit un problème de santé majeur, la formation des étudiants en oncologie est irrégulière et mal organisée dans de nombreuses facultés de médecine du monde entier. La sous-représentation de l'oncologie au sein de la formation médicale de premier cycle est bien documentée dans la littérature[13], d'où la nécessité de l'évaluation continue de l'enseignement en oncologie afin de répondre au besoin grandissant.

Des enquêtes en Europe (Haagedoorn, 1985; Bender et al, 1993; Cellerino et al, 1993; Ramakrishnan et al 1993), aux États-Unis (Bakemeier, 1981) et en Australie (Tattersall et al, 1993 ; Barton et Simons, 1999) ont tous identifié des problèmes avec l'enseignement en oncologie de premier cycle, notamment une coordination inadéquate, des ressources insuffisantes et la variabilité du programme d'études (UICC, 1994).[14]

Une éducation précoce appropriée au premier cycle sur le cancer reflète des services de santé efficaces ultérieurs à la communauté.[15] Non seulement les oncologues, mais aussi les médecins généralistes ont besoin de compétences cliniques afin d'offrir des soins de santé publique adéquats. Les patients, en particulier ceux qui vivent dans les zones rurales et régionales, attendent de leurs médecins généralistes des compétences médicales et de communication raisonnables. Les médecins généralistes doivent, par conséquent, connaître les méthodes de base de prévention et de dépistage du cancer, les techniques de soins palliatifs ainsi que les compétences en communication avec les patients.[16]

Selon une thèse réalisée à la faculté de médecine de Nancy en 2017, sur les besoins des médecins généralistes exerçant au sein d'une maison de santé dans la prise en charge des patients relevant des soins oncologiques de support, les médecins généralistes estiment que leur formation a porté uniquement sur la cancérologie, et non sur les soins de support. Elle reste, par conséquent, insuffisante et inadaptée surtout concernant la gestion des effets secondaires des chimiothérapies et l'annonce diagnostique[17]. Aux USA, une étude montre que, les médecins << non oncologues >> déplorent un inconfort important et une formation sub optimale en

oncologie et en soins palliatifs ; notamment, seulement 7 % des médecins de soins primaires, et 4% des oncologues déclarent avoir reçu une formation en soins palliatifs pendant leurs études de médecine[3] . Le manque de familiarité des médecins avec l'éventail complet de l'oncologie, montre un manque d'exposition et de formation au sein de la faculté de médecine, ce qui peut entraver la formation du médecin généraliste, et être un frein dans son rôle de prodiguer des soins optimaux plus tard [18].

Une étude faite en 2011, à l'Université de Paris Diderot, a conclu que la prise en charge des patients cancéreux en médecine générale semble être entravée par une formation en oncologie insuffisante des étudiants [19]. En effet, la connaissance théorique sur la pathologie cancéreuse, est un outil primordial pour comprendre la situation de chaque patient: il faut donc renforcer en premier lieu les connaissances théoriques de l'étudiant, puis consolider le volet pratique de la formation médicale. En pratique, l'enseignement universitaire de l'oncologie au Maroc comprend un module d'oncologie-hématologie, enseigné en quatrième année, n'apportant que des notions superficielles sur cette discipline.

Ensuite, il comprend un enseignement réparti entre les différents modules, organe par organe, permettant d'étudier la démarche diagnostique et thérapeutique de la pathologie cancéreuse dans le large module d'organe. Ainsi, très peu de cours sont dédiés à la prise en charge globale du patient cancéreux et aux soins palliatifs qui accompagnent ces traitements oncologiques ; Cette disproportion est une des doléances des étudiants de médecine, ainsi que des médecins généralistes, car même si le traitement des cancers serait du ressort du médecin spécialiste, la coordination des soins, la gestion des effets secondaires, ainsi que la surveillance post-thérapeutique peuvent faire partie des rôles du médecin généraliste [20] surtout dans un pays comme le nôtre, où l'accès aux soins oncologiques est distribué inégalement entre les différentes régions du royaume avec une prédominance dans les grandes villes[21].

Dans le même cadre, le plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010–2019, dans ses mesures 45 et 59, met l'accent sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer et souligne l'importance de la formation en oncologie qu'elle soit initiale ou continue[22] :

Mesure 45 : Assurer l'offre de soins aux malades atteints de cancer aux trois niveaux du système de santé: Assurer les activités d'information, de détection et de suivi au niveau (Niveau 1 : centres de santé, cabinets des médecins généralistes).

Mesure 59 : Développer la formation de base et la formation continue en cancérologie : La formation, en matière de prévention, doit intéresser tous les secteurs, elle doit être coordonnée et normalisée.

Ainsi, Pour la formation de base, le plan National Cancer recommande:

- Intégrer un module sur la prévention du cancer dans tous les cycles de l'enseignement
- Donner plus d'importance à l'enseignement de la santé publique dans le cursus de base du personnel médical et paramédical
- Renforcer dans chacune des spécialités d'organe, le volet santé publique, épidémiologique et oncologique.[22]

Pour la formation continue :

- Mettre en place un programme de formation continue dans le domaine de la prévention pour les professionnels de santé.
- Instituer une formation initiale complémentaire en cancérologie : pour les médecins généralistes ou spécialistes non oncologues médicaux qui seront habilités à pratiquer la chimiothérapie des cancers
- Assurer la formation continue de tout le personnel des trois niveaux.[22]

Le deuxième Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC2) 2020–2029 s'inscrit dans la continuité et la vision du premier plan cancer et adopte ses valeurs. Il vise à

prévenir et à contrôler les cancers à l'échelle nationale grâce à une approche multisectorielle, proposant des actions concrètes, durables, et adaptés au contexte socio-économique et culturel de notre pays. Ainsi , par sa 14^{ème} action, il vise à améliorer les activités de diagnostic précoce des cancers au niveau des soins de santé primaires (cabinets privés et centres de santé).[1]

En conclusion, on déduit que l'enseignement initial de l'oncologie médicale qu'il soit théorique ou pratique, à travers le monde, est compliqué, toujours en voie de développement et en perpétuel changement, d'où la nécessité de définir les besoins en formation chez les étudiants en cours de formation et de proposer les moyens nécessaires pour y remédier, afin de former des médecins généralistes compétents, qui pourraient participer activement à la prévention , le dépistage et le diagnostic précoce du cancer, et de facto améliorer le pronostic .

III. LES BESOINS EN FORMATION: < L'ESSENCE > DE LA REFORME DES ETUDES MEDICALES:

Au fil de ces dernières années, une problématique fut observée dans le contexte marocain, et c'est celle de l'inadéquation de la formation médicale théorique avec le volet pratique.[6] Ainsi, le projet de la nouvelle réforme des études médicales, a vu le jour en 2015. Ce projet, dont la principale motivation est de former des médecins généralistes, compétents, capables de répondre aux besoins du système de soins national.[7]

La FMPM, dans le cadre de la nouvelle réforme, a donc réalisé une révision de l'ensemble des programmes pédagogiques avec élaboration de nouveaux objectifs pédagogiques, de plan de cours et de supports de formation, accessibles à tous les étudiants sur le site de la faculté ;en plus ,de plusieurs changements au niveau du volet pratique de la formation , en adoptant une approche centrée sur l'étudiant et ses besoins et non sur les programmes préétablis .[7]

Par ailleurs, la commission pédagogique avait comme objectif stratégique de passer progressivement de l'approche par objectifs à l'approche d'apprentissage par compétences en fonction de l'acquisition des différents moyens permettant cette transition.[7]

Ce changement répond au conflit que pose la situation actuelle ; en effet la formation traditionnelle des médecins généralistes est axée sur l'acquisition de savoir alors que sur le terrain les futurs praticiens doivent avoir des compétences plus complexes de savoir être, savoir-faire et savoir-agir en milieux complexes.

Simultanément, la faculté a introduit deux nouveaux outils pédagogiques destinés à accompagner et orienter l'étudiant dans son passage d'externat : le guide de stage et le carnet de stage. Le carnet de stage a été conçu pour le suivi de la progression de l'étudiant au cours des années de stage à l'hôpital de la 3^{ème} année à la 7^{ème} année. Il trace son parcours dans les divers services, les acquis, les remarques du ou des maîtres de stages [23] Le guide de stage, a pour but de faciliter l'arrivée de l'externe au service et permettre le bon déroulement de son stage. Il contient également la réglementation des stages hospitaliers, les fonctions hospitalières de l'étudiant, le déroulement des stages, l'évaluation et les listes d'objectifs classées par spécialité[10] .

IV. Contextualisation marocaine des besoins en formation en oncologie médicale :

L'oncologie est une spécialité multidisciplinaire, ce qui pose des défis aux enseignants et aux administrateurs dans l'organisation et le développement interdisciplinaires d'un programme d'études complet en oncologie. En plus, tout déséquilibre dans le cursus entre l'oncologie médicale, l'oncologie chirurgicale, la radiothérapie, l'anatomie-pathologique, la radiologie et les sciences fondamentales peut conduire à une mauvaise assimilation du contenu des programmes et de facto vers une non-intégration de la nécessité du caractère multidisciplinaire des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer [24].

Notre étude a porté sur une analyse ponctuelle auprès des étudiants de fin du 2^{ème} cycle en médecine générale à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, quant à leurs besoins en formation en oncologie médicale. Notre analyse s'est basée sur un auto-

questionnaire et une fiche FGP mis à leur disposition en format électronique via le bureau des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Au terme de la collecte de ces données, 101 réponses ont pu être collectées, cela correspond à un taux de participation de 11%. En effet, cela s'explique notamment par un désintérêt des étudiants à leur propre formation ou par leur conviction qu'une telle étude n'entraînera pas de changement significatif.

La population de notre échantillon était en majorité féminine avec un sexe ratio de de 1.96. Cette répartition est fidèle à la représentation selon les genres des études médicales, largement féminisées depuis quelques années. En effet, le taux de féminisation est passé de 20 %, dans les années 70, à plus de 60 %(moyenne des années allant de 1995 à 2008) avec des proportions respectives de 60 %et 66 % à Rabat et à Casablanca [25].En France, l'Ordre des Médecins et la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) estiment que plus de 50% des médecins en exercice en 2025 seront des femmes, contre 42% en 2013[26].

Cinquante-neuf virgule quatre pour cent des participants sont des étudiants de 7^{ème} année, pourtant, la distribution du questionnaire était homogène au sein de la population des étudiants concernés. Ce biais pourrait être expliqué par le fait que les étudiants appartenant à la promotion de l'étudiante impliquée directement dans cette étude se sont montrés probablement plus solidaires que les autres. Enfin, 74,5% de notre population étaient des étudiants faisant fonction d'interne en 6^{ème} et 7^{ème} année.

En ce qui concerne l'appréciation générale de la formation en oncologie dans notre étude, 93,1% des étudiants l'ont jugée moyennement ou pas du tout satisfaisante, ce qui signifie que cette dernière ne répond pas aux besoins en formation des étudiants. Ce résultat concorde avec celui d'une étude en Australie et Nouvelle-Zélande, dont l'objectif était de déterminer les connaissances et les attitudes de bases des étudiants de dernière année en oncologie et en radio-oncologie dans 21 facultés de médecine, concernant la qualité de l'enseignement .En effet,

les étudiants ont classé l'oncologie et l'hématologie comme les spécialités médicales les moins bien enseignés au long de leur parcours.[27]

Ce résultat est probablement rattaché au fait que les étudiants ont jugé, de part cette question, le module d'oncologie-hématologie qui est enseigné en 4^{ème} année, et qui est très superficiel, et non pas l'ensemble des cours dispensés dans les modules d'organe en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année. En effet, le module d'oncologie hématologie enseigné en 4^{ème} année a été jugé moyennement ou pas du tout complet par 76,2% des étudiants participant à notre étude.

