

Apprentissage de l'annonce de mauvaise nouvelle aux Urgences : L'apport d'une formation combinant e-learning et simulation comparée à l'enseignement clinique

Auteur : Van Ngoc, Pauline

Promoteur(s) : Nyssen, Anne-Sophie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et des organisations

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5790>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



**Université de Liège
Faculté de Psychologie, Logopédie et
Sciences de l'Éducation
Centre de Simulation Médicale de Liège
Laboratoire d'Ergonomie Cognitive
et d'Intervention au Travail**

**Apprentissage de l'annonce de mauvaise nouvelle aux Urgences :
L'apport d'une formation combinant e-learning et simulation
comparée à l'enseignement clinique**

**Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de master en
sciences psychologiques à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et
des organisations**

VAN NGOC Pauline

**Promotrice : Anne-Sophie Nyssen
Co-promotrice : Isabelle Bragard
Lecteurs : Marie-Elisabeth Faymonville & Isabelle Bragard
Année académique 2017-2018**

Table des matières

Table des matières.....	1
Liste des tableaux et des figures	4
Remerciements.....	5
Introduction	6
Revue de la littérature	8

CHAPITRE 1 : l'annonce d'une mauvaise nouvelle..... 9

1. L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE.....	9
1.1 L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie	9
1.2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle dans le contexte des Urgences.....	9
1.3. Les souhaits des patients	11
1.4. Facteurs influençant l'annonce d'une mauvaise nouvelle	14
1.5. Conséquences d'une mauvaise annonce	19
1.6. Réactions des patients	19
1.7. Réactions des médecins	21
1.8. Les guidelines.....	21
1.9. Les compétences nécessaires pour annoncer une mauvaise nouvelle.....	33
1.10. Les formations actuelles	35
1.11. Résumé du chapitre 1.....	40

CHAPITRE 2 : La simulation.....42

2. LA SIMULATION	42
2.1. Historique de la simulation non-médicale.....	42
2.2. Introduction de la simulation médicale.....	42
2.3. Qu'est-ce que la simulation ?	43
2.4. Différents champs de la simulation en santé	44
2.5. La simulation avec un patient standardisé	45
2.6. Différents moments lors d'une simulation	46
2.7. Validité de la simulation	48
2.8. Résumé du chapitre 2.....	49
2.9. Conclusion de la revue de la littérature.....	50

CHAPITRE 3 : Méthodologie	51
3. METHODOLOGIE.....	51
3.1. Hypothèses de travail.....	51
3.2. Participants	52
3.3. Déroulement de l'étude	53
3.4. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une simulation	55
3.5. Consultations tout-venant aux Urgences	56
3.6. Entretiens avec les médecins urgentistes	57
3.7. Données récoltées	58
3.8. Considérations éthiques	61

CHAPITRE 4 : Résultats	62
4. RESULTATS.....	62
4.1. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une simulation d'annonce de mauvaise nouvelle.....	62
4.1.1. Les statistiques descriptives	62
4.1.1.1. Données sociodémographiques	62
4.1.2. Les statistiques inférentielles	64
4.1.2.1. Les compétences communicationnelles	64
4.1.2.2. Le stress ressenti	70
4.1.2.3. Le sentiment de compétence perçu	71
4.2. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une consultation tout-venant aux Urgences	75
4.2.1. Statistiques descriptives.....	75
4.2.1.1. Données sociodémographiques	75
4.2.2. Les statistiques inférentielles	76
4.2.2.1. Les compétences communicationnelles	76
4.2.2.2. Le stress ressenti	78
4.2.2.3. Le sentiment de compétence perçu	78
4.3. Entretiens avec les médecins	80

CHAPITRE 5 : Discussion	83
5.1. Données quantitatives récoltées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée.....	84
5.2. Données quantitatives récoltées lors de consultations tout-venant aux Urgences.....	89
5.3. Entretiens avec les médecins urgentistes.....	90
5.4. Limites et perspectives futures.....	93

CHAPITRE 6 : Conclusion.....	95
Bibliographie	99
Annexes	105

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

<i>Tableau 1. Souhaits des patients (Widerman, 2002).....</i>	<i>11</i>
<i>Tableau 2. Loi du 22 août 2002, droits du patient</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 3. Les réactions du patient.....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 4. Les 6 étapes du protocole SPIKES (Baile et al., 2000).....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 5. Protocole SHARE (Tang et al., 2016)</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 6. Protocole BREAKS (Narayanan, Bista & Koshy, 2010).....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 7. Dix recommandations pour annoncer une mauvaise nouvelle (Takayasu & Hutson, 2004)</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 8. Récapitulatif des données sociodémographiques des participants.....</i>	<i>64</i>
<i>Tableau 9. Moyennes et écarts-types des différentes variables étudiées</i>	<i>64</i>
<i>Tableau 10. Moyennes et écarts-types de la variable SPIKES Competence Form.....</i>	<i>65</i>
<i>Tableau 11. Moyennes et écarts-types de la Variable BAS.....</i>	<i>66</i>
<i>Tableau 12. Moyennes et écarts-types de la variable HCAT</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 13. Moyennes et écarts-types des sous-échelles de la variable HCAT</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 14. Moyennes et écarts-types de la variable Satisfaction des acteurs.....</i>	<i>70</i>
<i>Tableau 15. Moyennes et écarts-types de la variable Stress ressenti.....</i>	<i>71</i>
<i>Tableau 16. Moyennes et écarts-types de la variable Compétence perçue</i>	<i>72</i>
<i>Tableau 17. Récapitulatif des données sociodémographiques des participants.....</i>	<i>75</i>
<i>Tableau 18. Moyennes et écarts-types de la variable HCAT.....</i>	<i>76</i>
<i>Tableau 19. Moyennes et écarts-types de la variable Satisfaction des acteurs.....</i>	<i>77</i>
<i>Tableau 20. Moyennes et écarts-types de la variable Stress Ressenti.....</i>	<i>78</i>
<i>Tableau 21. Moyennes et écarts-types de la variable Compétence perçue</i>	<i>79</i>

