



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Efficacité d'une formation des internes de phase socle à l'annonce
d'une mauvaise nouvelle par le jeu de rôle en santé : expérience du
dispositif « ADIAMED » de l'UFR3S Médecine Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2022 à 18h
au Pôle Formation
par **Madame Pauline GAGNERIE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Asseseurs :

Madame la Professeure Hélène ZEPHYR

Madame le Docteur Sandrine MORELL DUBOIS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien SANGES

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Matériel et Méthodes	7
Population	7
Déroulement de la formation.....	7
Évaluation pédagogique.....	9
Analyse statistique.....	10
Résultats	11
Expérience préalable et idées préconçues autour de l'annonce	13
Satisfaction des étudiants.....	18
Modification des représentations autour de l'annonce de mauvaises nouvelles induites par l'atelier de simulation.....	19
Discussion	21
Conclusion	25
Annexes	26
Annexe 1. Scénarii des jeux de rôle	26
Annexe 2. Questionnaires pré et post formation	30
Références	33

Introduction

L'annonce de mauvaise nouvelle est une étape importante dans la prise en charge globale d'un patient et fait partie intégrante du quotidien des médecins. Bien qu'il soit difficile d'en donner une définition exacte et universelle, Robert Buckman définit la mauvaise nouvelle comme « une nouvelle qui change radicalement et négativement un individu et la perception de son futur » (1). L'annonce d'une maladie est souvent vécue comme un moment traumatique par le patient, car elle remet en question ses perspectives d'avenir et souligne les conséquences de la maladie dans sa vie professionnelle, sociale, et familiale. Le déroulement de cette annonce va mettre en jeu sa résilience et conditionner son adhésion au parcours de soin ; il s'agit donc d'un moment crucial pouvant grandement impacter la suite de la prise en charge. Ainsi, il apparaît fondamental que le soignant puisse répondre de façon satisfaisante aux réactions du patient (2) ; et c'est pour cette raison l'annonce d'une mauvaise nouvelle est souvent vécue par le personnel médical comme un moment stressant et difficile (3).

Au vu de l'importance que revêt la consultation d'annonce, il paraît donc fondamental que les soignants puissent être correctement formés à cet exercice difficile.

Cependant, plusieurs publications ont mis en évidence que ceux-ci se sentent la plupart du temps insuffisamment préparés à la gestion des situations d'annonce, par absence de formation ou manque de connaissances. Ainsi, une étude réalisée dans un département d'urgence (4) suggère que la quasi-totalité du personnel soignant (93%) a déjà été confrontée à l'annonce de mauvaise nouvelle mais plus de la moitié (58%) n'a eu aucune formation à cette situation. Une étude pakistanaise (5) portant sur de jeunes internes montre que seuls 47% sont satisfaits de leur entretien, et près de deux-tiers ont acquis leurs compétences uniquement par l'observation de seniors

eux-mêmes non formés. Ceci reflète une formation insuffisante à l'annonce de mauvaise nouvelle au cours des études médicales.

Différentes méthodes pédagogiques ont été développées pour tenter de répondre à ce besoin. A côté des techniques d'enseignement « classiques » (cours magistraux théoriques, observation de situations cliniques en pratique réelle, enseignements par vidéos...) (6), plusieurs études soulignent l'intérêt de formation à l'annonce par la simulation en santé (7). La simulation en santé « est une technique, et non une technologie, permettant de remplacer ou amplifier des expériences réelles par des expériences guidées qui évoquent ou reproduisent des aspects substantiels du monde réel de manière entièrement interactive ». (8) Plusieurs techniques de simulation existent,(9) 13/06/2022 15:32:00 en fonction de la méthode employée pour simuler le patient : simulation « synthétique » (utilisant des mannequins), simulation « numérique » ou jeu sérieux (utilisant des logiciels informatiques), et simulation « humaine » ou jeu de rôle (utilisant des êtres humains appelés "patients simulés" : formateurs, apprenants, acteurs...). Parmi elles, c'est le jeu de rôle qui semble la méthode la plus intéressante dans le cadre d'une formation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (10).

Fort de ce constat, l'UFR3S Médecine de l'Université de Lille a mis en place en 2018 un dispositif de formation à l'annonce de mauvaise nouvelle par le jeu de rôle à destination des internes de phase socle : le programme « ADIAMED ». L'objectif de ce travail est de rapporter notre expérience de cet atelier et d'évaluer son efficacité pédagogique, mesurée à travers la satisfaction des internes, le sentiment d'aisance vis-à-vis de l'annonce induit par l'atelier, et sa capacité à induire un changement dans les idées préconçues des étudiants autour de l'annonce.

Matériel et Méthodes

Population

L'atelier de simulation était proposé aux internes de phase socle inscrits à l'UFR3S Médecine de Lille lors de l'année universitaire 2018-2019, toutes spécialités confondues.

Déroulement de la formation

La formation se déroulait au sein de « PRESAGE », le centre de simulation de l'UFR3S Lille, au cours d'une demi-journée dédiée. Les apprenants étaient répartis en groupes de 12, encadrés par 2 formateurs (1 médecin et 1 paramédical). L'atelier durait 3h30 et débutait par un temps d'accueil et de présentation de 15 min.

La première partie de l'atelier consistait en une activité heuristique réflexive d'une durée de 45 minutes, visant à aborder les représentations autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Lors d'un premier exercice (25 min), les formateurs invitaient les apprenants à se répartir en 3 sous-groupes et mener une réflexion autour des points-clés d'une annonce réussie du point de vue des patients, des accompagnants et des soignants (1 thématique par sous-groupe), puis animaient un débriefing commun.

Lors d'un deuxième exercice (20 min), les formateurs animaient un *brainstorming* autour des éléments conditionnant une relation médecin-patient de qualité lors des différents temps de l'annonce (accueil, information, accompagnement).

La seconde partie de l'atelier était constituée de 4 jeux de rôles d'environ 30 minutes chacun. Chaque jeu de rôle simulait différentes situations d'annonce de mauvaise nouvelle à un patient ou à son entourage, et faisait intervenir 3 apprenants (jouant

les rôles du médecin, du patient et/ou des accompagnants) sélectionnés sur la base du volontariat. Dans chaque scénario (*Annexe 1*), les apprenants jouant le rôle du médecin recevaient pour consigne d'annoncer une ou plusieurs mauvaises nouvelles ; les apprenants jouant le rôle du patient et/ou des accompagnants devaient mettre en difficulté le médecin par la réaction adoptée à l'annonce (incompréhension, incrédulité, sidération, mutisme, colère, déni, remise en question des compétences du médecin, demande d'un autre avis médical...). Chaque rôle était briefé en insu des autres. Les 9 apprenants restants et les formateurs étaient observateurs et suivaient la simulation dans une salle différente à l'aide d'un système de vidéo-transmission. Chaque jeu de rôle débutait par un court briefing (< 5 min), suivi d'une mise en jeu (10-15 min) et d'un débriefing (15-20 min).