A ce propos, un article publié dans le journal de l'oncologie clinique en novembre 2006, conclue que la fragmentation de l'enseignement de l'oncologie entre les disciplines entraine un risque de duplication ou d'omission des connaissances sur le cancer. Ainsi, un programme idéal d'oncologie fournit une liste de contrôle complète pour la conception de cours qui permet l'adaptation aux conditions locales, ainsi qu'une liste de contrôle par rapport à laquelle les résultats peuvent être contrôlés.[28]

V. APPRECIATION DE LA FORMATION THEORIQUE PAR LOCALISATION

TUMORALE:

1. L'établissement des objectifs d'enseignement de la cancérologie:

Cet item a été jugé moyennement ou pas du tout satisfaisant par 46,5% à 87,1% des participants en fonction de la localisation tumorale objet de l'enseignement. Il semble donc nécessaire de réviser les objectifs de l'enseignement en oncologie médicale en prenant en considération leur pertinence, et en réalisant une évaluation périodique à travers des moyens reproductibles et objectifs afin de combler les déficits de formation [29].

Dans une étude menée en Espagne , qui visait à évaluer les plans d'études, et les directives d'enseignement des matières qui comprenaient un contenu concernant l'oncologie dans les 42 facultés de médecine de l'Espagne au titre de l'année universitaire 2016/2017.

Quatre-vingt-douze pour cent (92 %) des professeurs qui ont participé au sondage en ligne ont estimé que l'enseignement de l'oncologie au niveau du premier cycle présente des points à améliorer. Les principaux déficits concernaient le nombre insuffisant de crédits dédiés à l'oncologie médicale, l'enseignement des contenus de manière non coordonnée, le manque de systèmes d'évaluation adaptés aux compétences pratiques impliquées, et le poids excessif du contenu théorique dans l'évaluation.[30]

Pendant des années, les techniques de rédaction des objectifs ont été l'objet de plusieurs propositions et débats. De Landsheere en a proposé l'une des classifications les plus fonctionnelles. L'auteur reconnaît que tous les objectifs n'ont pas le même degré de précision et propose de les classer à trois niveaux : les buts, les objectifs généraux et les objectifs spécifiques. Ainsi, la formulation des objectifs s'échelonne entre des déclarations très générales, constituant des buts du dispositif éducationnel concerné, des objectifs généraux appliqués à des grandes sections de programme ou de cours et enfin des objectifs spécifiques correspondant à des tâches très précises.[31]

Les objectifs généraux et spécifiques peuvent être classés en référence aux différents types de comportements selon les différents domaines et niveaux des taxonomies des objectifs pédagogiques, dont celle de Bloom est la plus connue. Elle catégorise les capacités humaines en trois domaines, respectivement cognitif, psychomoteur et affectif. Chacun de ces domaines est ensuite divisé en différents niveaux hiérarchisés ; la taxonomie du domaine cognitif distingue ainsi respectivement : la connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation. En pratique, des taxonomies simplifiées ont souvent été utilisées (Figure 83). Dans la continuité de la perspective de Mager, De Landsheere formule que, pour être opérationnel, un objectif doit nécessairement décrire le comportement observable ; le produit attendu ; les conditions dans lesquelles se réalisera ce comportement et les critères permettant de décider si la performance est suffisante.[31]

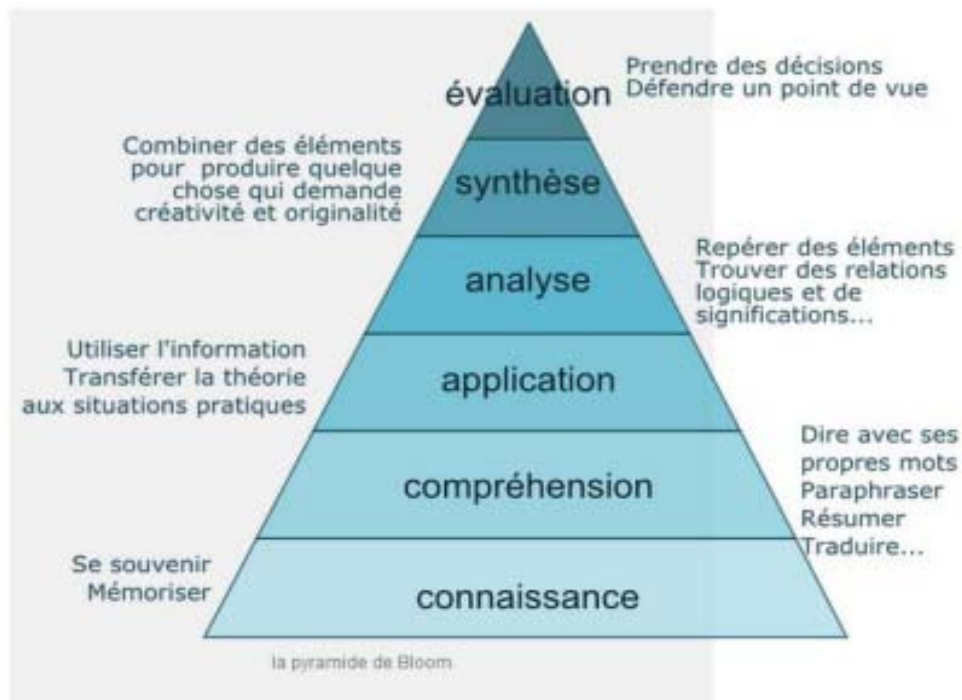


Figure 83 : Pyramide de Bloom- Approche par objectifs

L'avantage principal de l'approche par objectifs est d'avoir formulé et formalisé la nécessité d'explicitier de façon précise les finalités d'un dispositif de formation. Cette exigence facilite la démarche globale de planification pédagogique et se révèle essentielle à la cohérence interne des programmes qui sont élaborés, en favorisant la congruence entre les objectifs visés et les activités éducatives proposées[31]. Dans le même sens, une étude menée à l'université canadienne Laval, stipule que les objectifs d'apprentissage facilitent la communication entre l'enseignant et les étudiants, puisqu'ils précisent les apprentissages à réaliser, les actions à accomplir ou les performances à atteindre. L'étudiant sait précisément ce qui est attendu de lui. [32]

Il existe, cependant, des problématiques liées à l'utilisation de cette approche: Une trop grande rigidité dans l'énonciation des objectifs, le risque de fragmentation de l'enseignement, les trop longues listes d'objectifs et l'évaluation trop quantitative donc basée sur la maîtrise des faits uniquement[31]. Ces différentes problématiques peuvent concourir à un manque d'intégration de la formation à l'activité professionnelle.

2. Clarté des données épidémiologiques :

Les données épidémiologiques ont été jugées moyennement ou pas du tout claires par une proportion des participants qui s'échelonne entre 42,5% et 88,2% en fonction de la localisation tumorale objet de l'enseignement. Encore une fois ces résultats témoignent du déphasage entre le contenu des enseignements théoriques et son assimilation par les étudiants. Alors qu'un médecin généraliste participant activement à la démarche de dépistage et de prévention des cancers, doit avoir les bases épidémiologiques nécessaires.

3. L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers:

Entre 43,3% et 87,1% des participants à notre étude jugent que l'explication de l'intérêt du dépistage des cancers est bien assimilée dans les différents chapitres d'oncologie. En effet, l'étudiant en médecine, futur médecin généraliste est le pivot central de la prévention et du dépistage des cancers. Il connaît le patient dans sa globalité biopsychosociale ce qui lui donne un avantage important pour l'accompagner dans la prévention et le dépistage de ses facteurs de risque[33]. Aussi, le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010–2019) dans sa mesure 29 s'est engagé au développement de la formation de base et la formation continue en matière de prévention des cancers[22] et s'engage dans la continuité et la consolidation de ce processus dans sa deuxième version PNPCCC 2020–2029 .

4. Pertinence de l'explication de la sémiologie :

La sémiologie étant une part indissociable de tout enseignement en pathologie humaine. Elle permet au futur médecin d'adopter une approche rationnelle dans la réflexion médicale, affinant ainsi ses hypothèses diagnostiques afin de mieux orienter le choix des examens complémentaires utiles devant chaque cas.

La pertinence de l'explication de la sémiologie dans les chapitres de cancérologies était jugée moyennement ou pas du tout claire chez 46,5% à 75,2% de nos participants en fonction de la localisation tumorale étudiée. Ceci invite à replacer l'enseignement de la sémiologie au centre des modules de cancérologie.

5. Clarté de l'étude clinique paraclinique :

41,6% à 69,3% participants avaient jugé l'étude clinique et paraclinique enseignées dans les chapitres cancérologie moyennement ou pas du tout claires, dans les différents chapitres d'oncologie étudiés. Ceci dit qu'un étudiant sur quatre au moins ne maîtrise pas les aspects cliniques et la démarche paraclinique devant une pathologie cancéreuse.

Puisque, le médecin généraliste est la première ligne en matière de soins santé, le citoyen sera confronté à des médecins incapables de mener une démarche diagnostique correcte devant une pathologie maligne, et donc responsables d'un retard diagnostic rendant le pronostic sombre. Dans la continuité de cette vision, Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010–2019) visait par ses mesures 34 et 59 à développer la formation de base et la formation continue en cancérologie afin d'assurer un diagnostic précoce et une prise en charge optimale.

6. L'intérêt du dispositif d'annonce

L'intérêt du dispositif d'annonce quant à lui a été moyennement à pas tout clair par une fraction qui oscille entre 66,3% 89,1% participants. Cette constatation pourrait être expliquée par le fait que le système de soin n'intègre pas ce genre de dispositif dans le circuit du cancéreux. C'est pourtant une mesure capitale, permettant l'information, le soutien et l'accompagnement du patient et de ses proches, facilitant ainsi l'implication du patient dans la décision thérapeutique.[34]

Dans une étude dans une faculté de médecine d'une université publique en brésil, 70% des étudiants n'étaient pas conscients de l'importance d'annoncer les mauvaises nouvelles et de l'existence de protocoles spécifiques pour guider les médecins dans ces situations .[35]

Il faut rappeler, cependant, que le médecin généraliste devrait faire partie de ce dispositif afin de garantir l'adhésion des patients à leur propre prise en charge et éviter les phénomènes de repli et d'abandon qui conduisent à des retards inéluctables en termes de prise en charge des patients cancéreux. [36]

7. Multidisciplinarité et intérêt de la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) :

L'intérêt de la multidisciplinarité et des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) était jugé par 48,5% à 65,4% moyennement ou pas du tout expliqué en fonction de la localisation tumorale étudiée. Ainsi, on se retrouve devant au moins la moitié de nos étudiants qui n'ont pas été assez sensibilisés à propos de la nécessité d'intégrer une équipe multidisciplinaire dans le processus de prise en charge des patients cancéreux. Cela peut être dû au fait que les étudiants en médecine observent généralement les patients atteints de tumeurs malignes à travers les yeux d'un seul spécialiste à un moment donné.

Une étude menée à « la summer oncologie school de vienne » , visant à évaluer l'enseignement de la prise de décision clinique dans un environnement multidisciplinaire, conclue qu'il s'avère nécessaire d'intégrer un module interdisciplinaire et multidisciplinaire obligatoire de dix jours avec des méthodes d'enseignement didactiquement solides pour tous les étudiants du premier cycle afin de développer leurs compétences en oncologie.[37]

La concertation pluridisciplinaire est un élément spécifique dans la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer, garant d'une prise en charge ultérieure de qualité [38]. Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2020–2029) dans sa deuxième version, a la volonté de consolider les acquis, de corriger et d'améliorer les insuffisances

constatées lors du PNCPC 2010–2019. Il vise aussi à accompagner les professionnels de santé dans l'évolution de leur pratique, afin de permettre une prise en charge totale et équitable de tous les patients atteints de cancer par un personnel motivé et qualifié dans des structures répondant aux normes internationales .[1]

Dans ce contexte d'homogénéisation des pratiques et de l'amélioration des soins, les mesures 55 et 61, sur la coordination des activités de prise en charge et le dispositif d'annonce, structurent le processus décisionnel et l'annonce de la maladie et des traitements auprès des patients. L'objectif final serait de pouvoir donner accès à 100% des patients cancéreux et de guérir 50% des patients traités [1]. Cet objectif ambitieux ne pourrait voir le jour sans engagement des praticiens impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux à l'échelle nationale à adopter la RCP comme institution en dehors de laquelle ne peut se concevoir aucune prise en charge d'un patient cancéreux. La sensibilisation sur le rôle institutionnel de la RCP est un travail de longue haleine et devrait faire partie intégrante du processus de formation initiale de nos médecins généralistes.