Liste des figures

<i>Figure 1. Les différents champs de la simulation en santé selon Chianara, G. (2007).....</i>	<i>44</i>
<i>Figure 2. Les différentes phases d'une simulation d'après Dickmann (2007).....</i>	<i>46</i>
<i>Figure 3 Déroulement général de l'étude</i>	<i>54</i>
<i>Figure 4. Formation des deux groupes randomisés.....</i>	<i>55</i>
<i>Figure 5. Organigramme représentant le nombre de participants à l'étude au Pré-test et au Post-test.....</i>	<i>62</i>

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais adresser mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin à l'élaboration de mon mémoire.

Je voudrais tout d'abord remercier particulièrement ma promotrice Madame A-S. Nyssen, Docteur en Sciences Psychologiques, pour ses précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion tout au long de ce projet.

J'aimerais également remercier ma co-promotrice, Madame I. Bragard, Docteur en Sciences Psychologiques et membre du Comité de Direction du Centre de Simulation Médicale Interdisciplinaire de Liège, pour son accompagnement, sa disponibilité et pour ses relectures minutieuses.

De plus, j'aimerais remercier Monsieur J-C. Servotte avec qui j'ai eu l'occasion de travailler en binôme. Ses conseils, son soutien et son aide m'ont particulièrement motivée tout au long du projet. En outre, je désire remercier R. Tubes, coordinatrice du Centre de Simulation Médicale Interdisciplinaire de Liège, qui m'a accordé sa confiance depuis le début et partagé son enthousiasme à travailler d'arrache-pied.

Un grand merci à ma maman pour son écoute, ses relectures efficaces et son soutien inconditionnel. De plus, j'aimerais exprimer ma reconnaissance envers ma famille et mes amis qui m'ont toujours épaulée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Introduction

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est l'une des tâches quotidiennes du médecin hospitalier et demande des capacités communicationnelles élevées (Chumpitazi, C. E. et al., 2016). Cette tâche est perçue comme étant l'une des responsabilités les plus difficiles en médecine qui peut être source de stress et dans des cas extrêmes, de fatigue et de burnout (Brown et al., 2009).

Depuis une vingtaine d'années, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est au centre de l'attention de la recherche en sciences humaines et de la santé, majoritairement en oncologie. Dans une discipline comme la médecine où les compétences techniques sont essentielles, l'enseignement de techniques communicationnelles n'est pas la priorité (Lamba, Tyrie, Bryczkowski, Nagurka, 2016). Pourtant, selon Contro, Larson et Scofield (2002), l'annonce d'une mauvaise nouvelle est fréquemment délivrée de manière inadéquate et est très souvent source d'anxiété pour les professionnels de la santé et pour le patient.

Au Département des Urgences, les médecins sont également amenés à annoncer des mauvaises nouvelles. Selon Toutin et al. (2016), c'est un endroit où la communication prend un aspect particulier. En effet, différents facteurs comme le contexte animé des Urgences, le manque d'endroits isolés où le médecin puisse s'entretenir avec le patient et/ou sa famille, le temps limité dont chaque médecin dispose avec le patient et la difficulté d'établir un diagnostic définitif sont des facteurs qui rendent la communication difficile.

Ce mémoire se penche sur l'impact d'une formation courte basée sur la simulation par jeux de rôles sur la manière d'annoncer une mauvaise nouvelle au sein des Urgences, en la comparant à l'enseignement traditionnel, le stage. L'objectif est de comparer cet impact en termes d'évolution des compétences communicationnelles, du sentiment de compétence et

d'une diminution du stress ressenti par le médecin lors de l'annonce de mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences, et de montrer une amélioration plus importante des compétences communicationnelles des jeunes médecins sur le terrain lors de consultations tout-venant aux Urgences.

Pour commencer, une revue de littérature sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle et la simulation sera présentée. Suivra la partie pratique comprenant la méthodologie et les résultats obtenus. Ensuite, une synthèse des résultats et une discussion générale clôtureront ce mémoire.

Revue de la littérature

Cette revue de la littérature va suivre deux fils conducteurs successifs : le premier se penchera sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le second se centrera sur la simulation.