Le 1^{er} scénario simulait l'annonce d'une maladie chronique (diabète de type 1 chez un enfant de 12 ans), diagnostiquée lors d'un passage dans un service d'accueil des urgences. L'apprenant tenant le rôle du médecin devait annoncer le diagnostic de diabète, la nécessité d'une hospitalisation en urgence et de l'initiation d'un traitement par insuline.

Le 2^{ème} scénario simulait l'annonce d'une limitation thérapeutique à la famille d'un patient de 79 ans aux antécédents multiples, consultant aux urgences pour maintien au domicile difficile. L'apprenant jouant le médecin devait annoncer la décision de non-transfert en réanimation et de limitation des thérapeutiques invasives, et évoquer la possibilité de soins maximaux en chambre, la prise en charge de confort et le projet de soins adéquat.

Le 3^{ème} scénario simulait l'annonce d'un cancer pulmonaire chez une patiente fumeuse, initialement traitée pour une pneumopathie mais chez qui persiste une toux et une altération de l'état général. Un scanner thoracique de contrôle était réalisé, qui

mettait en évidence un nodule pulmonaire suspect. L'apprenant jouant le médecin a pour consigne d'annoncer les résultats d'examen et la nécessité de réaliser une biopsie pulmonaire.

Le 4^{ème} scénario simulait l'annonce d'une fin de vie à la famille d'un patient de 70 ans suivi pour cancer du foie. Les proches n'ont pas connaissance du caractère terminal de la maladie, qu'ils pensent toujours en rémission. L'apprenant jouant le médecin a pour objectif d'annoncer à la famille l'état critique du patient, le caractère imminent du décès et la prise en charge palliative.

Évaluation pédagogique

L'efficacité pédagogique de l'atelier était évaluée au moyen de questionnaires pré- et post-formation (*Annexe 2*), provenant de précédentes études (11,12).

Le questionnaire pré-formation, rempli par les apprenants avant le début de l'atelier, évaluait l'expérience préalable des apprenants en matière de situations d'annonce (5 questions de type « échelle de Likert » en 4 points), ainsi que leurs représentations concernant l'annonce de mauvaises nouvelles (14 questions de type « échelle de Likert » en 4 points).

Le questionnaire post-formation, complété à l'issue de la demi-journée, évaluait la satisfaction des apprenants vis-à-vis de cet atelier et leur impression de progression pédagogique en matière d'annonce (6 questions de type « échelle de Likert » en 4 points). Afin d'apprécier si l'atelier a permis d'induire un changement dans leurs représentations autour de l'annonce et du déroulement de la consultation, les questions des 2 dernières sections du questionnaire pré-formation étaient posées à l'identique aux apprenants dans le questionnaire post-formation.

Les réponses aux questionnaires étaient recueillies de façon anonyme.

Analyse statistique

Les caractéristiques de la population et les réponses aux questionnaires étaient exprimées sous la forme de nombre (pourcentage). Les réponses aux questions communes des questionnaires pré- et post-formation étaient comparées en utilisant le test du χ^2 . Le seuil de significativité statistique était fixé à $p < 0,05$. Les analyses statistiques étaient réalisées à l'aide du logiciel GraphPad Prism v9.0.0 (GraphPad Software, San Diego, California USA).

Résultats

Au total, 501 internes de phase socle étaient convoqués pour participer à la formation ; et 458 internes se sont présentés pour réaliser l'atelier. Parmi eux, 421 ont répondu au questionnaire pré-formation ; 285 ont répondu au questionnaire post-formation ; et 252 ont répondu aux 2 questionnaires (*Figure 1*).

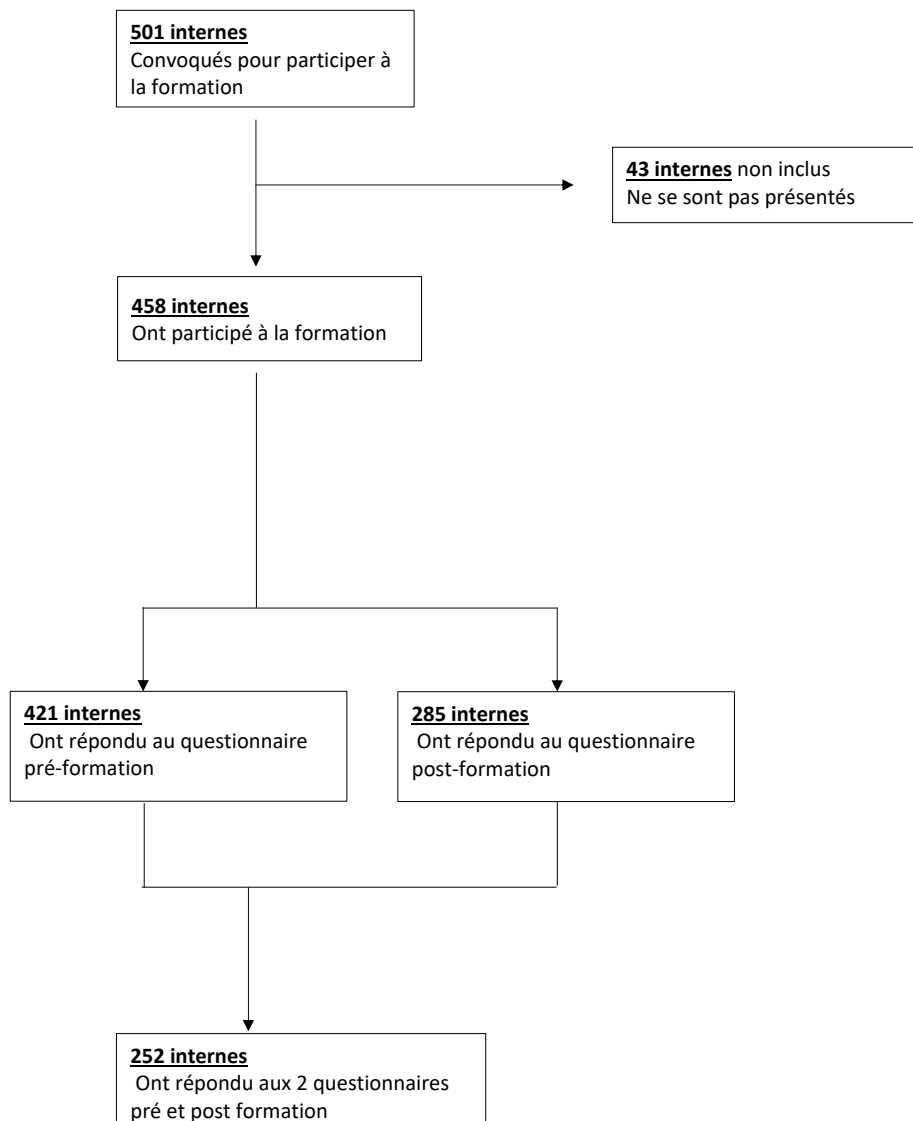


Figure 1. Diagramme de flux de l'étude.