8. Explication de la stratégie thérapeutique :

L'explication des grandes lignes de la stratégie thérapeutique a été jugée moyennement ou pas du tout claire chez 68.3% à 88,1% des étudiants.

Dans l'étude menée au Rwanda, les étudiants ont été interrogés sur leur niveau de connaissances en ce qui concerne le rôle de la chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie et la stratégie multimodale dans la prise en charge du patient cancéreux. Ces derniers sur une échelle de Likert ont répondu qu'ils disposent de connaissances respectivement adéquates à (6%), (8%), (16%), and (21%), ce qui concorde avec les résultats de notre étude.[39]

Cette constatation invite à améliorer la stratégie de l'enseignement des différents chapitres d'oncologie, afin d'intégrer le médecin généraliste dans la prise en charge multidisciplinaire des cancers.

9. L'intérêt des soins palliatifs :

50,5% à 67,3% des étudiants ont jugé que la place de l'intérêt des soins palliatifs n'était moyennement, voire pas du tout importante dans les programmes actuels. Quoique, la réduction de la souffrance des patients et l'accompagnement de leurs proches sont une composante importante du contrôle du cancer.[40]

Que ce soit à cause de la fragilité du terrain ou de l'échec de toutes les possibilités thérapeutiques, l'instauration des soins palliatifs permet indéniablement d'améliorer la qualité de vie ainsi que la survie des patients cancéreux. Par sa connaissance exhaustive du patient dans toutes ses dimensions, et son rôle pivot dans la coordination des soins, tout médecin généraliste est appelé à maîtriser les différents aspects de ses soins palliatifs[14].L'intégration d'un chapitre sur les soins palliatifs s'impose donc de manière naturelle dans le programme de formation initiale des médecins généralistes, comme il a été fait lors de la réforme.[41]

10. L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme :

46,5% à 69,1% des participants ont jugé que l'intérêt de la surveillance post-thérapeutique était moyennement ou pas du tout explicite. Dans le cadre de la prévention tertiaire de la pathologie cancéreuse, tout patient traité pour cancer devra faire l'objet d'une surveillance post thérapeutique [12]. Cette surveillance a pour objectifs de guetter les récurrences, les complications de la maladie et des traitements administrés. La participation du médecin généraliste est indispensable afin de détecter ces événements précocement permettant de dispenser une prise en charge adaptée à un moment opportun[20]

Le tableau 1 résume les résultats concernant la satisfaction des étudiants par rapport à l'enseignement magistral d'oncologie par localisation tumorale.

Au vu de ces résultats, nous concluons que la majorité des étudiants sont moyennement ou pas du tout satisfaits de l'enseignement théorique en oncologie. Ces résultats concordent avec ceux de plusieurs travaux publiés. En effet, selon plusieurs études faites à travers le monde,

notamment en Afrique [39], Europe [42]aux États-Unis [43] ;en Australie [44] ou encore au Canada [13], des problèmes ont été identifié concernant l'enseignement en oncologie, notamment une coordination inadéquate, des ressources insuffisantes et une variabilité du programme d'études selon les différents pays [14]

Tableau I : Récapitulatif de l'enseignement des chapitres d'oncologie dans les différents modules: pourcentage des étudiants qui jugent que les différents items sont moyennement ou pas du tout satisfaisants

	L'établissement des objectifs d'enseignement de la cancérologie	Clarté des données épidémiologiques	L'explication claire de l'intérêt du dépistage des cancers	Pertinence de l'explication de la sémiologie	Clarté de l'étude clinique paraclinique	L'intérêt dispositif d'annonce	Multidisciplinarité et intérêt de la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	Explication de la stratégie thérapeutique	L'intérêt des soins palliatifs	L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme
Cancérologie digestive	60,4%	58,4%	48,5%	54,5%	54,5%	78,2%	83,3%	72,3%	54,4%	53,5%
Cancérologie thoracique	80,2%	75,3%	55,4%	70,3%	69,3%	65,3%	62,4%	80,2%	54,5%	67,3%
Cancérologie Gynéco-mammaire	46,5%	42,5%	12,8%	46,5%	41,6%	68,3%	48,5%	68,3%	53,5%	46,5%
Cancérologie de l'appareil urinaire	67,3%	69,3%	52,5%	60,4%	64,4%	66,3%	54,4%	76,2%	50,5%	66,3%
Cancérologie ORL	67,4%	65,4%	54,3%	61,3%	64,3%	61,4%	54,4%	76,2%	67,3%	69,3%
Autres enseignements de l'oncologie	87,1%	71,3%	40,6%	75,2%	69,3%	76,2%	83,2%	88,1%	55,4%	64,4%

VI. Appréciation de la formation lors des stages hospitaliers:

Les stages hospitaliers constituent un moment crucial dans la formation des étudiants en médecine visant à consolider, progressivement, les compétences professionnelles du médecin généraliste.

Afin que notre étude soit pertinente, nous avons comparé, dans la mesure du possible, les résultats obtenus aux études issues de la littérature.

En ce qui concerne le stage d'oncologie, sur les 101 étudiants interrogés, 43 étudiants (42,6 %) n'ont pas bénéficié d'un stage d'oncologie durant leur cursus, ce qui représente une grande proportion de notre échantillon. Une étude réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), stipule que 39% des étudiants en médecine britanniques quittent la faculté de médecine sans avoir reçu un enseignement spécifique en oncologie, ce qui concorde avec les résultats de notre étude. [45]

Au cours de notre travail, nous avons constaté la place primordiale que les cancers prennent dans le quotidien du médecin généraliste, et l'importance de la formation d'étudiants en médecine capables de répondre pertinemment à cette offre de soins. Ainsi, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) recommandent que les étudiants en médecine puissent suivre une formation d'au moins deux semaines en oncologie durant leur cursus.[46]

Dans ce même volet, une étude réalisée chez les écoles de médecine de premier cycle du Royaume-Uni, afin de déterminer l'étendue de la formation hospitalière fournie par leur programmes d'études, a conclu qu'une augmentation de l'étendue de celle-ci s'impose devant l'augmentation de la prévalence de la maladie cancéreuse.[47]

En effet, le processus d'apprentissage pendant le stage hospitalier met en œuvre un certain nombre d'outils, qui permettent à l'étudiant d'intégrer de manière durable les principes de la discipline médicale[48]

Parmi ces outils, nous avons la consultation, les visites matinales encadrées, la simulation ou encore es exposés orales (topos). A titre d'exemple, la consultation à elle seule sollicite une panoplie de compétences indispensables à l'exercice du futur professionnel notamment la communication, l'apprentissage par problème, l'initiation à la prescription, l'examen clinique, ainsi que l'annonce d'une mauvaise nouvelle.[49]

En effet, une étude a été réalisée à la faculté de Médecine de Rennes afin de définir les compétences à acquérir par un étudiant lors du stage hospitalier en gynécologie sur un mode pluridisciplinaire. Les résultats ont déterminé que la participation à la consultation la consultation permet d'atteindre 47% des besoins pédagogiques .On conclue, donc, que la consultation reste le poste pédagogique le plus efficient, correspondant au mieux au futur mode d'exercice de l'étudiant. [50]

La visite des étudiants au lit du patient (bedside teaching) , quant à elle, est un moment d'apprentissage très riche car l'étudiant est amené à présenter une observation médicale devant ses collègues et ses encadrants par exemple, ou à répondre à des questions concernant les patients et leurs pathologies diverses, ce qui lui permet d'acquérir un certain nombre de connaissances comme, la communication, la capacité à gérer son stress, ou encore la structuration de son raisonnement clinique[39]

En outre, l'intégration des techniques de simulation aux stages cliniques , permet d'imbiber les étudiants de compétences complexes tel que le prise de décision, le raisonnement clinique et l'empathie sans compromettre la sécurité du patient [51].

Enfin, pendant les stages hospitaliers, les étudiants sont amenés à faire des exposés orales(topos) sur des sujets choisis par eux même ou pas leur encadrant de stage, ce qui pousse l'étudiant à rechercher, à faire un travail de synthèse, à explorer la matière par lui-même, à communiquer de manière claire et concise afin qu'il soit compris [52].

On conclue, que la formation hospitalière est primordiale pour assurer la transition entre connaissances théoriques et les compétences professionnelles du médecin. Il s'agit d'un savoir-agir en situation incluant savoir(connaissances déclaratives) ,savoir être (attitudes) et savoir-faire (habiletés).[53]

Dans notre étude, parmi les 58 étudiants (57,4 %) des étudiants ayant bénéficié d'un stage d'oncologie durant leur cursus, 92% jugent que le stage a moyennement ou pas du tout répondu à leurs besoins. Ce chiffre très élevé est probablement dû à un encadrement inadéquat des étudiants et par le manque de gestes à pratiquer au sein du service d'oncologie. Pour D.Vanpee, la qualité pédagogique d'un stage résulte de la qualité de l'encadrement qui sera donné à l'étudiant afin qu'il puisse développer de réelles compétences cliniques, et non seulement de son exposition aux patients [54].

Cette constatation va de pair avec les résultats de notre étude, ou les étudiants ayant eu un stage, par manque d'encadrement, n'estiment pas avoir bénéficié des apprentissages attendus de ce dernier.

Le rôle du maître de stage est primordial, car c'est lui qui est responsable de la validation des objectifs de l'étudiant durant son passage en oncologie, de l'encadrement de ce dernier, ce qui permet à l'étudiant de passer des connaissances théoriques à la capacité d'appréhender la complexité et la spécificité de la pratique de la médecine générale.[55]

La durée du stage d'oncologie était en moyenne de huit semaines, ce qui semble être une moyenne correcte d'après d'autres études qui se sont intéressées à ce sujet.

A titre d'exemple, à l'Université de Toronto, les étudiants en médecine passent, huit semaines de stage en oncologie[13]. Dans une autre étude menée par l'Université de Californie-San Francisco, auprès des étudiants de 4^{ème} année, les étudiants ont affirmé qu'un stage de 4 semaines répondait largement à leurs besoins d'apprentissage [56]

Ensuite, dans notre étude, seulement 54 étudiants (53,5%) pensent que le stage d'oncologie devrait être obligatoire durant les sept ans de formation médicale. Ceci dit que presque un étudiant sur deux n'est pas intéressé par le passage en oncologie. Cette constatation pourrait être la résultante de l'enseignement non exhaustif du module d'oncologie-hématologie, ce qui implique une connaissance erroné de l'importance de la spécialité par les étudiants.

En ce qui concerne l'année la plus convenable au passage du stage, 39,6 %.et 35,6 % des étudiants jugent respectivement que la 6^{ème} et la 5^{ème} année d'études médicales seraient les plus

convenables. En effet, l'enseignement de de la pathologie cancéreuse est dispensé dans les différents modules d'organe en 3^{ème} , 4^{ème} et 5^{ème} année, et donc il faudrait attendre la 5^{ème} année pour avoir un recul suffisant, nécessaire, afin d'assimiler la mise en pratique de toutes les pathologies cancéreuses enseignées .

Au Maroc, le stage d'oncologie médicale se déroule en 4^{ème} année ou en 5^{ème} année selon le choix de chaque faculté. A la différence de nos résultats, dans une étude menée en Inde Orientale, la majorité des étudiants (87 %) estiment que la 3^{ème} année (MBBS pour eux), était l'année convenable pour le stage d'oncologie [57].

Enfin, les résultats de notre étude montrent que 76,4% des étudiants jugent que le module oncologie-hématologie est moyennement ou pas du tout complet. C'est un module qui s'enseigne en 4^{ème} année, et qui regroupe une approche introductive globale de l'oncologie et des différentes méthodes de traitement. C'est un module qui est dense, mais qui est détaché du reste de l'enseignement des cancers, qui se fait dans les différents modules durant la 3^{ème}, 4^{ème} et la 5^{ème} année. L'enseignement a proprement dit des cancers se fait organe par organe, et ce module n'est donc pas représentatif de la formation d'oncologie durant les années d'études médicales.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents items jugés importants à acquérir pendant le stage selon le guide de stage de la FMPM [10].