Le premier chapitre débutera par une définition de l'annonce d'une mauvaise nouvelle avec ses spécificités dans le contexte du service des Urgences par rapport au département oncologique, pour ensuite traiter des souhaits des patients ou de leur famille concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ces souhaits sont étudiés sous deux angles : le contenu de la nouvelle et la manière de l'annoncer. Il étudiera ensuite les différents facteurs internes et externes qui peuvent influencer le médecin dans son annonce. Si cette annonce est donnée de façon inadéquate, elle peut entraîner des conséquences pour les patients, tant que pour les médecins. Ces conséquences seront abordées.

Pour venir en aide aux médecins, des guidelines, comme les protocoles SPIKES, BREAKS et SHARE ont été conçues. Pour terminer, ce chapitre se penchera sur les compétences à développer en tant que médecin et plus précisément, sur l'importance des compétences communicationnelles en lien avec l'annonce d'une mauvaise nouvelle, dans la formation des médecins. Pour améliorer ces compétences, de plus en plus de formations sur l'annonce de mauvaises nouvelles sont élaborées, mais elles ne sont pas encore suffisamment intégrées dans la formation de base des médecins.

Le chapitre suivant partira de l'historique de la simulation, développée d'abord dans le secteur non médical, puis étendu au secteur médical et continuera avec différentes définitions de la simulation allant de la plus générale à la plus précise. Ce chapitre permettra d'introduire les différents champs de la simulation en santé et de se pencher particulièrement sur la simulation avec un patient standardisé qui sera l'objet de ce travail. Ce chapitre se clôturera par les différents moments clés d'une simulation.

Chapitre 1 : l'annonce d'une mauvaise nouvelle

1. Définition d'une mauvaise nouvelle

Dans un contexte médical, une première définition d'une mauvaise nouvelle a été créée par Buckman en 1984. Il la définit comme étant « toute information significative qui a un impact négatif sur la perception qu'une personne a d'elle-même ou sur ses prévisions concernant son présent ou son futur » (Buckman, 1984). Quelques années plus tard, Ptacek et Eberhardt (1996) introduisent une autre dimension dans cette définition et ajoutent que cette information entraîne un déficit cognitif, comportemental ou émotionnel qui persiste un certain laps de temps chez la personne qui reçoit cette nouvelle.

1.1 *L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie*

L'annonce d'une mauvaise nouvelle a surtout été investiguée dans le domaine de l'oncologie, ceci pouvant s'expliquer par le fait que l'annonce d'une mauvaises nouvelles est une tâche clinique complexe et fréquente dans la pratique oncologique des médecins (Delevallez, Liénard, Gibon, & Razavi, 2014). L'annonce d'une mauvaise nouvelle est perçue comme un moment clé dans la relation entre le patient et l'oncologue. Selon Ptacek et Eberhardt (1996), l'annonce est un moment éprouvant pour le patient et il l'est d'autant plus que l'oncologue est inexpérimenté.

1.2. *L'annonce d'une mauvaise nouvelle dans le contexte des Urgences*

Dans la médecine d'urgence, l'annonce d'une mauvaise nouvelle fait également partie des tâches quotidiennes du médecin. Tout comme l'oncologue, le médecin urgentiste est amené à annoncer des décès, des altérations définitives de certaines fonctions, un pronostic vital engagé, une issue incertaine, etc., et ces nouvelles sont souvent soudaines et inattendues. Si l'on compare au contexte oncologique, des facteurs spécifiques s'ajoutent dans le domaine des Urgences.

Premièrement, le service des Urgences est un endroit où la communication prend un aspect particulier (Toutin et al., 2016). Son architecture ajoute des difficultés supplémentaires au médecin lors d'une annonce de mauvaise nouvelle. En effet, dans la plupart des services d'Urgence, il n'y a pas d'endroit particulier consacré aux entretiens en respectant une certaine intimité. Selon ces derniers auteurs, les résultats montrent que moins d'un tiers des médecins pensent délivrer une mauvaise nouvelle dans un endroit privé et adapté pour cela.

Deuxièmement, la communication peut s'avérer plus compliquée à cause du temps limité dont le médecin urgentiste dispose avec les patients et leurs familles. Le contexte agité des Urgences diminue la possibilité pour le médecin de passer des moments privilégiés avec les patients et leur entourage.

De plus, il est parfois difficile d'établir un diagnostic définitif car le diagnostic se base sur les premières évaluations au service des Urgences. Si le patient est amené à être hospitalisé, des évaluations complémentaires seront réalisées par un autre service afin de compléter le diagnostic préliminaire donné aux Urgences.

En outre, le médecin est amené à établir une relation de confiance avec la famille alors que celui-ci ne l'a jamais rencontrée avant la crise médicale (Toutin et al. 2016). Le Docteur Marianne Haughey (2000) l'illustre en exprimant son ressenti à la suite de l'annonce à des parents du décès de leur fils : « Nous ne nous connaissions pas du tout il y a quinze minutes et actuellement, j'ai partagé avec eux ce qui va probablement être l'un des moments décisifs de leur vie » (page 69).

A cela se rajoutent d'autres facteurs internes tels que des perturbations circadiennes et du stress lié à la gestion de situations imprévisibles pour les soignants (Toutin et al. 2016).