L'ensemble des disciplines médicales est représenté de façon homogène (*Tableau 1*).

Spécialité	N (%)		
	Répondants au questionnaire pré-formation	Répondants au questionnaire post-formation	Répondants aux 2 questionnaires
<i>Médecine de l'aigu</i>			
• <i>Anesthésie-réanimation</i>	20 (4,8%)	13 (4,6%)	11 (4,4%)
• <i>Médecine intensive</i>	5 (1,2%)	2 (0,7%)	2 (0,8%)
• <i>Médecine d'urgence</i>	18 (4,3%)	16 (5,6%)	12 (4,8%)
<i>Médecine générale</i>	168 (39,9%)	129 (45,3%)	115 (45,6%)
<i>Spécialités chirurgicales</i>	22 (5,2%)	12 (4,2%)	10 (4%)
<i>Gynécologie</i>	14 (3,4%)	7 (2,5%)	5 (2%)
<i>Psychiatrie</i>	33 (7,8%)	17 (6%)	16 (6,3%)
<i>Spécialités médicales (hors pédiatrie)</i>	87 (20,6%)	52 (18,2%)	47 (18,6%)
<i>Médecine d'investigation</i>			
• <i>Radiologie, médecine nucléaire</i>	19 (4,5%)	12 (4,2%)	12 (4,8%)
• <i>Biologie, génétique, anatomo- pathologie</i>	4 (1%)	2 (0,7%)	1 (0,4%)
<i>Santé publique – santé au travail – médecine légale</i>	11 (2,5%)	6 (2%)	5 (2%)
<i>Pédiatrie</i>	20 (4,8%)	17 (6%)	16 (6,3%)
<i>Total</i>	421 (100%)	285 (100%)	252 (100%)

Tableau 1. Spécialités des internes inclus dans l'étude

Expérience préalable et idées préconçues autour de l'annonce

L'expérience préalable et les idées préconçues autour l'annonce de mauvaise nouvelle ont été étudiées parmi les 421 internes ayant répondu au questionnaire pré-formation.

Avant la formation, 236 internes (56%) ont déjà eu une expérience d'annonce de mauvaise nouvelle à un patient ou à sa famille (*Tableau 2*). Parmi eux, plus de la moitié (63%) s'estiment un peu ou très satisfaits de leur prestation durant l'entretien ; et 85% considèrent en retour que le patient est un peu ou très satisfait de cet entretien. 67% des étudiants estiment que l'entretien a aidé le patient à faire face à la situation. La majorité d'entre eux rapporte avoir fait preuve d'empathie durant l'entretien (97%) et estime que celui-ci a été important pour le patient et sa famille (92%).

EXPERIENCE PREALABLE	N	n (%)
Avez-vous déjà été amené à annoncer une mauvaise nouvelle à un patient ?		
Oui	421	236 (56%)
Non		185 (44%)
Je suis satisfait de ma prestation durant l'entretien		
Pas d'accord du tout	236	6 (3%)
		80 (34%)
		142 (60%)
Tout à fait d'accord		8 (3%)
Le patient était satisfait de ma prestation durant l'entretien		
Pas d'accord du tout	236	2 (1%)
		33 (14%)
		178 (75%)
Tout à fait d'accord		23 (10%)
J'ai fait preuve d'empathie durant l'entretien		
Pas d'accord du tout	236	1 (0%)
		7 (3%)
		125 (53%)
Tout à fait d'accord		103 (44%)

Cet entretien a aidé le patient à faire face à la situation		
Pas d'accord du tout	236	3 (1%)
		76 (32%)
		137 (58%)
Tout à fait d'accord		20 (9%)
Cet entretien a été important pour le patient		
Pas d'accord du tout	236	1 (0%)
		19 (8%)
		131 (56%)
Tout à fait d'accord		85 (36%)

Tableau 2. Expérience préalable des internes vis-à-vis de l'annonce de mauvaises nouvelles.

Concernant les idées préconçues autour de l'annonce, plus de la moitié des internes (89%) juge que les patients ne doivent pas être protégés des mauvaises nouvelles (*Tableau 3*), et que ceux-ci sont prêts à entendre de mauvaises nouvelles à leur sujet (62%) mais ne veulent pas tous connaître les mauvaises nouvelles les concernant (78%). 97% des internes sont d'accord avec le fait que le patient a le droit à une information complète sur son état de santé et que le médecin est dans l'obligation de leur fournir.

Ils rapportent également (98%) que les patients ont des préférences différentes concernant les informations qu'ils souhaitent recevoir.

La majorité des internes (99%) reconnaît qu'assimiler et s'adapter à une mauvaise nouvelle demande du temps.

REPRESENTATIONS AUTOUR DE L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE	N	n (%)
Les patients doivent être protégés des mauvaises nouvelles		
Pas d'accord du tout	421	148 (35%)
		227 (54%)
		35 (8%)
Tout à fait d'accord		11 (3%)
Les patients n'ont pas envie d'entendre de mauvaises nouvelles à leur sujet		
Pas d'accord du tout	421	94 (22%)
		169 (40%)
		106 (25%)
Tout à fait d'accord		52 (13%)
Les patients veulent tous connaître les mauvaises nouvelles qui les concernent		
Pas d'accord du tout	421	161 (38%)
		168 (40%)
		81 (19%)
Tout à fait d'accord		11 (3%)
Les patients ont droit à une information complète sur leur état de santé et le médecin a l'obligation de leur fournir		
Pas d'accord du tout	421	1 (0%)
		10 (3%)
		97 (23%)
Tout à fait d'accord		313 (74%)
Chaque patient a des préférences différentes concernant les informations qu'il souhaite recevoir sur son état de santé		
Pas d'accord du tout	421	1 (0%)
		6 (2%)
		60 (14%)
Tout à fait d'accord		354 (84%)
Assimiler et s'adapter à une mauvaise nouvelle demande du temps		
Pas d'accord du tout	421	0 (0%)
		3 (1%)
		45 (10%)
Tout à fait d'accord		373 (89%)

Tableau 3. Représentation autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Concernant le déroulement de l'entretien en lui-même et les difficultés qu'il engendre, la majorité des étudiants s'attend à être en difficulté pour « gérer la réaction du patient » (78%), « trouver les mots appropriés » (90%), « gérer la réaction de la famille » (76%) (*Tableau 4*).