1. Examiner un nodule du sein suspect de malignité.

Au Maroc, le cancer du sein constitue un véritable problème de santé publique. Non seulement, il est le premier cancer de la femme au Maroc (36,1%), mais aussi, la cause d'un nombre important de décès à cause du retard de diagnostic.[58]

Dans la continuité de cette perspective, la Fondation Lalla Salma a mis en place un programme de détection précoce chez les femmes âgées de 45 à 69 ans , qui implique le médecin généraliste dans toutes les étapes de dépistage.[58]

Ainsi, l'examen d'un nodule suspect de malignité est une des compétences les plus importantes à acquérir durant la formation. Au cours de leur formation, 53,4% des étudiants ayant participé à notre étude ont rarement ou moyennement eu l'occasion d'examiner un nodule du sein suspect en stage. 87,2% d'entre eux considèrent que c'est moyennement ou très important de le faire.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées, 59,4% pensent que c'est moyennement ou complètement un problème de savoir, 73,3% jugent que c'est moyennement ou complètement un problème de savoir-faire et 68,3% que c'est un problème de savoir être.

Dans le plan national de contrôle et de prévention du cancer 2020–2029 (PNPCC2), la lutte contre le cancer du sein est une priorité qui place le médecin généraliste au cœur du dépistage.

En effet, le PNCPC2 s'engage à améliorer les activités de diagnostic précoce des cancers au niveau des soins de santé primaires (cabinets privés et centres de santé) et adopte un ensemble de mesures pour optimiser le dépistage : [1]

Mesure 10.19 : Permettre l'accès de toute femme éligible à un dépistage du cancer du sein régulier et de qualité

Mesure 10.21 : Définir le dispositif de dépistage pour les femmes à risque élevé du cancer du sein (facteur génétique).

Mesure 11.24 : Assurer le suivi et l'évaluation du programme de détection précoce du cancer du sein et faire l'analyse des données en continu.

L'objectif est d'atteindre au moins 40% de taux de couverture annuelle par le dépistage du cancer du sein et au moins 80% de taux de retour des participantes au dépistage du cancer du sein .[1]

Il est donc primordial de palier à cette insuffisance en intégrant des ateliers pratiques dans le cadre de la formation initiale des médecins généralistes, mettant en œuvre différents moyens pédagogiques (séances de simulation sur mannequin), en rappelant les données théoriques (dimension du savoir), puis expliquant les modalités pratiques (savoir-faire), sans

omettre de mettre la relation médecin –malade au centre du processus (savoir être), en expliquant à la patiente de manière explicite et répétitive les tenants et les aboutissements de ce genre d'examen.

Dans cette perspective, une étude menée à l'université de Californie du sud, a conclu que l'atelier axé sur les compétences mammaires est plus efficace que le cadre ambulatoire traditionnel pour enseigner les techniques d'examen clinique des seins.[59]

2. Examiner un col de l'utérus tumoral :

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme au Maroc[21] .Par conséquent, il est évident que tout médecin devrait être formé à examiner un col de l'utérus suspect ou tumoral .

Le PNPC1 visait de couvrir par le dépistage du cancer du col de l'utérus 50% de la population ciblée par le programme (femmes âgées de 30 à 49 ans). Environ 8 à 9 % sont couvertes annuellement soit un taux de participation de 25% de la population cible[22]

PNPC2 vise au renforcement de ce processus en s'investissant notamment dans la formation des médecins généralistes, il recommande:[1]

- D'intégrer un module sur la prévention du cancer dans tous les cycles de l'enseignement.[1]
- D'instituer une formation initiale complémentaire en cancérologie pour les médecins généralistes.[1]

De plus, dans l'action 14 du plan national de cancer, le diagnostic précoce et le suivi des cancers font partie des prérogatives des médecins généralistes [1]. De ce fait, il est indéniable que la formation doit contenir cette compétence :

Action 14 : Améliorer les activités de diagnostic précoce des cancers au niveau des soins de santé primaires (cabinets privés et centres de santé)

Cependant, les résultats de notre étude montrent que 65,4% des étudiants ont rarement ou moyennement eu l'occasion durant leurs stages, d'examiner un col suspect ou tumoral.

86,2% d'entre eux estiment que moyennement ou très important d'acquérir cette compétence.

73,3% jugent que c'est moyennement ou totalement un problème de savoir, 77,3% que c'est un problème de savoir-faire et 73,3% de savoir être.

Ainsi, à l'issue de notre étude, plus de 70% des étudiants ne maîtrisent pas cette compétence, ce qui est très élevé. D'ailleurs, une étude faite à Beni-Mellal vient corroborer nos résultats. En effet, cette étude montre que le niveau de connaissances des médecins généralistes interrogés était très modeste, et que leur participation au dépistage était défailante; 92% des médecins n'avaient jamais pratiqué de frottis cervico vaginal, notamment à cause d'un problème de formation [60].

3. Examiner une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère

ORL :

Les carcinomes des voies aérodigestives supérieures (VADS) ont un pronostic sombre, avec une évolution compliquée. Ils se trouvent au 8 rang mondial des cancers [21]. Leurs séquelles sont importantes et la détection précoce améliore fortement leur pronostic. Lors de l'examen d'un patient, l'examen des aires ganglionnaires, dont les adénopathies latéro-cervicales, fait partie intégrante de l'examen complet du patient. Ainsi, c'est une compétence essentielle qui doit être acquise pendant les années de formation du médecin généraliste .[61]

Au cours de notre étude, 67,3% des étudiants, n'ont que moyennement ou rarement eu l'occasion d'examiner une adénopathie lors d'un cancer ORL. 87,2% d'entre eux estiment que c'est important d'avoir l'occasion de le faire pendant le stage. 67,3% pensent que c'est surtout un problème de savoir, 71,3% estiment que c'est un problème de savoir-faire, et 70,3% que c'est un problème de savoir être.

4. Poser le diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer :

62% des étudiants ayant participé à l'étude ont rarement ou moyennement eu l'occasion de poser le diagnostic de pleurésie lors d'un cancer.

88,2% estiment que c'est important d'avoir l'occasion de le faire pendant sa formation.

68,3% pensent que le fait de ne pas avoir été formé à cette compétence est du moyennement ou complètement à un problème de savoir, 72,3% pensent que c'est un problème de savoir-faire et 70,3% que c'est un problème de savoir-être.

Toutefois, les épanchements pleuraux restent l'une des situations cliniques les plus fréquentes en oncologie thoracique, qui pourraient menacer le pronostic vital à court terme.[62]

5. Poser le diagnostic d'une ascite lors d'un cancer :

Au cours de notre étude, 68,3% des étudiants, n'ont que moyennement ou rarement eu l'occasion de poser le diagnostic d'ascite lors d'un cancer.

88,2% d'entre eux estiment que c'est important d'avoir l'occasion de le faire pendant le stage. 61,3% pensent que c'est surtout un problème de savoir, 69,3% estiment que c'est un problème de savoir-faire, et 68,3% que c'est un problème de savoir être.

Pourtant, le développement d'une ascite maligne réduit considérablement la qualité de vie des patients dans ses aspects physiques, psychologiques et socioprofessionnels [63]. Par conséquent, l'acquisition de cette compétence est capital.

6. Reconnaître les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques :

76,3% des participants à notre étude ont été moyennement ou rarement exposés à reconnaître la toxicité spécifique et non spécifique des antimitotiques durant leurs stages.

61,3% d'entre eux estiment qu'il est moyennement ou très important d'acquérir cette compétence ;

74,3% jugent que c'est un problème de savoir. 61,3% que c'est un problème de savoir-faire et de savoir être.

L'oncologie est très souvent liée à la complexité et les médecins « non-oncologues » ont tendance à négliger les traitements car jugés trop spécialisés. D'ailleurs, dans une enquête menée sur l'appréciation et les compétences des étudiants en oncologie, la question qui porte sur la toxicité à long terme, a été très mal réussie et les résultats étaient mauvais .[18]

Or, le médecin généraliste aura à gérer, tout au long de sa carrière, des patients atteints de cancer, et il aura surtout à gérer les effets secondaires des traitements antimitotiques, donc c'est un volet très important de la formation, qui selon notre étude n'est pas maîtrisé par 90% des étudiants.

7. Interpréter une numération formule sanguine d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie :

L'interprétation de l'hémogramme est une compétence acquise par les étudiants en deuxième année de médecine.

Cependant, d'après notre étude, les étudiants ne sont pas assez en contact avec les patients atteints de cancer car près de la moitié d'entre eux (52,3%), près de la moitié ont moyennement ou rarement été amenés à interpréter une numération formule sanguine dans le cadre d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie. Quatre-vingt-douze virgule un pour cent (92,1%) des étudiants jugent cette compétence importante. 51,3% pensent que c'est un problème de savoir, 59,4% de savoir-faire et 58,4% de savoir-être.

Le traitement des cancers est du ressort du médecin spécialiste, mais la prise en charge de tout patient atteint de cancer est de l'ordre de chaque médecin généraliste [36], donc c'est une compétence à maîtriser à la fin de la formation.

8. Évaluer une douleur cancéreuse :

La douleur dans le cancer est indéniablement l'un des symptômes que le patient supporte le moins. Cette dernière dépend du stade et de la localisation tumorale .En effet, 30 à 45% des patients sont douloureux à la phase initiale de la maladie cancéreuse, 60 à 90% à la phase évoluée et/ou métastatique et 33% des survivants seraient douloureux. Aussi, une localisation au niveau de la tête et du cou provoque des douleurs dans 67 à 91% des cas, 72 à 85% si l'atteinte se situe au niveau du pancréas. Il en va de même pour une atteinte prostatique (56 à 94%), au niveau du sein (40 à 89%), au niveau génito-urinaire (58 à 90%), et utérin (30 à 90%).[64]

Ainsi, dans la nouvelle réforme des études médicales, qui est rentrée en vigueur en 2015, un module < douleur-soins palliatifs > a intégré le programme afin de sensibiliser tout médecin, dès le début de sa formation, à la gestion de la douleur cancéreuse [7].

Cependant, l'enseignement théorique n'est pas suffisant car notre étude a révélé des lacunes dans l'évaluation de la douleur cancéreuse. En effet, 57,3% des répondants à l'étude, ont rarement ou moyennement eu l'occasion d'évaluer une douleur cancéreuse pendant leurs stages. 87,3% de la totalité des participants jugent que c'est important de le faire pendant sa formation. En ce qui concerne les problèmes rencontrés, 69,3% estiment que c'est un problème de savoir, 70,3% de savoir-faire et 79,3% de savoir-être.

De plus, à l'instar de notre étude, les résultats de récents sondages suggèrent que la plupart des résidents et des médecins généralistes ont des connaissances insuffisantes pour évaluer et gérer la douleur cancéreuse. Elliott et al ont identifié d'importants déficits de connaissances chez les médecins, dans neuf des quatorze principes de gestion de la douleur cancéreuse [65].

En plus, de nombreuses études faites dans le monde, suggèrent que les médecins ont des lacunes dans le traitement de la douleur cancéreuse [66].

Parmi elles une étude faite par Sapir et al en Israël retrouve que 52% des médecins ayant participé à l'étude ont déjà été confronté à gérer la douleur de patients cancéreux, mais que,

seulement 17% de tous leurs patients étaient soulagés de manière adéquate. Selon eux les causes de leur échec face à la douleur étaient une évaluation inadéquate de la douleur et du soulagement de cette dernière, ainsi qu'une connaissance inadéquate du traitement de la douleur [67].