1.3. Les souhaits des patients

Depuis une vingtaine d'années, les chercheurs en sciences humaines et de la santé s'intéressent tout particulièrement à la technique pour annoncer une mauvaise nouvelle ainsi qu'aux souhaits des personnes impliquées lors de cette annonce. Widerman, en 2002, s'est intéressé aux souhaits des patients en termes de contenu, lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ce dernier a demandé à des patients souffrant de mucoviscidose ce qu'ils auraient voulu savoir au moment où ils ont reçu le diagnostic. L'auteur a relevé différents thèmes récurrents chez les participants (voir Tableau 1).

Leur espérance de vie	Les participants rapportent avoir voulu savoir directement quelle était leur espérance de vie.
L'impact de leur diagnostic	Les participants rapportent également l'envie de connaître l'impact d'un tel diagnostic, ce qu'ils peuvent encore envisager dans un futur proche ou lointain.
Les informations concernant leur maladie	Les participants veulent recevoir des informations concernant leur maladie.
Les actions à entreprendre	Presque l'entièreté des participants rapportent l'envie de savoir ce qu'ils doivent faire en connaissance de ce diagnostic et comment ils doivent se soigner.
Maintien d'une « vie normale »	Les participants sont également intéressés à savoir comment ils peuvent garder une « vie normale » malgré la maladie.

Tableau 1. Souhaits des patients (Widerman, 2002)

Ces différents thèmes concordent avec l'étude menée par Clayton et al. (2008) qui montre que la majorité des patients aimeraient recevoir des informations fiables et précises concernant leur diagnostic, les options de traitement et les conséquences possibles. Comprendre leur propre situation donne la possibilité aux patients d'être

mieux équipés afin de prendre une décision éclairée, d'avoir un plus grand sentiment de contrôle et d'être moins susceptibles de poursuivre un traitement inapproprié ou inefficace (Hancock et al. 2007, Campbell et al. 2010).

Ensuite, d'autres auteurs se sont plutôt intéressés aux souhaits des patients en termes de modalités de communication. En effet, en 1999, une étude aux Urgences a été menée par Jurkovich, Becky Pierce, Pananen & Rivara. Ils ont mené une recherche sur ce qui paraissait le plus important dans la manière d'annoncer la mauvaise nouvelle. Ainsi, les auteurs ont conçu et administré un sondage destiné aux membres de la famille d'un patient décédé au service des Urgences. L'enquête a été menée par téléphone et par email et les familles ont été contactées entre 2 et 6 mois après le décès du patient. Les membres de la famille devaient classer par ordre d'importance quatorze éléments qu'ils jugeaient comme importants lorsqu'un médecin annonçait une mauvaise nouvelle.

44 familles de patients décédés ont complété l'enquête. 72% des répondants ont évalué l'attitude de celui qui annonce la mauvaise nouvelle comme étant la caractéristique la plus importante. Ensuite, 65% des répondants ont évalué la clarté du message comme une caractéristique importante et 57% ont considéré la connaissance / l'habilité à répondre aux questions comme primordiales. La sympathie, la disponibilité pour répondre aux questions et l'endroit où se situe l'annonce ont été classés comme étant d'une importance intermédiaire. La caractéristique évaluée comme la moins importante est la tenue de celui qui annonce la mauvaise nouvelle. Les résultats ont également montré que le temps qu'un patient reste à l'hôpital ne corrèle pas avec comment les répondants se sentent par rapport à l'annonce de la mauvaise nouvelle. Il y avait en revanche une corrélation entre la façon dont les membres de la famille ont reçu l'information et communiqué avec le médecin, et leur opinion concernant les professionnels de la santé : si les membres de la famille étaient satisfaits de la communication établie avec le médecin, ils

avaient également une bonne opinion concernant les professionnels de la santé. À l'inverse, si ceux-ci pensaient ne pas avoir reçu l'information de manière appropriée, leur souvenir concernant les professionnels de la santé était négatif, même s'ils se sont très peu côtoyés.

Avec ces résultats, les auteurs ont conclu que l'attitude de celui qui annonce la mauvaise nouvelle combinée à la clarté du message, la confidentialité et la disponibilité pour répondre aux questions sont les aspects les plus importants à prendre en compte pour annoncer une mauvaise nouvelle aux Urgences. Un professionnel de la santé doit être capable de manifester de l'empathie à la famille et réaliser qu'il annonce une nouvelle qui va altérer la vie de la famille du patient.

Ces différentes études permettent de comprendre et de connaître les différents souhaits des patients en termes de contenu et de modalités de communication afin de donner aux médecins une idée de comment annoncer le mieux possible une mauvaise nouvelle.

1.4. Facteurs influençant l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Différents facteurs internes et externes influencent la manière dont un professionnel de la santé va annoncer une mauvaise nouvelle.

Premièrement, Bousquet et al. (2015) ont mis en évidence différents facteurs externes qui façonnent la rencontre entre le professionnel de la santé et le patient.