Pour la plupart, ils n'appréhendent pas de « gérer leurs propres réactions » (54%), ni de « gérer leur temps » (64%), ni de « se sentir seul » (80%).

La moitié des internes (54%) rapporte se sentir capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient mais 74% ne sont pas à l'aise avec l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient.

Lorsque j'annonce une mauvaise nouvelle, je m'attends surtout à ressentir des difficultés à :					
Gérer la réaction du patient			Gérer mon temps		
Pas d'accord du tout	421	13 (3%)	Pas d'accord du tout	421	116 (28%)
		81 (19%)			153 (36%)
		210 (50%)			102 (24%)
Tout à fait d'accord		117 (28%)	Tout à fait d'accord		50 (12%)
Trouver les mots appropriés			Me sentir seul, abandonné		
Pas d'accord du tout	421	8 (2%)	Pas d'accord du tout	421	132 (31%)
		37 (8%)			204 (49%)
		188 (44,5%)			69 (16%)
Tout à fait d'accord		188 (44,5%)	Tout à fait d'accord		16 (4%)
Gérer la réaction de la famille			Je me sens à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient		
Pas d'accord du tout	421	6 (1%)	Pas d'accord du tout	421	99 (24%)
		98 (23%)			209 (50%)
		200 (48%)			95 (22%)
Tout à fait d'accord		117 (28%)	Tout à fait d'accord		18 (4%)
Gérer mes propres réactions			Je me sens capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient		
Pas d'accord du tout	421	61 (14%)	Pas d'accord du tout	421	37 (9%)
		166 (40%)			155 (37%)
		139 (33%)			198 (47%)
Tout à fait d'accord		55 (13%)	Tout à fait d'accord		31 (7%)

Tableau 4. Représentation des difficultés de l'annonce

Satisfaction des étudiants

La satisfaction vis-à-vis de cet atelier a été étudiée parmi les 285 internes ayant répondu au questionnaire post-formation.

La majorité des internes rapportent être « complètement satisfait » (65%) ou « très satisfait » (32%) de cet atelier, et environ la moitié le considèrent « pas du tout stressant » (11%) ou « peu stressant » (37%). (Tableau 5)

Près de la totalité d'entre eux ont considéré cet atelier « extrêmement formateur » (38%) ou « très formateur » (53%).

Avant de participer à celui-ci, 50% des internes ne se sentaient « pas capable » ou « pas capable du tout » (11%) d'annoncer une mauvaise nouvelle.

Après avoir participé à l'atelier de simulation, la majorité des internes rapportaient se sentir « beaucoup plus à l'aise » (31%) et « plus à l'aise » (61%) d'annoncer une mauvaise nouvelle.

Plus de la moitié d'entre eux (56%) rapportent que cette simulation a modifié l'idée qu'ils se faisaient d'annoncer une mauvaise nouvelle.

Globalement, êtes-vous satisfaits de cet atelier ?		
Pas satisfait du tout	285	1(0%)
		10 (3%)
		90 (32%)
Complètement satisfait		184 (65%)
A quel point avez-vous considéré cet atelier stressant ?		
Pas du tout stressant	285	32 (11%)
		104 (37%)
		117 (41%)
Extrêmement stressant		32 (11%)
A quel point avez-vous considéré cet atelier formateur ?		
Pas du tout formateur	285	4 (1%)
		22 (8%)
		151 (53%)

Extrêmement formateur		108 (38%)
A quel point êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes :		
« Avant cet atelier, je me sentais capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient » ?		
Pas d'accord du tout	285	31 (11%)
		142 (50%)
		96 (33%)
Tout à fait d'accord		16 (6%)
« A l'issue de cet atelier, je me sens plus à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle »		
Pas d'accord du tout	285	2 (1%)
		22 (7%)
		174 (61%)
Tout à fait d'accord		87 (31%)
« Cet atelier a modifié l'idée que je me faisais de l'annonce d'une mauvaise nouvelle »		
Pas d'accord du tout	285	24 (9%)
		99 (35%)
		118 (41%)
Tout à fait d'accord		44 (15%)

Tableau 5. Satisfaction des étudiants vis-à-vis de l'atelier

Modification des représentations autour de l'annonce de mauvaises nouvelles induites par l'atelier de simulation

Les questions portant sur les représentations autour de l'annonce de mauvaise nouvelle étaient de nouveau posées dans le questionnaire post-formation ; et les réponses étaient comparées à celles fournies dans le questionnaire pré-formation parmi les 252 internes ayant répondu aux 2 questionnaires.

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour l'ensemble des réponses (Tableau 6), sauf les items suivants :

- « Je me sens en difficulté pour trouver les mots appropriés » : 88% des internes se sentaient en difficulté avant la formation contre 79% après la formation ($p < 0,0001$)

- « Je me sens à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient » : 27% des internes rapportaient être à l'aise avant la formation contre 62% après celle-ci ($p < 0,0001$)
- « Je me sens capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient » : 53% des internes s'en pensaient capables avant la formation contre 83% après celle-ci ($p < 0,0001$)

	Pré-formation		Post formation		<i>p</i>
Trouver les mots appropriés					
Pas d'accord du tout	252	6 (2%)	252	8 (3%)	$p < 0.0001$
		24 (10%)		47 (19%)	
		102 (40%)		124 (49%)	
Tout à fait d'accord		120 (48%)		73 (29%)	
Je me sens à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient					
Pas d'accord du tout	252	57 (23%)	252	10 (4%)	$p < 0.0001$
		125 (50%)		85 (34%)	
		62 (24%)		137 (54%)	
Tout à fait d'accord		8 (3%)		20 (8%)	
Je me sens capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient					
Pas d'accord du tout	252	21 (8%)	252	2 (1%)	$p < 0.0001$
		98 (39%)		40 (16%)	
		116 (46%)		167 (66%)	
Tout à fait d'accord		17 (7%)		43 (17%)	

Tableau 6. Modifications des représentations induites par l'atelier

Discussion

Nous rapportons ici notre expérience d'un module de formation à l'annonce de mauvaise nouvelle par le jeu de rôle en santé, dispensé auprès des internes de phase socle de l'UFR3S Lille. Les principaux résultats de notre enquête peuvent être synthétisés comme suit :

- (1) Les internes sont très satisfaits de cet atelier qu'ils considèrent formateur et globalement peu stressant ;
- (2) Avant de participer à cette formation, plus de la moitié des internes (63%) s'estimaient satisfaits de leurs prestations d'annonce, et 53% se sentaient capables de conduire un entretien d'annonce. Au décours de l'atelier, ils ne sont plus que 39% à considérer qu'ils en étaient capables avant de suivre la formation, un résultat corroboré par le fait que 56% des internes rapportent que cet atelier a modifié l'idée qu'ils se faisaient de l'annonce ;
- (3) À l'issue de cet atelier, les internes se sentent plus capables et plus à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle, notamment pour « trouver les mots appropriés ».