Enfin, devant cette constatation, une amélioration des apprentissages en matière de douleur cancéreuse s'impose. Dans cette optique, une étude a été menée par la faculté de médecine de l'université du Kentucky, aux Etats-Unis. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité et la durabilité de trois méthodes pédagogiques pour enseigner la gestion de la douleur cancéreuse à des étudiants en médecine, par rapport à un groupe témoin.[68]

Quatre rotations consécutives de 32 étudiants en médecine de troisième année ont participé à l'une des quatre stratégies éducatives sur la douleur cancéreuse : 1) groupe témoin sans éducation formelle sur la douleur cancéreuse, 2) module d'auto-apprentissage sur CD-ROM sur la douleur cancéreuse, 3) un programme de 2 heures sur la douleur cancéreuse SCIM, plus les informations du CD-ROM, et 4) SCIM sur la douleur cancéreuse, plus le CDROM, plus une visite structurée à domicile du patient.[68]

L'efficacité des interventions éducatives a été évaluée 4 mois après l'enseignement par le moyen d'un examen clinique objectif structuré (ECOS) de la douleur cancéreuse à 4 composantes. Les trois groupes ont obtenu de meilleurs résultats à l'ECOS sur la douleur cancéreuse par rapport au groupe témoin. Les étudiants en médecine qui ont reçu un enseignement structuré sur la gestion de la douleur cancéreuse ont obtenu de meilleurs résultats par rapport au groupe témoin ou aux formats d'enseignement traditionnels, les étudiants qui ont reçu le SCIM sur la douleur cancéreuse plus la visite à domicile ont obtenu les meilleurs résultats aux stations de gestion de la douleur, d'examen physique et de communication de l'ECOS.[68]

En fin, le SCIM sur la douleur cancéreuse semble avoir un potentiel unique pour améliorer considérablement la qualité de l'éducation sur la douleur cancéreuse.[68]

Le PNPCC 2, à son tour, s'engage à améliorer les soins palliatifs disposés aux malades cancéreux par ses mesures [1] :

Mesure 23.56 : Renforcer l'accès au traitement de la douleur à tous les niveaux [1].

Mesure 24.57 : Mettre en place un centre d'excellence pour les soins palliatifs pour la formation et les stages [1].

Mesure 24.58 : Renforcer la formation continue en soins palliatifs [1].

Mesure 24.59 : Développer des outils de motivation et accompagnement des professionnels de santé travaillant dans les soins palliatifs [1].

Mesure 24.60 : Développer la recherche en soins palliatifs [1].

9. Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux

Comme nous venons de voir, la douleur est fréquente au cours du cancer et peut avoir des conséquences négatives sur la qualité de vie des patients. Elle entraîne une incapacité dans 69% des cas et impose des soins adéquats incluant l'utilisation de la morphine lorsque cela est nécessaire.[69]

Cependant, la douleur cancéreuse est très souvent mal gérée, et plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer cela. Parmi eux, les réglementations affectant la prescription d'analgésiques opioïdes peuvent être un obstacle au bon traitement de la douleur cancéreuse, mais aussi et très souvent la peur des effets secondaires des opioïdes de la part des médecins, qui évitent donc de les prescrire [70]

Une revue publiée sur PUBMED qui résume soixante-cinq articles, sur les barrières que rencontrent les médecins généralistes en terme de gestion de la douleur cancéreuse avec des analgésiques opioïdes, conclue que les obstacles principaux sont liés à la préoccupation des effets secondaires de ces derniers , la prescription de doses fortes, et finalement, une très mauvaise prescription pour le traitement de leurs effets secondaires. On conclue, qu'une exploration approfondie est nécessaire afin de mieux appréhender les barrières des médecins et les aborder plus efficacement dans les programmes d'intervention et d'éducation.[71]

Une autre enquête a été menée auprès de la population totale des médecins des hôpitaux publics du Sarawak en Malaisie pour étudier les obstacles à la gestion de la douleur cancéreuse, souligne que les connaissances sur la gestion de la douleur cancéreuse étaient faibles et que les obstacles à la prescription de morphine étaient élevés. Une majorité de médecins ont été dissuadés d'utiliser la morphine en raison de la peur de la dépendance (36,5 %) et de la dépression respiratoire (53,1 %). Seuls 16,2 % des médecins ont choisi le mode d'administration par voie orale pour traiter la douleur, de plus 25 % ont prescrit de la morphine sur la base du < PRN>.[72]. En outre, une étude aux USA évaluant les connaissances et les attitudes des résidents en radiothérapie envers la gestion de la douleur , a conclu que ces derniers sont empathiques mais que la connaissance de la gestion de la douleur faisait défaut.[73]

Parallèlement, les résultats de notre étude montrent que 75,3% des répondants n'ont que moyennement ou rarement ou l'occasion de prescrire une ordonnance à base de morphine pour gérer la douleur d'un patient cancéreux.

87,3% des étudiants jugent que c'est une compétence importante de la formation.

Quant à l'explication de ces résultats. 74,3% des étudiants jugent que c'est un problème de savoir 72,3% que c'est un problème de savoir-faire et enfin 76,3% que c'est un problème de savoir-être.

Notre étude vient donc rejoindre les autres études faites dans le monde, et confirme qu'au sein de notre Faculté aussi, l'étudiant n'est pas formé à rédiger une ordonnance à base de morphine pour un patient atteint de cancer.

10. Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte

La communication est un des piliers de la relation médecin-malade. Quand bien même nous communiquons de manière innée tous les jours, la communication en médecine a certaines bases qu'il ne faut pas négliger, et la relation patient-malade se base sur cette communication,

aussi bien verbale que gestuelle [74]. Ainsi, elle fait partie intégrante de l'acte thérapeutique et se doit d'être enseignée.

Cependant, ce volet de l'apprentissage du futur médecin n'est pas beaucoup mis en avant, malgré le fait que la nouvelle réforme met l'accent sur cet aspect [7].

Annoncer de mauvaises nouvelles est une compétence de communication difficile et importante pour les médecins. Outre les obligations morales, éthiques et sociales qui nous obligent à communiquer ce type d'informations de manière sensible et précise, cela peut également être une responsabilité médico-légale [75]

Cependant, la plupart des facultés de médecine n'incluent pas de sessions de formation pratiques sur la communication des mauvaises nouvelles aux patients. Une étude récente menée dans un hôpital universitaire de Belo Horizonte en Brésil ,a étudié la capacité des médecins à annoncer une mauvaise nouvelle et les spécialités les plus disposées à le faire, sans omettre d'évaluer l'importance d'inclure ce sujet dans le programme de premier cycle. Cette étude a conclu au besoin d'amélioration de cette technique, par conséquent l'inclusion de ce sujet dans les cours du premier cycles [76].

Dans notre étude, cet aspect est considéré comme négligé dans la formation, car 68,3% des étudiants ont rarement ou moyennement eu l'occasion d'apprendre à annoncer un diagnostic de cancer à un patient.

Au cours des dernières années, l'accent a été mis de plus en plus sur importance des compétences en communication pour les médecins. Certaines facultés de médecine ont introduit des cours conçus pour améliorer les compétences en communication afin d'annoncer une mauvaise nouvelle aux patients.En effet, un cahier de charge et une méthodologie est mis en oeuvre pour l'annonce, comme en France par exemple avec le plan cancer:

« Tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif d'annonce organisé, qui doit être mis en place dans tous les établissements traitant des patients atteints de cancer »> [77].

Une autre étude publiée au « western journal of emergency medicine », réalisée au service des urgences chez des étudiants en médecine et les résidents de première année spécialisés en médecine d'urgence, récemment diplômés. Cette étude visait à évaluer l'efficacité d'une formation de simulation de quatre heures en l'annonce de mauvaises nouvelles, le processus d'annonce et les compétences de communication. Cette étude a démontré qu'une courte formation en annonce de mauvaises nouvelles peut être ajoutée aux stages cliniques standards. Cette formation possède le potentiel d'améliorer l'auto-efficacité, le dispositif d'annonce et les compétences de communication.[78]

D'ailleurs, , 70,3% jugent qu'il rencontrent des problèmes de savoir face à l'acquisition de cette compétence. Soixante-seize virgule trois pour cent (76,3%) retrouvent un problème de savoir-faire et 74,3% de savoir-être.

Ainsi, dans une étude menée en France, les auteurs ont conclu que l'annonce en oncologie nécessite la maîtrise de compétences de communication et relationnelles importantes, essentielles pour avoir une relation médecin-malade qui respecte les principes d'éthique et de déontologie. En effet, la maladresse du médecin peut amplifier le traumatisme, déjà assez important de l'annonce d'un cancer, et cela peut être évité par l'apprentissage des outils et le perfectionnement des compétences de communication. Pour permettre au médecin de réaliser une annonce correcte, Les formations à l'annonce en oncologie par la simulation semblent être une solution convenable et qui donne des résultats. Le conseil de l'ordre des médecins a aussi conseillé aux facultés d'intégrer l'apprentissage de l'annonce du diagnostic dans leurs programmes [77]

Au Maroc une étude menée à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech affirme que la simulation aura un impact important sur l'amélioration des compétences de communication, et donc sur la relation patient-malade [79].

11. Réaliser une ponction d'ascite

La ponction d'ascite est un geste simple, qui s'apprend durant les stages d'externat.

Cependant, pendant notre étude, nous avons constaté que plus de la moitié des étudiants (54,4%) n'a que moyennement ou rarement réalisé une ponction d'ascite chez un patient cancéreux. Une étude brésilienne a démontré qu'apprendre aux étudiants en médecine à s'occuper directement des patients atteints de cancer, y compris ceux qui reçoivent une chimiothérapie, est faisable et leur offre une possibilité d'apprentissage efficace et valable en oncologie et en médecine interne, tout en restant sous la supervision des seniors [54]. Donc les étudiants, malgré le fait qu'ils maîtrisent la ponction d'ascite, sont mis à l'écart quand il s'agit d'un patient cancéreux, alors que s'ils sont accompagnés, ils peuvent accomplir cette tâche.

Les étudiants jugent à 76,3% que cette compétence est importante à avoir et pensent que le fait qu'ils ne l'aient pas acquise à cause d'un problème de savoir à 80,3%, de savoir-faire à 63,3% et de savoir-être à 64,3%

12. Réaliser une ponction pleurale

Dans une étude faite aux États-Unis, les auteurs démontrent que le manque d'exposition des étudiants à certains gestes en oncologie clinique peut entraîner des omissions dans leur formation, notamment l'aptitude à réaliser une ponction pleurale pendant leurs stages [80]

D'ailleurs, dans l'étude que nous avons menée, 76,3% des étudiants ont moyennement ou rarement eu l'occasion de réaliser une ponction pleurale pendant leurs stages.

80,3% estiment que cette compétence est essentielle à acquérir, Les participants à l'étude estiment que le fait de pas avoir réalisé de ponction pleurale est majoritairement un problème de savoir à 61,3%, à 70,3% un problème de savoir-faire, et à 67,3% un problème de savoir-être.