- **Facteurs systémiques et institutionnels** : Parmi ceux-ci, on peut compter le manque de temps du médecin, les barrières logistiques comme un manque d'endroits isolés pour annoncer une mauvaise nouvelle, un téléphone qui sonne sans cesse ou un manque de communication interne entre les professionnels de la santé. Ces différents facteurs peuvent rendre difficile pour le médecin d'annoncer une mauvaise nouvelle tout en étant à l'aise et disponible.
- **La famille** : Elle peut être un facilitateur ou une barrière lors d'une rencontre entre le médecin et le patient. Sa présence peut aider le patient à comprendre l'information et permet également, quelquefois, de soulever des questions importantes dans la prise en charge. A l'inverse, la famille peut également être un obstacle pour le médecin. Par exemple, la famille peut présenter des tensions familiales qui vont constituer un obstacle dans la relation entre le médecin et ses interlocuteurs.
- **Facteurs culturels** : Le concept d'autonomie du patient et du rôle de la famille influence les pratiques pour annoncer une mauvaise nouvelle. Dans les pays occidentaux, le devoir du médecin d'informer et le droit du patient à être informé sont des concepts clés dans la relation entre le médecin et son patient. Or, il arrive que dans d'autres cultures, la famille veuille cacher l'état médical du patient à celui-ci, ce qui crée des dilemmes éthiques pour le médecin. Par ailleurs, la relation avec le patient et sa famille va être influencée par la culture de celle-ci. La manière de les aborder ainsi que le rôle de chaque membre de la famille varie d'une culture à l'autre. Par exemple, dans la culture occidentale, il est de coutume que les médecins parlent d'abord au patient et ensuite à la famille. En Iran, par contre, l'annonce d'une mauvaise

nouvelle repose sur une approche paternaliste. Une étude menée par Tavakol, Murphy & Torabi (2008) nous explique que les médecins y protègent les patients concernant leur diagnostic et ne leur disent pas la gravité de la situation, de peur d'affecter la qualité de vie du patient gravement malade.

- **Le cadre légal (voir Tableau 2):** Pour résoudre le dilemme éthique possible qui pourrait influencer l'annonce, que ce soit en oncologie ou aux Urgences, les droits du patient doivent être respectés. A l'heure actuelle, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient stipule que les patients ont le droit de recevoir l'ensemble des informations le concernant afin qu'il puisse comprendre son diagnostic et son pronostic, dans une langue claire. Cependant, le patient a également le droit de décider de ne pas être informé de son propre état de santé. Les professionnels de la santé se posent aujourd'hui différentes questions éthiques par rapport à l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient puisqu'il a le droit d'être informé et de ne pas être informé simultanément. Les professionnels de la santé se demandent donc comment annoncer un état de santé sans nuire au patient et tout en lui permettant de prendre une décision éclairée (Berthelard, 2008).

Art. 7. § 1er. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire.

Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit. (Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations visées au § 1er par l'entremise de celle-ci. Le cas échéant, le praticien professionnel note, dans le dossier du patient, que les informations ont été communiquées, avec l'accord du patient, à la personne de confiance ou qu'elles ont été communiquées au patient en la présence de la personne de confiance, et il note l'identité de cette dernière. En outre, le patient

peut demander explicitement que les données susmentionnées soient inscrites dans le dossier du patient.)

§ 3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au § 2, alinéa 3. La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§ 4. Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1er au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée dont question au § 2, alinéa 3. Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le praticien professionnel doit les communiquer.

Tableau 2. Loi du 22 août 2002, droits du patient

Tout comme les facteurs externes, des facteurs internes vont également influencer la manière dont un médecin va annoncer une mauvaise nouvelle.

Premièrement, le ressenti et le stress des médecins sont des facteurs internes qui vont influencer l'annonce d'une mauvaise nouvelle, qu'elle soit simulée ou réelle. Une étude réalisée par Brown et al. (2009) a permis de déterminer les facteurs internes qui influencent les médecins lors d'une simulation d'annonce de mauvaise nouvelle. Cette étude a demandé la participation de 24 médecins dont 12 novices (stagiaires ou assistants) et 12 experts (médecins, oncologues, chirurgien avec plus de quatre ans d'expérience). Ils ont participé à des entretiens simulés dans lesquels ils devaient annoncer une mauvaise nouvelle. Les auteurs ont observé un lien entre le stress élevé du médecin et son inexpérience en termes d'annonce de mauvaise

nouvelle. Ils ont également mis en évidence que les moins bonnes performances en ce qui concerne les compétences communicationnelles étaient liées à des scores élevés d'épuisement professionnel et de fatigue. Meunier et al. (2013) ont également investigué les réactions des médecins lorsqu'ils annoncent une mauvaise nouvelle et en déduisent que ceux-ci peuvent ressentir de l'anxiété qui peut se marquer par des réactions émotionnelles et physiologiques (Meunier et al., 2013), un épuisement émotionnel ou même un burnout (Hulsman, 2013).

En effet, il n'est pas rare que des oncologues souffrent d'un syndrome de burnout. Les auteurs Blanchard, Truchot, & Albiges-Sauvin (2010) affirment que le syndrome de burnout est particulièrement présent chez le personnel dans le domaine de l'oncologie, ce qui porte un effet néfaste sur la relation entre le médecin et son patient. Les auteurs ont pu distinguer un épuisement émotionnel chez 26% des participants et un sentiment de dépersonnalisation chez 35% des participants. En outre, les résultats ont montré une prévalence d'épuisement professionnel de 44% chez les participants.