Plusieurs équipes ont rapporté leurs expériences d'ateliers utilisant la simulation en santé pour former à l'annonce de mauvaise nouvelle. Différentes techniques ont été utilisées, sans que la supériorité de l'une par rapport à l'autre n'ait été démontrée. L'équipe de Skye *et al.* (10) s'est intéressée à une approche de type sociodrame : les étudiants assistaient à une pièce de théâtre interactive, jouée par des acteurs spécialement formés, relatant l'histoire d'une patiente à qui on annonce un cancer du côlon en stade palliatif, puis participaient à un débriefing encadré par des formateurs

médecins portant sur les thématiques abordées dans la pièce (relation médecin-maladie, empathie, importance des silences, distanciation professionnelle, soutien psychologique...). Les étudiants étaient ensuite divisés en petits groupes et participaient à différents jeux de rôle sur une annonce de mauvaise nouvelle avec un des acteurs, ou observaient la simulation et pouvaient ensuite intervenir de manière constructive. L'équipe de Baer *et al.* (13) s'est intéressée à une formation via des jeux de rôle incluant de « vrais » patients ayant survécu à un cancer. Après une formation théorique portant sur un modèle formalisé de communication de mauvaises nouvelles (méthode « SPIKES » (14)) et la visualisation d'une vidéo, les étudiants avaient pour objectif d'annoncer le diagnostic de cancer aux patients. Les scénarii mis en scène retraçaient la réelle annonce diagnostique de la pathologie pour laquelle les patients avaient été pris en charge auparavant. La simulation était suivie d'un débriefing permettant aux patients de faire des remarques constructives et un retour sur leur propre expérience aux étudiants. L'équipe de Carrard *et al.* (15) a expérimenté une formation recourant à des patients virtuels. Ils proposaient aux étudiants de faire face un avatar de patient, généré par un ordinateur, auquel ils devaient annoncer le diagnostic de cancer en phase terminale. L'étudiant devait répondre à une question posée par le patient virtuel, et était enregistré pendant l'entretien. Ceci lui permettait de pouvoir visualiser sa performance, d'y porter un regard critique, et de réessayer si nécessaire. Différentes méthodes de simulation ont ainsi été employées pour former à l'annonce de mauvaises nouvelles ; mais de façon assez intéressante, nous avons trouvé peu d'expériences rapportées dans la littérature (16–18) d'ateliers proposant aux étudiants de tenir le rôle des patients ou des proches recevant l'annonce, ce qui souligne l'originalité du dispositif ADIAMED.

De façon très intéressante, les étudiants ont tendance à surestimer leur capacité d'annonce et leur aisance face à cette idée. En effet, la plupart des internes ayant déjà fait une annonce de mauvaise nouvelle s'estimaient capable de mener cet entretien mais revoyaient à la baisse leur performance après avoir assisté à l'atelier. Cela s'explique très probablement par une méconnaissance des enjeux et des bonnes pratiques d'un entretien d'annonce. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce phénomène : l'absence de formation (notamment théorique) intégrée dans le cursus médical, ainsi que la non-standardisation des pratiques (avec notamment une tendance des étudiants à reproduire ce qu'ils observent auprès de leurs pairs, souvent eux-mêmes pas ou peu formés). La participation à l'atelier ADIAMED semble donc permettre une modification de leurs idées préconçues et de leurs ressentis sur l'entretien. L'étude de Layat Burn *et al.* (12) corrobore nos résultats. En effet, les auteurs mettent en évidence que la formation à l'annonce impacte différemment les étudiants en fonction de leurs croyances préalables : d'un côté, elle permet la progression de ceux qui ne sentaient pas du tout ou peu à l'aise et compétent avec l'annonce ; de l'autre, elle sensibilise les étudiants qui se sentaient déjà compétents à la difficulté de l'exercice et induit une baisse de l'auto-évaluation de leurs compétences et leur aisance préalables.

Notre étude montre un bénéfice de la formation à l'annonce de mauvaise nouvelle, par la simulation, en améliorant le sentiment d'aisance et de compétence des étudiants. Plusieurs travaux préalables ont suggéré l'efficacité d'ateliers de simulation pour la formation à l'annonce, quelle que soit la technique de simulation utilisée. Une méta-analyse réalisée par Johnson *et al.* (19) cherchait à mesurer le bénéfice de différentes interventions pédagogiques, incluant le jeu de rôle, pour

améliorer les compétences d'annonce des internes. Les auteurs démontraient une amélioration importante des compétences d'annonce au décours des différentes formations et une amélioration modérée en termes de confiance et d'aisance des praticiens. Une revue de la littérature menée par Williams et Song (20) suggère l'efficacité de la simulation à l'annonce utilisant des patients simulés, et notamment leur bénéfice pour favoriser le développement des compétences de communication. Le recours aux patients simulés permet en effet un retour immédiat et pertinent sur la performance effectuée et une reproduction réaliste de l'entretien d'annonce, tout en restant dans un environnement bienveillant et sécurisant. L'équipe de Sleiman *et al.* (21) a évalué le bénéfice d'une formation à l'annonce de mauvaise nouvelle combinant un enseignement des bases théoriques de la communication, des mises en situations ciblées et des analyses de retours d'expériences. Les compétences auto-déclarées des étudiants étaient évaluées par un questionnaire pré et post-formation : environ 20% des étudiants ne se sentaient « vraiment pas compétent » ou « très peu compétent » à l'annonce avant la formation, contre 5% après ; et 73% déclaraient avoir gagné en confiance pour annoncer une mauvaise nouvelle.

Notre travail présente plusieurs points forts, notamment l'originalité de la formation étudiée (proposant aux internes de tenir non seulement leur rôle de médecin, mais aussi celui du patient ou du proche recevant l'annonce), l'inclusion d'un échantillon d'internes large et représentatif, l'évaluation de son efficacité pédagogique, et l'utilisation de questionnaires préalablement validés dans la littérature.

Cependant, il comporte également quelques limites. Premièrement, notre étude suggère que l'atelier de simulation induit ou majore un sentiment d'aisance et de capacité à l'annonce chez les étudiants, mais ne permet pas d'évaluer une réelle

amélioration des pratiques induite par la formation. Deuxièmement, l'analyse est limitée par un nombre important de données manquantes (absence de réponse à au moins 1 questionnaire). Troisièmement, la formation est très consommatrice en temps et en ressources humaines, ce qui la rend difficile à organiser et à généraliser. Quatrièmement, à l'heure actuelle, l'atelier de simulation n'est pas adossé à une formation théorique préalable, ce qui peut en limiter la pertinence et le bénéfice pour les étudiants (22). Enfin, afin de limiter la proportion de non-répondants, le questionnaire post-formation était rempli immédiatement après l'atelier, ce qui peut contribuer à biaiser nos résultats (notamment en termes de satisfaction des étudiants).