Voici un tableau représentatif des résultats obtenus par notre étude pour l'appréciation de la formation en stage hospitaliers (Tableau II)

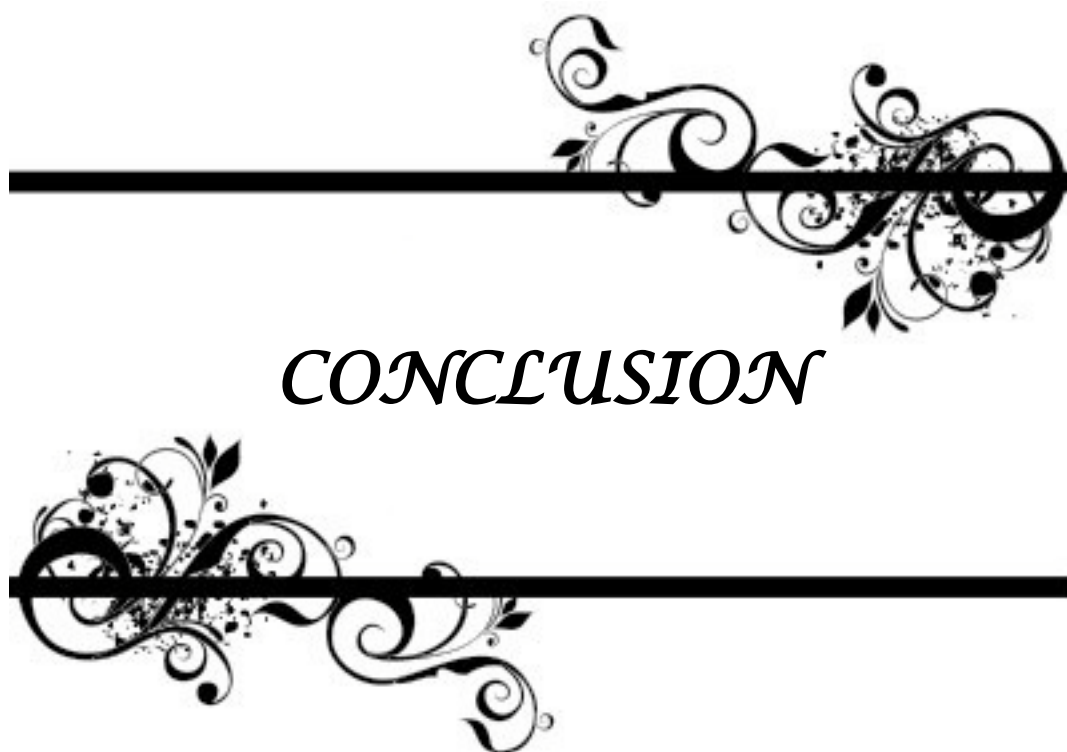
**Tableau II : Résultats obtenus par notre étude pour l'apprentissage
de la formation en stages hospitaliers**

Item	Fréquence (rare et moyen)	Grave (Grave et moyennement grave)	Problème de savoir (beaucoup de problèmes et problèmes moyens)	Problème de savoir-faire (beaucoup de problèmes et problèmes moyens)	Problème de savoir-être (beaucoup de problèmes et problèmes moyens)
Examen d'un nodule du sein suspect de malignité	53,4%	87,2%	59,4%	73,3%	68,3%
Examen un col de l'utérus tumoral	65,4%	86,2%	66,4%	77,3%	73,3%
Examen d'une adénopathie latéro-cervicale lors d'un cancer de la sphère ORL	67,3%	87,2%	67,3%	71,3%	70,3%
Diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer	62%	88,2%	68,3%	72,3%	70,3%
Diagnostic d'une ascite lors d'un cancer	68,3%	88,2%	61,3%	69,3%	68,3%
Reconnaitre les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques	76,3%	83,3%	74,3%	78,3%	78,3%
Interpréter une numération formule sanguines d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie	52,3%	92,1%	51,3%	59,4%	58,4%
Evaluer une douleur cancéreuse	57,3%	87,3%	67,3%	70,3%	79,3%
Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux	75,3%	87,3%	74,3%	72,3%	76,3%
Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte	68,3%	87,3%	70,3%	76,3%	74,3%
Réaliser une ponction d'ascite	67,3%	76,3%	80,3%	63,3%	64,3%
Réaliser une ponction pleurale	76,3%	80,3%	60,3%	72,3%	67,3%

VII. RECOMMANDATIONS :

A l'issu de notre travail, nous nous permettons de proposer des recommandations qui semblent pertinentes:

- Révision des objectifs généraux et spécifiques concernant l'enseignement en oncologie médicale.
 - Mettre l'accent sur les données épidémiologiques et l'importance des dépistages des cancers.
 - Donner à l'étude clinique et paraclinique une place importante dans l'étude des cancers et refaire en détails ces parties lors des travaux dirigés de la matière.
 - Sensibiliser les étudiants par rapport à l'intérêt et de la RCP.
 - L'intégration d'un chapitre plus approfondi sur les soins palliatifs s'imposerait dans le programme de formation initiale des médecins généralistes.
 - Intégrer la prise en charge post-thérapeutique et la surveillance du traitement dans le programme, de manière détaillée.
 - Privilégier la relation médecin-malade dans l'apprentissage.
 - Instaurer un passage obligatoire en stage d'oncologie de préférence à partir de la 5^{ème} année, en mettant à profit des étudiants tous les moyens pédagogiques (séances de simulation, mannequins ...)
 - Mettre en place des fiches objectives pour chaque passage, détaillant les objectifs de stage, avec un volet portant sur les connaissances « théorie », et une partie de « tâches » à accomplir en stage. Rajouter les compétences à acquérir par les étudiants en plus des objectifs à valider: insister sur les trois compétences: savoir, savoir-faire, savoir-être.
- ✓ Inclure la simulation d'annonce de diagnostic en stage ou en travaux dirigés



CONCLUSION



Notre enquête a montré, qu'à l'instar des autres pays, les besoins en formation en oncologie médicale au Maroc sont de plus en plus grandissants, du fait de la place prépondérante qu'occupent les cancers dans le paysage médical de nos jours. Ainsi, tout médecin, quel que soit sa spécialité, doit être formé à prendre en charge des patients atteints de cancer, ce qui n'est pas encore le cas au Maroc, et dans de très nombreux pays. En outre, le médecin généraliste joue un rôle primordial en matière de dépistage, d'orientation diagnostique, de coordination des traitements ainsi que de suivi rapproché de patients atteints de cancer, ce qui sous-entend que la formation en oncologie doit faire partie intégrante du programme médical aussi bien théorique que pratique. Ainsi, les patients atteints de cancer s'attendent à ce que leur médecin généraliste soit suffisamment formé pour qu'il puisse interpréter l'éventail complexe de tests et de traitements auxquels ils pourraient être confrontés, les rassurer et les accompagner dans leur lutte contre le cancer. Au vu de nos résultats, nous concluons que la majorité des étudiants est moyennement ou pas du tout satisfaite de l'enseignement théorique et pratique en oncologie, ce qui concorde avec plusieurs travaux publiés dans le monde.

L'évaluation de la formation est un levier important d'une éducation réussie, d'autant plus si elle est réalisée par les étudiants. Ainsi, pour offrir un enseignement de qualité, le programme doit s'adapter aux besoins changeants et grandissants de la société. C'est ce que nous nous sommes assignés à réaliser via notre étude en évaluant les compétences théoriques et pratiques à acquérir par les étudiants. Ce n'est qu'à travers cette approche pragmatique impliquant les étudiants dans l'évaluation de leur propre formation, que nous pourrions adapter le programme d'études médicales, délivrant ainsi un apprentissage complet et exhaustif.



RESUMES



Résumé

Le besoin en formation correspond à l'écart entre la performance actuelle des étudiants et celle souhaitée pour conduire la tâche professionnelle. Depuis quelques décennies, devant l'incidence grandissante de la pathologie cancéreuse, la médecine générale par sa polyvalence est au cœur de la prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes .C'est la spécialité de première ligne en termes d'offre de soins. Par conséquent, le médecin généraliste doit être armé des connaissances professionnelles nécessaires afin d'accompagner le patient dans toutes les phases de sa maladie. C'est ainsi qu'une évaluation de la formation dispensée en oncologie s'impose chez l'étudiant en médecine. Nous nous assignons via notre étude à réaliser une analyse ponctuelle auprès des étudiants en fin de cursus, en termes de besoins de formation en oncologie médicale, afin de pouvoir proposer une mise à jour des objectifs de l'enseignement de l'oncologie à la FMPM. La collecte des données a été effectuée par le biais d'un auto-questionnaire et une fiche FGP accessible en ligne par la population cible de notre étude.

A l'insu de notre travail, le taux de participation était de 11%. En ce qui concerne l'appréciation générale de la formation en oncologie, 93,1% des étudiants ont jugé la formation moyennement ou pas du tout satisfaisante. Pour ce qui relève de la formation théorique générale, 76,2% des étudiants estiment que le module d'oncologie-hématologie est moyennement ou pas du tout complet. Au sujet de la formation théorique en fonction de la localisation tumorale et de l'item d'enseignement évalué, entre 41,6% et 88,1% des étudiants ont jugé la formation moyennement ou pas du tout satisfaisante sauf en ce qui concerne l'intérêt du dépistage qui a été bien assimilé par 43,3% à 87,1% des étudiants. Quant aux résultats concernant formation pratique lors des stages hospitaliers sur les 101 étudiants interrogés, seulement 57,4% ont bénéficié d'un stage d'oncologie durant leur cursus. Parmi eux, 89,7% considèrent que le stage a moyennement ou pas du tout répondu à leurs besoins. Pendant les stages, parmi les 12 compétences que notre étude juge importantes à acquérir, selon la

compétence, entre 52,3% et 76,3% des étudiants n'ont été exposés que moyennement ou n'ont pas du tout été exposés. Alors qu'entre 76,3% et 92,1% des étudiants estiment qu'il est moyennement ou très important d'acquérir cette compétence en stage. En ce qui est des problèmes rencontrés lors de l'apprentissage de ces compétences, entre 51,3% et 80,3% jugent que c'est un problème de savoir, entre 59,4% et 78,3% estiment que c'est un problème de savoir-faire et enfin entre 58,4% et 79,3% considèrent que c'est un problème de savoir-être.

En conclusion, notre enquête a montré, que les besoins en formation en oncologie médicale au Maroc sont de plus en plus grandissants. A la lumière de nos résultats, nous concluons que la majorité des étudiants est moyennement ou pas du tout satisfaite de l'enseignement théorique et pratique reçu en oncologie. Ainsi, le caractère évolutif et dynamique des connaissances en oncologie impose une révision périodique des objectifs d'enseignement de ce module, adoptant une approche centrée sur l'étudiant et ses besoins, afin d'atteindre les objectifs escomptés. Dans cette perspective, notre étude servira de base de référence pour des études complémentaires dans le futur.

Abstract

The training needs corresponds to the gap between the current performance of students and the one required to conduct the professional task. For several decades, in view of the growing incidence of cancerous pathology, general medicine, because of its versatility, has been at the heart of the management of patients with malignant tumors, and is the first-line specialty in terms of care provision. Consequently, the general practitioner must be armed with the necessary professional knowledge to accompany the patient through all phases of his or her illness. This is why an evaluation of the training provided in oncology is necessary for medical students. Our study aims to carry out a specific analysis of students at the end of their studies, in terms of training needs in medical oncology, in order to propose an update of the objectives of oncology teaching at the FMPM. Data collection was carried out through a self-questionnaire and an FGP form accessible online by the target population of our study.

Accordingly to our work study, the participation rate was 11%. Regarding the general appreciation of the oncology training, 93.1% of the students judged the training as moderately or not at all satisfactory. Regarding the general theoretical training, 76.2% of the students considered the oncology-hematology module to be moderately or not at all complete. Regarding the theoretical training according to the tumor location and the evaluated teaching item, between 41.6% and 88.1% of the students considered the training to be moderately or not at all satisfactory, except for the interest of screening which was well assimilated by 43.3% to 87.1% of the students. As for the results concerning practical training during hospital internships, out of the 101 students interviewed, only 57.4% had benefited from an oncology internship during their studies. Of these, 89.7% considered that the internship had met their needs to some extent or not at all. Among the 12 competencies that our study considers important to acquire, depending on the competency, between 52.3% and 76.3% of the students were only moderately exposed or not exposed at all during the internship. While between 76.3% and 92.1% of students felt that it

was moderately or very important to acquire this skill in the internship. As for the problems encountered during the learning of these skills, between 51.3% and 80.3% consider that it is a problem of knowledge, between 59.4% and 78.3% consider that it is a problem of know-how and finally between 58.4% and 79.3% consider that it is a problem of knowing how to be.

In conclusion, our survey showed that the need for training in medical oncology in Morocco is growing. In the light of our results, we conclude that the majority of students are moderately or not at all satisfied with the theoretical and practical teaching received in oncology. Thus, the evolving and dynamic nature of oncology knowledge requires a periodic revision of the teaching objectives of this module, adopting a student-centered and needs-based approach, in order to achieve the expected objectives. In this perspective, our study will serve as a reference base for further studies in the future.

ملخص

تتوافق الاحتياجات التدريبية مع الفجوة بين الأداء الحالي للطلاب والأداء المطلوب لإجراء المهمة المهنية. لعدة عقود ، نظرًا لتزايد حدوث الأمراض السرطانية ، كان الطب العام ، بسبب تعدد استخداماته ، في قلب إدارة المرضى المصابين بالأورام الخبيثة ، وهو تخصص الخط الأول من حيث توفير الرعاية. وبالتالي ، يجب أن يكون الممارس العام مسلحًا بالمعرفة المهنية اللازمة لمرافقة المريض في جميع مراحل مرضه. هذا هو السبب في أن تقييم التدريب المقدم في علم الأورام ضروري لطلاب الطب. تهدف دراستنا إلى إجراء تحليل محدد للطلاب في نهاية دراستهم ، من حيث الاحتياجات التدريبية في علم الأورام الطبي ، من أجل اقتراح تحديث لأهداف تدريس علم الأورام في كلية الطب و الصيدلة بمراكش. تم إجراء جمع البيانات من خلال استبيان ذاتي يمكن الوصول إليه عبر الإنترنت من قبل الطلاب المستهدفين من دراستنا.