Une étude similaire a été menée par Eelen et al. (2014) en Belgique. Celle-ci révèle que la moitié des oncologistes expérimentés présentent un symptôme de *burnout*, le plus souvent une fatigue émotionnelle, avec un lien entre le temps passé avec les patient et le risque de burnout. Les auteurs ont montré qu'il y avait un niveau significatif de composantes reliées à l'épuisement chez les professionnels de la santé travaillant dans le domaine de l'oncologie. Ils en ont conclu que cela devrait avoir un effet sur la pratique quotidienne de ces professionnels de la santé.

De ce fait, il ne faut pas négliger les facteurs internes qui peuvent influencer l'annonce comme le ressenti, le stress et l'anxiété du médecin, l'épuisement professionnel et émotionnel, et la fatigue ressentie de celui-ci.

Face à un stress conséquent comme celui-ci, les médecins développent des mécanismes de défense. Ces derniers sont des mécanismes auto-protecteurs déclenchés par une charge affective et qui peut être comprise comme une forme de régulation des émotions (Gross & Thompson, 2007, cité dans De Vries et al., 2017). Différents types de mécanismes de défense sont supposés aider une personne à s'adapter et/ou à se protéger face à une situation stressante (De Vries et al., 2017). Selon ces mêmes auteurs, les médecins utilisent ces différents types de mécanismes de défense dans le but de réguler leurs émotions lorsque ceux-ci sont amenés à annoncer un diagnostic à des patients atteints d'un cancer avancé. L'utilisation de ces mécanismes de défense est étroitement liée avec les caractéristiques du patient et du médecin. De Vries et al. (2017) ont repris une classification des mécanismes de défense en partant des mécanismes de défense « immatures » (garder de la distance en distordant la réalité et/ou les émotions, être fermé à plus d'exploration) aux mécanismes de défenses « matures » (garder un contact avec ses propres sentiments et ceux des autres, être ouvert à plus d'exploration).

Ces résultats ont montré que les fonctions défensives étaient négativement corrélées à de l'alexithymie des médecins. Par ailleurs, plus un médecin rencontre des difficultés avec son propre processus émotionnel et moins il aura des mécanismes de défenses matures.

De ce fait, l'annonce d'une mauvaise nouvelle oblige tout type de professionnels de la santé à connaître et à garder à l'esprit l'ensemble des facteurs internes et externes qui pourraient influencer l'annonce. Le médecin doit nécessairement et constamment s'adapter à chaque patient et à chaque situation, et tout particulièrement lorsque l'annonce est mauvaise.

1.5. Conséquences d'une mauvaise annonce

Si la mauvaise nouvelle est mal annoncée, des sentiments de méfiance, de colère, de peur et de blâme sont des réactions courantes de la part du patient et/ou de son entourage (Toutin et al., 2016). Ceci engendre une insatisfaction de la part du patient et/ou de son entourage.

En effet, selon Toutin et al. (2016), il est impératif de prendre en compte l'importance des compétences communicationnelles, non seulement dans la pratique quotidienne de la médecine, mais aussi de prendre en compte les effets qu'a une communication effective avec le patient et/ou sa famille concernant une mauvaise nouvelle sur leur compréhension, leur satisfaction quant aux soins médicaux, leur niveau d'espoir et les effets psychologiques subséquents à l'annonce. D'après Jurkovich, Becky Pierce, Pananen & Rivara (1999), l'annonce d'une mauvaise nouvelle est un moment charnière dans la relation médecin-patient-famille ; c'est un moment qui devrait être une opportunité pour le médecin d'établir une relation satisfaisante avec les membres de la famille et de leur permettre de recevoir cette nouvelle de la façon la plus confortable possible. Si cette annonce ne se passe pas bien, cela peut devenir un événement troublant qui peut créer des souvenirs amers, autant pour la famille que pour le médecin.

1.6. Réactions des patients

Face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, les patients peuvent avoir des réactions très différentes. Ainsi, Widerman (2002) a exploré les réactions de 36 patients lorsqu'ils recevaient une mauvaise nouvelle dans le cadre du traitement de la mucoviscidose. Lors des entretiens, l'auteur a demandé aux participants de se souvenir du moment où ils ont reçu le diagnostic. Les participants ont rapporté des réponses émotionnelles très différentes lorsqu'ils ont appris leur diagnostic. Widerman a classé ces réponses en plusieurs catégories (voir Tableau 3) :

Etat de choc, tristesse ou dépression et peur	Ce ressenti était la réponse la plus commune face au diagnostic. De nombreux participants disent avoir pleuré lors de l'entretien et certains rapportent avoir été dévastés et traumatisés.
Colère	La colère était également une réponse fréquente lorsque ceux-ci ont appris le diagnostic. Certains d'entre eux se sentaient en colère contre leur médecin qui ne les avait pas directement bien diagnostiqués.
Soulagement	Certains participants ont rapporté avoir été soulagés d'apprendre le diagnostic, ce qui leur a permis de comprendre les symptômes qu'ils avaient et de pouvoir les cibler afin de pouvoir mettre en place des actions contre leur maladie.
Déni	Certains participants n'ont pas cru directement la véracité de leur diagnostic.
Confusion	Un certain nombre de participants rapportent également avoir été confus par leur diagnostic et ne comprennent pas le diagnostic.
Autres	D'autres participants ne rentraient pas dans ces catégories et rapportaient ne pas avoir été surpris, frustrés ou en colère.