Conclusion

L'atelier ADIAMED dispensé à l'UFR3S Lille semble donc une initiative intéressante et efficace utilisant le jeu de rôle en santé pour la formation à l'annonce de mauvaises nouvelles. Il pourrait être intéressant de l'intégrer à un dispositif de formation plus globale et multimodale sur cette thématique, notamment en ajoutant une partie théorique, via des médias différents, précédant la partie pratique.

Annexes

Annexe 1. Scénarii des jeux de rôle

1. Annonce diagnostique d'une maladie chronique aux parents d'un mineur

Éléments de briefing accompagnants du patient

Vous êtes les parents (2 parents, ou 1 parent et 1 proche) d'un adolescent mineur de 12 ans. Depuis plusieurs semaines votre enfant maigrit, il a très souvent soif, et se sent très fatigué. Votre médecin traitant est en congés. Inquiets, vous vous rendez aux urgences d'un centre hospitalier général de proximité.

Votre enfant a été examiné à son arrivée et a eu un bilan sanguin, l'infirmier(e) est avec lui. Vous attendez à proximité du box des urgences que le médecin qui l'a vu vienne vous voir afin de vous donner des explications sur l'état de santé de votre enfant.

Consigne :

Afin de vous préparer au jeu de rôle, nous vous informons déjà que le médecin va vous annoncer qu'il a diagnostiqué un diabète chez votre enfant.

Lorsque le médecin passera et qu'il vous annoncera le diagnostic, vous devrez le mettre en difficulté et interagir avec lui en fonction de ce qu'il vous dira.

Proposition de comportement : non compréhension, comportement inadapté, le mutisme, l'agressivité, la remise en question de ses compétences, la demande d'un autre avis médical, le déni, la détresse, la fuite, etc...., refus de soin, sortie car départ en vacances..., suggestions de situations complexes : parents séparés, conflits sur le cadre d'éducation (tu lui laisses tout faire, c'est de ta faute il boit trop de coca,); conflits parents/adolescent avec adolescent ingérable (annonce diagnostique fragilisant un cadre déjà difficile à tenir).

(Information importante pour les internes qui jouent le rôle des parents du patient mineur :

En tant qu'internes, l'annonce diagnostique de diabète de type I peut vous paraître anodine par rapport aux différentes autres pathologies que vous connaissez. Cette annonce de maladie chronique est mal vécue et a pourtant un impact majeur.)

Éléments de briefing médecin

Contexte :

Vous êtes médecin dans un centre hospitalier général. Vous êtes de garde aux urgences. Un patient(e) mineur de 12 ans est venu aux urgences, accompagné de ses parents. Vous l'avez interrogé, examiné : il a une AEG, déshydraté, syndrome polyuro-polydipsique. Le bilan biologique a mis en évidence une hyperglycémie à 4g/l, la bandelette urinaire retrouve une glycosurie et une cétose, il n'y a pas d'acidose. Vous posez donc le diagnostic de diabète de type I. Vous devez aller voir maintenant les parents (2 parents, ou 1 parent et 1 proche) pour leur annoncer que leur enfant a une maladie chronique : un diabète de type I, et qu'il faut l'hospitaliser pour le réhydrater et débiter l'insuline.

Le jeu de rôle commence lorsque vous allez chercher les parents pour les amener en salle d'accueil des familles pour leur parler et leur annoncer le diagnostic et l'hospitalisation.

2. Annonce d'une limitation thérapeutique

Éléments de briefing accompagnants (enfants, adultes) du patient

Vous êtes les enfants de Mr G qui est âgé de 79 ans. Vous savez que votre papa, Mr G, a de gros antécédents médicaux (bronchite chronique, diabète, séquelles d'AVC). Votre papa vit seul à son domicile avec des aides importantes (aide à la toilette et à l'alimentation ; aide au déplacement, avec limitation des déplacements). Vous avez été contacté par une de ses aides à domicile, car le médecin traitant de votre papa a décidé de l'envoyer aux urgences médicales.

Vous arrivez aux urgences médicales où votre père a été pris en charge. Vous ne l'avez pas encore vu et attendez l'équipe médicale pour en savoir plus.

Consignes :

Afin de vous préparer au jeu de rôle nous vous annonçons déjà que le médecin va vous informer que l'état de votre papa est critique et qu'au vu des ATCD de votre père, une décision de limitation de soins a été décidée (pas de transfert en réanimation, traitement médical en chambre).

Vous devrez laisser parler le médecin puis le mettre en difficulté en fonction de ce qu'il vous dira.

Suggestion de difficulté : mutisme, déni, colère, ..., incompréhension « vous ne le connaissez pas, il y a un an il était encore bien ... », « il a toute sa tête », « il est très proche de ses petits-enfants... », comprendre le contraire de ce qui a été expliqué, ..., « vous allez le laisser mourir alors qu'il a toute sa tête », « vous ne faites pas le maximum pour lui », ...

Éléments de briefing médecin

Contexte : Mr G vient d'arriver aux urgences dans lesquelles vous travaillez. Il est envoyé par son médecin traitant pour maintien au domicile impossible. M G a 79 ans et de nombreux antécédents (BPCO, Diabétique, AVC avec hémiplegie séquellaire). Il a beaucoup perdu en autonomie (lit, fauteuil avec aide pour déplacement, toilette et alimentation, troubles de déglutition post AVC) depuis plusieurs mois, il est douloureux. Il présente une escarre sacrée et une talonnière droite. Suite au bilan qui a été fait de manière systématique à son arrivée, vous diagnostiquez une déshydratation importante avec une insuffisance rénale fonctionnelle et surtout une acidose hypercapnique décompensée. Le patient est confus. L'état du patient est donc sévère. Après discussion en équipe et avec le réanimateur, vous avez décidé d'une non-admission en réanimation et notamment de ne pas réaliser de prise en charge invasive comme une intubation (limitation thérapeutique). Les enfants (adultes) de Mr G viennent d'arriver aux urgences et sont en salle d'attente. Vous devez expliquer cette décision à ses enfants.

Le jeu de rôle commence au moment où vous allez chercher la famille en salle d'attente et l'amenez en salle d'accueil des familles.

3. Annonce exploration d'un nodule repéré en TDM thoracique

Éléments de briefing patient

Vous êtes un patient(e) instituteur(trice), fumeur(se) de 58 ans. Vous avez fait une infection pulmonaire il y a 2 mois. Il persiste depuis un amaigrissement et une fatigue intense.