وفقًا لدراسة عملنا ، كانت نسبة المشاركة 11%. فيما يتعلق بالتقدير العام للتدريب على علاج الأورام ، اعتبر 93.1% من الطلاب أن التدريب معتدل أو غير مرضٍ على الإطلاق. من حيث التدريب النظري العام ، اعتبر 76.2% من الطلاب أن وحدة الأورام وأمراض الدم معتدلة أو غير مكتملة على الإطلاق. فيما يتعلق بالتدريب النظري وفقًا لموقع الورم والعنصر التدريسي المقيّم ، اعتبر ما بين 41.6% و 88.1% من الطلاب أن التدريب متوسط أو غير مرضٍ على الإطلاق ، باستثناء مصلحة الفحص التي تم استيعابها جيدًا بنسبة 43.3% إلى 87.1% من الطلاب. أما بالنسبة للنتائج المتعلقة بالتدريب العملي خلال فترة التدريب في المستشفى ، فمن بين 101 طالب تمت مقابلتهم ، استفاد 57.4% فقط من تدريب في علاج الأورام خلال فترة دراستهم. من بينهم ، اعتبر 89.7% أن التدريب قد لبي احتياجاتهم إلى حد ما أو لم يلبي احتياجاتهم على الإطلاق. من بين الكفاءات الـ 12 التي تعتبرها دراستنا أنه من المهم اكتسابها ، اعتمادًا على الكفاءة ، بين 52.3% و 76.3% من الطلاب تعرضوا بشكل معتدل فقط أو لم يتعرضوا على الإطلاق خلال فترة التدريب. بينما بين 76.3% و 92.1% من الطلاب شعروا أنه من المهم بدرجة متوسطة أو كبيرة اكتساب هذه المهارة في فترة التدريب. أما بالنسبة للمشكلات

التي تمت مواجهتها أثناء تعلم هذه المهارات ، فقد اعتبر ما بين 51.3% و 80.3% أنها مشكلة معرفية ، فيما بين 59.4% و 78.3% اعتبروا أنها مشكلة تتعلق بتعلق بالخبرة وأخيراً بين 58.4% و 79.3% يعتبرون أنها مشكلة في مهارات التعامل مع الآخرين.

في الختام ، أظهرت دراستنا أن الاحتياجات التدريبية في طب الأورام في المغرب آخذة في الازدياد. في ضوء نتائجنا ، نستنتج أن غالبية الطلاب راضون بشكل معتدل أو غير راضين على الإطلاق عن التعليم النظري والعملي الذي تلقوه في طب الأورام. وبالتالي ، فإن الطبيعة المتطورة والديناميكية لطب الأورام تتطلب مراجعة دورية لأهداف التدريس لهذه الوحدة ، واعتماد نهج يتمحور حول الطالب واحتياجاته ، من أجل تحقيق الأهداف المتوقعة. من هذا المنظور ، ستكون دراستنا بمثابة قاعدة مرجعية لمزيد من الدراسات في المستقبل.



ANNEXES



Annexe 1 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude

Tableau III

6ème année	7ème année	Instance de thèse
454	400	61

Annexe 2 : Questionnaire et fiche FGP

I. Généralités

1. Etes-vous ?

Femme

Homme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quel est votre niveau d'études :

6ème Année

7ème Année

Instance de thèse

4. Quel est votre statut :

Interne CHU

FF1

5. La formation en oncologie dont vous avez bénéficié a répondu à vos attentes

Pas du tout

Moyennement

Tout à fait

6. Etes-vous passé par un stage en oncologie Médicale ?

Oui

Non

7. Si oui : quelle durée ?

8. Ce stage a répondu à vos besoins en formation

Pas du tout

Moyennement

Tout à fait

9. Pensez-vous que le stage d'oncologie devrait être rendu obligatoire ?

Oui

Non

10. Qu'elle sera selon vous l'année convenable pour le passage ?

4ème année

5ème année

6ème année**11. Comment jugez-vous le module d'oncologie-Hématologie enseigné en 4ème Année ?** Complet Moyennement complet Pas du tout complet

	cancérologie digestive	Thoracique	Gynéco-mammaire	Appareil urinaire	ORL	divers
L'établissement des objectifs de chaque enseignement était-il pertinent ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
Les données épidémiologiques étaient suffisamment claires ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
L'intérêt du dépistage des cancers les plus fréquents était-il bien expliqué ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
La sémiologie était pertinemment expliquée ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
L'étude clinique et paraclinique ont été suffisamment claires ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
L'intérêt du dispositif d'annonce ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
Multidisciplinarité et intérêt de la RCP?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
La stratégie thérapeutique clairement expliquée avec l'intérêt de chaque séquence ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
L'intérêt des soins palliatifs?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait
L'intérêt de la surveillance post-thérapeutique et son rythme ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Tout à fait

Fiche FGP :

ITEM	fréquence	gravité	problème		
			savoir	savoir-faire	savoir-être
examiner un nodule du sein suspect de malignité	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Examiner un col de l'utérus tumoral	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Examiner une adénopathie latérocervicale lors d'un cancer de la sphère ORL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Poser le diagnostic d'une ascite lors d'un cancer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Poser le diagnostic d'une pleurésie lors d'un cancer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Reconnaitre les toxicités spécifiques et non spécifiques chez un patient sous antimitotiques	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

Suite fiche FGP

ITEM	fréquence	gravité	problème		
			savoir	savoir-faire	savoir-être
Interpréter une numération numération formule sanguine d'un syndrome d'insuffisance médullaire post chimiothérapie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Evaluer une douleur cancéreuse	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
Rédiger une ordonnance à base de morphine chez un cancéreux	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
Simuler une consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer chez un patient adulte	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
Réaliser une ponction d'ascite	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
Réaliser une ponction pleurale	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4

Fréquence

0 = Rare
1 = moyennement fréquent
2 = très fréquent

Gravité

0=Rare
1=Moyennement
grave
2=Grave

Problème

0=aucun problème
2=problèmes moyens
4=Beaucoup de
problèmes



BIBLIOGRAPHIE



1. **Plan national de contrôle et de prévention de cancer 2020–2029**
Disponible à l'adresse:
https://www.sante.gov.ma/Documents/2021/03/Plan_National_de_Prevention_et_de_Control_du_Cancer_2020-2029_VF.
2. **Holland JF, Frei E III, Kufe DW, et al.**
Principles of Medical Oncology. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al., editors. Holland-Frei
Cancer Medicine. 6th edition. Hamilton (ON): BC Decker; 2003. Chapter 42.
3. **M. Bungener, L. Demagny, K. A. Holvedahl, et A. Letourmy,**
La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?
Pratiques et Organisation des Soins, vol. Vol. 40, n° 3, p. 191-196, 2009.
4. **J. JOUQUAN,**
La problématique de l'analyse des besoins de formation,
Pédagogie Médicale, 2004 .
5. **Paul GRAND'MAISON and al.**
Elaborer un curriculum de formation médicale adapté aux besoins de la population 2001 ». Disponible à l'adresse:
http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/comscien_pdf/pedago/comscien_pedago5.pdf
6. **Projet de «Médecine de famille» à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.**
Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech.
Disponible à l'adresse : <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/f2018/5.4.pdf>
7. **RÉFORME MÉDICALE –**
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech .
Disponible à l'adresse: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/f2018/6.pdf>
8. **Assumani Zabo.**
PÉDAGOGIE ACTIVE ET PARTICIPATIVE. 2017 nov 3.
9. **Dr Roger PICOT**
« Technique de détection et d'analyse des besoins de formation La grille FGP (Fréquence, Gravité, Problèmes »
PÉDAGOGIE MÉDICALE – Août 2004 – Volume 5 – Numéro 3.

10. **Le guide de stage – FMPM.**
Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech .
Disponible à l'adresse:
http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/formation/init/stages/guide_stage.pdf
11. **Dr Papa Saloum DIOP**
Analyse des besoins de formation en chirurgie générale au Sénégal: Essai méthodologique pour une meilleur planification de l'apprentissage des gestes techniques–
Université Pierre et Marie Curie (Paris VI) 2008–2009
12. **Allen DJ, Heyrman PJ.**
LES DEFINITIONS EUROPEENNES des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste –médecin de famille.
la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale –médecine de famille, p.52, 2002.
13. **J. Y. Y. Kwan, J. Nyhof–Young, P. Catton, et M. E. Giuliani,**
Mapping the Future: Towards Oncology Curriculum Reform in Undergraduate Medical Education at a Canadian Medical School , *International Journal of Radiation Oncology*Biolog*Physics*, vol. 91, n° 3, p. 669-677, mars 2015
14. **J. Cave, K. Woolf, J. Dacre, H. W. W. Potts, et A. Jones,**
Medical student teaching in the UK: how well are newly qualified doctors prepared for their role caring for patients with cancer in hospital?
Br J Cancer, vol. 97, n° 4, p. 472-478, août 2007
15. **E. E. Sanidas, S. Aggelaki, H. Xomeritaki, E. Godikakis, et D. D. Tsiftsis,**
The influence of undergraduate medical cancer education on students' sensitivity towards cancer
J Cancer Educ, vol. 8, n° 1, p. 19-23, 1993,
16. **B. Thorsen et al.**
The role of general practitioners in cancer care
Tidsskr Nor Laegeforen, vol. 139, n° 10, juin 2019,
17. **« Eve Poilane Legoff.**
Besoins des médecins généralistes exerçant au sein d'une maison de sante dans la prise en charge des patients relevant de soins oncologiques de support : étude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins de Meuse, de Meurthe et Moselle et des Vosges.
Sciences du Vivant [q-bio]. 2017.

18. **A. L. Potosky et al.,**
Differences between primary care physicians' and oncologists' knowledge, attitudes and practices regarding the care of cancer survivors
J Gen Intern Med, vol. 26, n° 12, p. 1403-1410, déc. 2011, d
19. **C.Laouisset**
Le medecin généraliste face à la prise en charge des patients atteint de cancer
Thèse-UNIVERSITE PARIS 7 - DIDEROT-2010
20. **Belaid I, Ben Fatma L, Hochlaf M, Mnasser S. Boudagga MZ. Chabchoub I, et al.**
The role of general practitioners in the management of cancer patients from the central region of Tunisia: a retrospective study of 215 physicians
Tunis Med. juill 2015,93(7):449-53.
21. **Registre des cancers de Rabat**
Disponible à l'adresse: http://biblio.medramo.ac.ma/bib/RECRAB_2005.pdf
22. **Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019**
Disponible à l'adresse: https://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf
23. **Le carnet de stage – FMPM.**
Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech
Disponible à l'adresse:
http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/formation/init/stages/carnet_stage.pdf
24. **M. D. Mattes, K. R. Patel, L. M. Burt, et A. E. Hirsch,**
A Nationwide Medical Student Assessment of Oncology Education
J Cancer Educ, vol. 31, n° 4, p. 679-686, déc. 2016, doi: 10.1007/s13187-015-0872-6.
25. **La Démographie Médicale et Paramédicale à l'Horizon 2025**
Ministère de la Santé. Direction de la Planification et des Ressources Financières . Division de la Planification et des Etudes Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, OMS ,2010.
Disponible à l'adresse: <https://www.sante.gov.ma/Documents/Demographie-Medicale.pdf>
26. **Bessière, S. Breuilgenier, P. et Darrinél S.**
La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, Drees, Etudes & Résultats N° 352, novembre 2004.
Disponible à l'adresse : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er352.pdf> ».