Tableau 3. Les réactions du patient

Aux Urgences, d'après Kimo Takayesu et Hutson (2004), l'annonce d'une mauvaise nouvelle est une sorte de révélation qui provoque chez le patient et son entourage de nombreuses réactions auxquelles le médecin urgentiste se doit de répondre. Après l'annonce, les patients et les membres de la famille peuvent réagir de manière imprédictible, et quelquefois, de manière violente et brusque (Iserson, 2000). Face à de telles nouvelles, le patient et la famille peuvent ressentir un sentiment d'abandon, de solitude et de perte de contrôle (Toutin et al., 2016). D'après Sun et al. (2000), après l'annonce d'une mauvaise nouvelle, beaucoup de patients

et/ou leurs familles garderont toujours un souvenir fort du moment où le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle. Un passage au service des Urgences peut être une expérience accablante pour le patient et les membres de sa famille, surtout lorsque la vie du patient est en jeu.

1.7. Réactions des médecins

Les patients éprouvent diverses réactions face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Face à un événement indésirable comme celui-ci, les médecins réagissent aussi de différentes manières. En effet, annoncer une mauvaise nouvelle aux patients et/ou à sa famille peut être vécu comme un événement stressant pour le médecin. Cet événement indésirable peut avoir un impact négatif sur son bien-être. Lorsque c'est le cas, le médecin peut être considéré comme étant une « deuxième victime » du préjudice du patient. Une étude récente (Nyssen, Lamy & Blavier, 2018) s'est intéressée à l'impact d'événements indésirables sur le bien-être mental et physique d'anesthésistes en Belgique. Contrairement à d'autres études qui utilisent des questionnaires ou des entretiens dans le but d'obtenir des informations sur les aspects émotionnels des participants et qui sont donc sujettes à des biais de rappel, cette présente étude examine les impacts des événements indésirables juste après leur apparition. Les résultats mettent en évidence un impact émotionnel après un événement indésirable. Les impacts émotionnels les plus cités sont le sentiment de colère, la remise en question, des pensées intrusives et le sentiment de culpabilité.

1.8. Les guidelines

L'annonce d'une mauvaise nouvelle étant une source d'anxiété pour les médecins et une source d'insatisfaction pour les patients et/ou leur entourage, des guidelines ont été créées surtout pour le département oncologique. Les guidelines pour annoncer une mauvaise nouvelle dans le département des Urgences sont très limitées et souvent liées à des annonces de décès, ne prenant pas en compte d'autres types d'annonces (Shoenberger, Yeghiazarian, Rios & Henderson, 2013). Ces modèles ont pour objectif d'aider les professionnels de la santé à structurer leur annonce et assurer que ceux-ci respectent des principes et des étapes qui sont primordiales dans l'annonce. Afin de comprendre les similarités et les différences entre les

protocoles existants, les protocoles SPIKES (Baile et al., 2000), BREAKS (Narayanan, Bista, & Koshy, 2010) et SHARE (Tang et al. 2014) sont détaillés ci-dessous.

Commençons par le protocole le plus utilisé pour annoncer une mauvaise nouvelle dans le contexte non-urgent : le protocole SPIKES conçu par Baile et al. au début des années 2000. Celui-ci a un avantage non négligeable car il pourrait être adapté comme un outil pratique dans le contexte des Urgences selon certains auteurs (Takayesu & Hutson, 2004). Le protocole SPIKES consiste en 6 étapes (voir tableau 4) qui permettent aux médecins de remplir les objectifs les plus importants lors d'une entrevue pour annoncer une mauvaise nouvelle : informer le patient, transmettre de l'information médicale, susciter la collaboration du patient dans l'élaboration d'une stratégie ou d'un plan de traitement dans le futur.

<i>S – Setting up the Interview</i> (Situation), - Mettre en place l'entretien	▪ Arranger l'endroit pour un peu d'intimité ; ▪ Impliquer d'autres personnes importantes ; ▪ S'asseoir et faire asseoir le patient et sa famille ; ▪ Faire une connexion avec le patient ; - Gérer les contraintes de temps et les interruptions
<i>P – Perception</i> (Perception) - Evaluer la perception qu'a le patient de sa situation médicale	▪ Poser des questions afin de créer une image précise sur comment le patient perçoit la situation médicale.
<i>I – Invitation</i> (Invitation) - Obtenir l'invitation des patients	▪ Evaluer quel degré d'informations le patient souhaite obtenir.
<i>K – Knowledge</i> (Connaissance) - Amener de l'information et de la connaissance au patient.	▪ Introduire l'annonce d'une mauvaise nouvelle en utilisant un vocabulaire à la portée du patient.