Votre médecin traitant a programmé un bilan sanguin et un scanner thoracique. Après réalisation du bilan et du scanner thoracique, vous reprenez rendez-vous avec votre médecin traitant afin qu'il vous communique les résultats. Vous attendez dans la salle d'attente.

Consigne :

Lorsque le médecin vous recevra, vous devez le mettre en difficulté en interagissant avec lui, en fonction de ce qu'il vous dira.

Par exemple : vous pouvez jouer la non-compréhension, le mutisme, l'agressivité, la remise en question de ses compétences, la demande d'un autre avis médical, le déni, la détresse, la fuite, etc.... Vous devrez à un moment donné dans le jeu lui poser la question « ça ne peut pas être un cancer quand-même ? ».

Éléments de briefing accompagnant du patient

Vous accompagnez en consultation le patient(e). Vous êtes un de ses proches (au choix : ami, famille, conjoint...). Vous accompagnez le patient en consultation et devez interagir durant la consultation avec le médecin et le patient.

Éléments de briefing médecin

Vous êtes le médecin traitant, vous avez demandé à ce(tte) patient(e) instituteur(trice) fumeur(se) de 58 ans, au décours d'une pneumopathie il y a 2 mois, des prélèvements biologiques et un scanner thoracique en raison de la persistance d'un amaigrissement et d'une fatigue.

Après avoir passé les examens, le patient a repris rendez-vous.

Vous avez reçu les résultats biologiques : présence d'un syndrome inflammatoire. Vous avez également reçu les résultats du scanner : présence d'un nodule d'allure suspecte. Le radiologue note dans sa conclusion : nodule accessible en biopsie scanno-guidée.

Vous recevez aujourd'hui le patient(e) en consultation pour lui annoncer les résultats et la nécessité de faire une biopsie sous scanner. Vous allez le chercher en salle d'attente pour le faire rentrer dans votre salle de consultation. Le patient(e) est accompagné d'un proche.

4. Annonce d'une fin de vie dans un contexte difficile

Éléments de briefing des accompagnants

Vous êtes des accompagnants proches du patient (époux(se) et enfant, ou fratrie du patient, ou enfants du patient). Votre proche (qui a 70 ans) vient d'être hospitalisé dans un service. Vous êtes inquiets car il respirait mal et avait des difficultés à communiquer avec vous raison pour laquelle vous aviez appelé le SAMU. **Votre proche a toujours été autonome. N'ayant pas pu le rejoindre aux urgences, vous allez directement le voir dans le service dans lequel il a été transféré.**

Vous savez que votre proche est suivi en cancérologie pour un cancer du foie.

Votre proche avait vu le cancérologue il y a un mois en consultation. Vous n'étiez pas présent lors de la consultation, mais votre proche vous avait rapporté qu'on arrêtait les traitements ce qui vous avait soulagé et avait soulagé la famille ; cela signifiait pour vous que ça allait.

Vous attendez dans la salle d'attente du service où le médecin va venir vous chercher afin de vous donner des nouvelles de votre proche.

Consignes :

Afin de vous préparer au jeu de rôle nous vous annonçons déjà que le médecin va vous informer que l'état de votre proche est extrêmement critique.

Cette information sera complètement contradictoire avec les informations que vous avez perçues jusqu'à présent.

Vous serez alors dans l'incrédulité la plus totale voire dans l'agression car ces informations sont totalement discordantes avec votre perception de la maladie. Vous mettrez en difficulté le médecin : remise en question de ses compétences ++, 2^e avis..., colère, ..., on me ment....

Éléments de briefing médecin

Vous êtes interne de garde dans un service hospitalier de médecine polyvalente. Un patient de 70 ans suivi en oncologie est arrivé dans le service à 20h via les urgences.

Le médecin des urgences vous a transmis un patient polypnéique, AEG, en OAP sur insuffisance rénale anurique, confus, non communicant ; lono : hyperkaliémie à 5,8 mEq/l, insuffisance rénale sévère : urée à 2.8 mg/l, créatinine à 42 mg/l ; CRP à 70 mg/l. TA à 10/6. Saturation à 88%, Pulsations à 98 bpm. Temp à 38.5°. Radio s d'OAP. TDM TAP réalisé il y a un mois : progression tumorale franche. **Le patient est suivi pour un cholangiocarcinome métastatique, avec déjà plusieurs lignes de traitements. Le dernier courrier acte d'une progression.** Le patient vous est transféré pour **prise en charge palliative** (décision actée aux urgences par l'oncologue d'astreinte : l'oncologue d'astreinte n'est pas le médecin référent du patient). Il n'y a pas de place en oncologie.

A l'arrivée du patient dans le service, sa gravité est confirmée, avec risque de décès rapide. La famille vous attend en salle d'attente et veut vous voir pour avoir des informations. Vous vous dirigez alors vers la **famille afin de les informer. Afin de leur parler sans être dérangés, vous les emmenez dans la salle d'accueil des familles. S'ils vous demandent à voir leur proche, vous devez leur signifier qu'il faut d'abord discuter de son état clinique. Le jeu de rôle commence au moment où vous allez chercher la famille en salle d'attente.**

Annexe 2. Questionnaires pré et post formation

SECTION 1 – EXPERIENCE PREALABLE

1.1. Avez-vous déjà été amené à annoncer une mauvaise nouvelle (comme une maladie chronique ou fatale, une limitation de soins, etc.) à un patient ?

Oui

Non

1.2. Si oui, à quel point vous êtes d'accord avec les propositions suivantes ?

	Pas d'accord du tout	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout-à-fait d'accord
1.2.1. Je suis satisfait de ma prestation durant l'entretien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.2. Le patient était satisfait de ma prestation durant l'entretien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.3. J'ai fait preuve d'empathie durant l'entretien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.4. Cet entretien a aidé le patient à faire face à la situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.5. Cet entretien a été important pour le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION 2 – REPRESENTATIONS CONCERNANT L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE

A quel point vous êtes d'accord avec les propositions suivantes ?

	Pas d'accord du tout	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout-à-fait d'accord
2.1. Les patients doivent être protégés des mauvaises nouvelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Les patients n'ont pas envie d'entendre de mauvaises nouvelles à leur sujet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3. Les patients veulent tous connaître les mauvaises nouvelles qui les concernent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4. Les patients ont droit à une information complète sur leur état de santé et le médecin a l'obligation de leur fournir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5. Chaque patient a des préférences différentes concernant les informations qu'il souhaite recevoir sur son état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6. Assimiler et s'adapter à une mauvaise nouvelle demande du temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7. Lorsque j'annonce une mauvaise nouvelle à un patient, je m'attends surtout à ressentir des difficultés à...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gérer la réaction du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouver les mots appropriés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gérer la réaction de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gérer mes propres réactions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gérer mon temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentir seul, abandonné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8. Je me sens à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9. Je me sens capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION 3 – A L'ISSUE DE L'ATELIER ADIAMED

A quel point vous êtes d'accord avec les propositions suivantes ?