27. **B. D. Bravery et al.**
Oncology and Radiation Oncology Awareness in Final Year Medical Students in Australia and New Zealand,
J Cancer Educ, vol. 35, n° 6, p. 1227-1236, déc. 2020.
28. **B. Koczwara et M. B. Barton,**
The Ideal Oncology Curriculum for Medical Students
JCO, vol. 24, n° 33, p. 5334-5334, nov. 2006.
29. **Sonia Soussi.**
L'apprentissage en milieu clinique des étudiants futurs professionnels de la santé : entre l'autonomisation et les contraintes pédagogiques. Education.
Université de Lyon; Université virtuelle de Tunis, 2019.
30. **M. A. Segui et al.**
Situation, challenges, and SEOM recommendations for the future of undergraduate education in Oncology in Spain ,
Clin Transl Oncol, vol. 22, n° 7, p. 1049-1058, juill. 2020.
31. **D.-Q. Nguyen et J.-G. Blais,**
Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique
Pédagogie Médicale, vol. 8, n° 4, p. 232-251, nov. 2007.
32. **Université Laval site officiel, Ressources pédagogiques.**
Les objectifs d'apprentissage
Disponible à l'adresse : <https://www.enseigner.ulaval.ca/ressources-pedagogiques/les-objectifs-d-apprentissage>.
33. **A. Aïm-Eusébi, F. Cussac, et I. Aubin-Auger,**
Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France *Bulletin du Cancer*, vol. 106, n° 7-8, p. 707-713, juill. 2019.
34. **Moutel G, Lièvre A,**
Le dispositif d'annonce en cancérologie : aspects pratiques et interrogations.
La lettre du cancérologue, 2007, Vol 1, 1-2 : 370-376
35. **E. F. de Moura Villela et al.**
Effects on Medical Students of Longitudinal Small-Group Learning about Breaking Bad News, *Perm J*, vol. 24, 2020.

36. **T Easley J, Miedema B, O'Brien MA, et al.**
The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers.
Curr Oncol. 2017;24:75-80
37. **C. Lütgendorf-Caucig, P. Kaiser, A. Machacek, C. Waldstein, R. Pötter, et H. Loeffler-Stastka,**
Vienna Summer School on Oncology: how to teach clinical decision making in a multidisciplinary environment
BMC Medical Education, vol. 17, juin 2017.
38. **P. Tachousin,**
Intégration des médecins généralistes aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : étude de faisabilité à partir de la RCP " myélodysplasies" de l'IUCT-Oncopole
Université Toulouse III – Paul Sabatier, 2016.
Disponible à l'adresse : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1369/>
39. **A. Manirakiza et al.**
Oncology Training in Rwanda: Challenges and Opportunities for Undergraduate Medical Students (The EDUCAN Project) ,
J Cancer Educ, vol. 35, n° 2, p. 359-365, avr. 2020
40. **A. Dahlhaus, N. Vanneman, A. Siebenhofer, M. Brosche, et C. Guethlin,**
Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study »,
Support Care Cancer, vol. 21, n° 12, p. 3293-3300, déc. 2013.
41. **M.-L. Johansen et B. Ervik,**
Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies ,
BMC Health Serv Res, vol. 18, n° 1, p. 159, mars 2018.
42. **N. Pavlidis et al.**
Oncology for medical students: a European School of Oncology contribution to undergraduate cancer education ,
Cancer Treat Rev, vol. 33, n° 5, p. 419-426, août 2007.
43. **J. Oskvarek et al.**
Medical Student Knowledge of Oncology and Related Disciplines: a Targeted Needs Assessment ,
J Cancer Educ, vol. 31, n° 3, p. 529-532, sept. 2016.

44. **R. J. McRae,**
Oncology Education in Medical Schools: Towards an Approach that Reflects Australia's Health Care Needs ,
J Cancer Educ, vol. 31, n° 4, p. 621-625, déc. 2016.
45. **J. Gaffan, J. Dacre, et A. Jones,**
Educating undergraduate medical students about oncology: a literature review ,
J Clin Oncol, vol. 24, n° 12, p. 1932-1939, avr. 2006.
46. **K. S. Rallis et al.**
Inspiring the future generation of oncologists: a UK-wide study of medical students' views towards oncology ,
BMC Med Educ, vol. 21, p. 82, févr. 2021.
47. **S. Payne et al.**
Discordance between cancer prevalence and training: a need for an increase in oncology education,
Clin Med (Lond), vol. 13, n° 1, p. 50-56, févr. 2013.
48. **A. S. Sultan,**
Bedside teaching: An indispensable tool for enhancing the clinical skills of undergraduate medical students ,
J Pak Med Assoc, vol. 69, n° 2, p. 235-240, févr. 2019.
49. **F. Bidault, J. Leveque, P.-L. Broux, J.-Y. Grall, et C. Honnorat,**
Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise ,
Pédagogie Médicale, vol. 3, n° 2, Art. n° 2, mai 2002.
50. **Nathalie Deseille**
La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration.
Médecine humaine et pathologie. 2017. ffdumas-01665074f
51. **K. Khan, T. Pattison, et M. Sherwood,**
Simulation in medical education ,
null, vol. 33, n° 1, p. 1-3, janv. 2011.

52. **B. Millette, M.-T. Lussier, et J. Goudreau,**
L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire ,
Pédagogie Médicale, vol. 5, n° 2, p. 110-126, mai 2004.
53. **HAS-Haute Autorité de Santé**
Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé-Dec.2015.
Disponible à l'adresse: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2576406/fr/l-evaluation-des-competences-des-professionnels-en-etablissement-de-sante
54. **D. Vanpee, M. Frenay, V. Godin, et D. Bédard,**
Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimaliser la qualité pédagogique des stages d'externat ,
Pédagogie Médicale, vol. 10, n° 4, p. 253-266, nov. 2009
55. **Barrier JH, Balde N, Brazeau-lamontagne L.**
L'évaluation de l'enseignement : pour quelles décisions ?
Pédagogie Médicale 2006; 7: 238-247.
56. **V. S. Jagadeesan, D. R. Raleigh, M. Koshy, A. R. Howard, S. J. Chmura, et D. W. Golden,**
A national radiation oncology medical student clerkship survey: Didactic curricular components increase confidence in clinical competency ,
Int J Radiat Oncol Biol Phys, vol. 88, n° 1, p. 51-56, janv. 2014.
57. **A. Bandyopadhyay, A. Das, A. Ghosh, R. Giri, et N. Biswas,**
Oncology knowledge gap among freshly passed interns in a Government Medical College of Eastern India ,
South Asian J Cancer, vol. 2, n° 2, p. 62-65, avr. 2013.
58. **Programme de détection précoce.**
Disponible à l'adresse: https://www.contrelecancer.ma/fr/detection_precoce_action.
59. **G. T. Ault, M. Sullivan, J. Chalabian, et K. A. Skinner,**
A focused breast skills workshop improves the clinical skills of medical students ,
J Surg Res, vol. 106, n° 2, p. 303-307, août 2002.
60. **Nani S. Benallal M. Hassoune S. Kiss D. Maaroul A**
Involvement of general practitioners in the province Benimellal (Morocco) in screening for cervical cancer.
Pan Air Med J. 2013.14/152 .

61. **R. M. Harden, M. Stevenson, W. W. Downie, et G. M. Wilson,**
Assessment of clinical competence using objective structured examination,
Br Med J, vol. 1, n° 5955, p. 447-451, févr. 1975.
62. **F. Rivière et al.**
Urgences en oncologie thoracique,
Revue des Maladies Respiratoires Actualités, vol. 5, n° 5, p. 466-472, sept. 2013.
63. **M. Karim Abdessalem,**
Traitement palliatif de l'ascite maligne ,
Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique, vol. 13, n° 1, p. 34-38, févr. 2014.
64. **Alexis KOWALSKI.**
Le médecin généraliste es–il en difficulté face à la douleur des patients cancéreux en Picardie ?
UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE– FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS–2015.
65. **P. A. Sloan, M. A. Plymale, M. Johnson, B. Vanderveer, P. LaFountain, et D. A. Sloan,**
Cancer Pain Management Skills Among Medical Students: The Development of a Cancer Pain Objective Structured Clinical Examination ,
Journal of Pain and Symptom Management, vol. 21, n° 4, p. 298-306, avr. 2001.
66. **F. Burge, P. McIntyre, D. Kaufman, I. Cummings, G. Frager, et A. Pollett,**
Family Medicine residents' knowledge and attitudes about end–of–life care ,
J Palliat Care, vol. 16, n° 3, p. 5-12, 2000.
67. **R. Sapir, R. Catane, N. Strauss–Liviatan, et N. I. Cherny,**
Cancer Pain: Knowledge and Attitudes of Physicians in Israel ,
Journal of Pain and Symptom Management, vol. 17, n° 4, p. 266-276, avr. 1999.
68. **P. A. Sloan, M. Plymale, P. LaFountain, M. Johnson, J. Snapp, et D. A. Sloan,**
Equipping medical students to manage cancer pain: A comparison of three educational methods ,
Journal of Pain and Symptom Management, vol. 27, n° 4, p. 333-342, avr. 2004.
69. **J. D.–K. Coulibaly, I. Adoubi, M. Touré, A. Oseni, et K. A. Echimane,**
Difficulties with using morphine in cancer pain management: Ivorian experience,
Bull Cancer, vol. 96, n° 6, p. 703-707, juin 2009.

70. **F. Larue, S. M. Colleau, A. Fontaine, et L. Bresseur,**
Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France,
Cancer, vol. 76, n° 11, p. 2375-2382, déc. 1995.
71. **R. Jacobsen, P. Sjøgren, C. Møldrup, et L. Chrstrup,**
Physician-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics: a systematic review ,
J Opioid Manag, vol. 3, n° 4, p. 207-214, août 2007.
72. **B. C. R. Devi, T. S. Tang, et M. Corbex,**
What doctors know about cancer pain management: an exploratory study in Sarawak, Malaysia ,
J Pain Palliat Care Pharmacother, vol. 20, n° 2, p. 15-22, 2006.
73. **N. A. Janjan, C. Martin, D. Weissman, C. S. Hill, et R. Payne,**
Radiotherapy residents' knowledge of and attitudes toward management of cancer pain ,
J Cancer Educ, vol. 13, n° 2, p. 65-70, 1998.
74. **Inès Guessoum.**
Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication.
Médecine humaine et pathologie. 2016.
75. **L. Colletti, L. Gruppen, M. Barclay, et D. Stern,**
Teaching students to break bad news ,
The American Journal of Surgery, vol. 182, n° 1, p. 20-23, juill. 2001
76. **F. J. Ferreira da Silveira, C. C. Botelho, et C. C. Valadão,**
Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients ,
Sao Paulo Med J, vol. 135, n° 4, p. 323-331, août 2017.
77. **Johnny Lopes.**
Évaluation de l'annonce du cancer chez les patients suivis dans le service d'oncologie du centre hospitalier Robert Boulin de Libourne.
Médecine humaine et pathologie. 2015.
78. **J.-C. Servotte et al.,**
Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department ,
West J Emerg Med, vol. 20, n° 6, p. 893-902, oct. 2019.

79. **Soufiane Danoune**
.L'apprentissage de l'annonce du diagnostic de cancer par simulation, expérience de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.
Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2017.
80. **H. E. M. Daelmans, R. J. I. Hoogenboom, A. J. M. Donker, A. J. J. A. Scherpbier, C. D. A. Stehouwer, et C. P. M. van der Vleuten,**
Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences,
Med Teach, vol. 26, n° 4, p. 305-312, juin 2004 .

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في ارتقادها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيدا

تحليل الاحتياجات التدريبية لطلبة الطب في طب لأورام بكلية الطب والصيدلية بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/12/13

من طرف

السيدة خولة هايج

المزداة في 10 دجنبر 1996 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الاحتياجات التدريبية - التكوين في الأورام - علاج الأورام - الطلاب -
التقييم الذاتي - الطب العام

اللجنة

الرئيس

غ. بلبركة

السيدة

المشرف

أستاذة في طب الأورام

السيد

أ. السعدي

أستاذ في علم الأورام والانكولوجيا الطبية

السيد

م. الحكيم

أستاذ في الجراحة العامة

السيد

س. زهير

أستاذ في علم البكتيريا والفيروسات

الحكام