	Pas d'accord du tout	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout-à- fait d'accord
4.1. Avant de suivre cet atelier, je me sentais capable d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2. A l'issue de cet atelier, je me sens plus à l'aise à l'idée d'annoncer une mauvaise nouvelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3. Cet atelier a modifié l'idée que je me faisais de l'annonce d'une mauvaise nouvelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4. J'ai trouvé cet atelier formateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5. J'ai trouvé cet atelier stressant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6. Je suis satisfait de cet atelier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Références

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J Clin Res Ed.* 26 mai 1984;288(6430):1597-9.
2. Buckman R. *S'asseoir pour parler L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.* InterEditions. 1994.
3. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA.* 14 août 1996;276(6):496-502.
4. Rasmus P, Kozłowska E, Robaczyńska K, Pękala K, Timler D, Lipert A. Evaluation of emergency medical services staff knowledge in breaking bad news to patients. *J Int Med Res.* 11 juin 2020;48(6):0300060520918699.
5. Sarwar MZ, Rehman F, Fatima SM, Suhail M, Naqi SA. Breaking bad news skill of postgraduate residents of tertiary care hospital of Lahore, Pakistan: A cross-sectional survey. *J Pak Med Assoc.* 2019;69(5):5.
6. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot.* 23 juin 2014;3:51.
7. Papadakos CT, Stringer T, Papadakos J, Croke J, Embleton A, Gillan C, et al. Effectiveness of a Multiprofessional, Online and Simulation-Based Difficult Conversations Training Program on Self-Perceived Competence of Oncology Healthcare Provider Trainees. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* oct 2021;36(5):1030-8.
8. Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc.* 2007;2(2):126-35.
9. Haute Autorité de Santé. *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé.* 2012.
10. Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* déc 2014;29(4):704-8.
11. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R. Medical students' attitudes towards breaking bad news: an empirical test of the World Health Organization model. *Psychooncology.* sept 2001;10(5):398-409.
12. Layat Burn C, Hurst SA, Ummel M, Cerutti B, Baroffio A. Telling the truth: Medical students' progress with an ethical skill. *Med Teach.* mars 2014;36(3):251-9.
13. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking bad news: use of cancer survivors in role-playing exercises. *J Palliat Med.* juill 2008;11(6):885-92.
14. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* 1 août 2000;5(4):302-11.
15. Carrard V, Bourquin C, Orsini S, Schmid Mast M, Berney A. Virtual patient simulation in breaking bad news training for medical students. *Patient Educ Couns.* juill 2020;103(7):1435-8.
16. Westmoreland KD, Banda FM, Steenhoff AP, Lowenthal ED, Isaksson E, Fassl BA. A standardized low-cost peer role-playing training intervention improves medical student competency in communicating bad news to patients in Botswana. *Palliat Support Care.* févr 2019;17(1):60-5.
17. Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 1 juin 2012;87(3):300-6.

18. Darrason M, Souquet PJ, Couraud S. Standardized vs peer-played patients for learning how to break bad news in lung cancer: A prospective crossover study. *Respir Med Res.* 1 nov 2021;80:100856.
19. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med.* sept 2018;93(9):1400-12.
20. Williams B, Song JJY. Are simulated patients effective in facilitating development of clinical competence for healthcare students? A scoping review. *Adv Simul.* 16 févr 2016;1:6.
21. Sleiman J, Savage DJ, Switzer B, Colbert CY, Chevalier C, Neuendorf K, et al. Teaching residents how to break bad news: piloting a resident-led curriculum and feedback task force as a proof-of-concept study. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn.* 22 juin 2021;7(6):568-74.
22. Schmitz FM, Schnabel KP, Bauer D, Bachmann C, Woermann U, Guttormsen S. The learning effects of different presentations of worked examples on medical students' breaking-bad-news skills: A randomized and blinded field trial. *Patient Educ Couns.* août 2018;101(8):1439-51.

AUTEURE : GAGNERIE Pauline

Date de soutenance : 24 juin 2022

Titre de la thèse : Efficacité d'une formation des internes de phase socle à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par le jeu de rôle en santé : expérience du dispositif

« ADIAMED » de l'UFR3S Médecine Lille

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Simulation médicale/ Pédagogie

DES Médecine d'urgence

Mots-clés : simulation en santé, annonce de mauvaise nouvelle, jeux de rôle, efficacité pédagogique

Résumé :

L'annonce de mauvaise nouvelle fait partie intégrante du quotidien des médecins. Le bon déroulement de celle-ci est un enjeu important pour l'adhésion du patient au projet thérapeutique et pour la relation de confiance médecin/patient. Plusieurs études suggèrent l'intérêt de la simulation médicale pour préparer les futurs médecins à l'annonce. Fort de ce constat, le dispositif "ADIAMED", un atelier de formation des internes de phase socle à l'annonce de mauvaise nouvelle par le jeu de rôle, a été déployé au centre de simulation PRESAGE de l'UFR3S Lille. L'objectif de ce travail est de rapporter notre expérience de cet atelier et d'évaluer son efficacité pédagogique, mesurée à travers la satisfaction des internes, le sentiment d'aisance vis-à-vis de l'annonce induit par l'atelier, et sa capacité à induire un changement dans les idées préconçues des étudiants autour de l'annonce.

Matériel et méthode : La formation se déroulait sur une demi-journée et était constituée d'un temps de réflexion et de discussion, puis de la mise en jeu de différents scénarii où les étudiants tenaient le rôle du médecin, du patient ou d'un proche. L'expérience des étudiants était recueillie via 2 questionnaires, l'un administré avant la formation et l'autre après.

Résultats : Les étudiants étaient satisfaits de l'atelier qu'ils trouvent peu stressant et formateur. La majorité des internes se sentaient « plus capable » (53% vs 83%) et « plus à l'aise » (27% vs 62%), notamment pour « trouver les mots appropriés » (12% vs 22%). Les étudiants avaient tendance à surestimer leurs capacités et revoyaient celles-ci à la baisse après avoir assisté à la formation.

Conclusion : La formation à l'annonce de mauvaise nouvelle par la simulation en jeu de rôle semble être une méthode pédagogique efficace. Il serait néanmoins intéressant d'intégrer celle-ci dans une formation plus globale et multimodale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Madame la Professeure Hélène ZEPHYR

Madame le Docteur Sandrine MORELL-DUBOIS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sébastien SANGES