E – <i>Emotions</i> (Emotions) - S'adresser aux émotions du patient avec des réponses empathiques	▪ Identifier les émotions et leur source (émotion de l'autre et ses propres émotions).
S – <i>Strategy and Summary</i> (Stratégie et Synthèse)	▪ Evaluer la compréhension du patient ▪ S'assurer du suivi ▪ Ecrire un résumé de l'entretien dans le dossier médical ▪ S'autoévaluer et se remettre en question

Tableau 4. Les 6 étapes du protocole SPIKES (Baile et al., 2000)

Depuis que ce protocole a été publié, celui-ci a été largement utilisé dans les pays occidentaux et a démontré son efficacité aux Etats-Unis et en Europe (Narayanan, Bista et Koshy, 2010).

Ces quinze dernières années, le protocole SPIKES a été largement enseigné dans les pays occidentaux et des études en tous genres ont été menées autour de celui-ci. Par exemple, Toutin et al. (2016) ont comparé la perception de la famille concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle avec la perception que le médecin avait de sa propre entrevue. Cette recherche a été la première étude à faire une analyse comparative de la perception des médecins avec celle de ceux à qui on annonce une mauvaise nouvelle. Les participants à cette étude étaient des étudiants en deuxième année de médecine interne et des assistants en première année de médecine interne, neurologie, dermatologie, psychiatrie et maladies infectieuses. L'ensemble des participants ont donné leur consentement libre et éclairé.

Tout d'abord, les participants ont communiqué au patient et/ou à sa famille la mauvaise nouvelle, de façon individuelle et sans la présence d'un médecin plus expérimenté. Juste après l'annonce, les médecins participants étaient invités à remplir un questionnaire d'auto-évaluation. Ensuite, le médecin et celui qui a reçu la mauvaise nouvelle reçoivent un questionnaire basé sur le protocole SPIKES

comprenant dix-sept items (seize questions et une échelle de Likert reprenant la satisfaction de 0 à 5) pour évaluer la perception du médecin et de la personne à qui celui-ci a annoncé la mauvaise nouvelle. Les résultats de l'étude ont montré qu'il y avait un faible niveau de concordance entre la perception des médecins et des patients et/ou de leurs familles lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au sein des Urgences. Ces résultats sont en accord avec des études ultérieures menées par Hall, Stein, Roter & Rieser (1999) qui démontrent une discordance entre la perception des patients avec la perception du médecin sur la qualité de la communication et la satisfaction de celui-ci.

Les résultats de l'étude menée par Toutin et al. (2016) montrent que l'étape « Connaissance / Knowledge » n'est presque jamais manquée par les médecins. Les auteurs en ont conclu que les médecins étaient attachés à donner des informations claires sans utiliser trop de jargon médical, à évaluer la compréhension de celui qui reçoit l'annonce et clarifier les doutes et les questions de celui-ci.

Néanmoins, l'étape « Emotions » est celle où il y a le plus d'écart entre les réponses. L'ensemble de ces résultats suggère que les compétences non-techniques impliquant les émotions de la personne qui reçoit une annonce ont des aspects complexes dans la communication, cela étant une épreuve plus difficile pour les médecins comparé à leurs compétences techniques. Ainsi, lors d'un assistantat de médecine, les médecins sont plus équipés pour donner des bons soins d'un point de vue technique mais sont moins aptes dans d'autres aspects des soins comme une communication effective (Girgis, Sanson-Fisher, Schofield, 1999).

Concernant l'étape « Invitation » où il est conseillé aux médecins de demander au patient s'il souhaite connaître son diagnostic / traitement ou non, les auteurs ont mis en évidence un écart entre les perceptions des médecins et de la personne qui reçoit la nouvelle. Les résultats montrent qu'une minorité de médecins demandent au

patient s'il souhaite connaître son diagnostic/ traitement. Ceci est en accord avec la littérature ultérieure où les auteurs Hall et al. (1999) ont montré que les médecins veulent remplir leurs obligations morales et légales en annonçant un diagnostic ou un traitement et ont tendance à négliger les souhaits des patients et leurs intérêts à connaître l'ensemble de l'information. A l'inverse, les résultats montrent que les patients pensent que les médecins leur ont demandé l'autorisation. Par conséquent, les auteurs ont mis en évidence un écart de perception pour cette étape. Les auteurs interprètent ces résultats de la manière suivante: même si les médecins n'ont pas explicitement demandé leur autorisation, ceci a été fait de manière implicite.

Le protocole SPIKES a été utilisé comme référence pour la création des questionnaires soumis aux patient et aux médecins. Cette dernière étude montre qu'il y a une discordance entre la perception du médecin et la perception du patient concernant la qualité de la communication. Comme montré précédemment, ce protocole a été beaucoup utilisé et étudié. Toutefois, celui-ci a été remis en question récemment par Dean et Willis (2016) qui ont réexaminé la validité du protocole SPIKES.

Premièrement, les auteurs soulignent que la majorité des études portant sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle se concentrent sur l'annonce d'un cancer. Or, compte tenu du nombre d'autres diagnostics impliquant des problèmes de santé à long terme (troubles respiratoires, cardiaques ou neurologiques, par exemple), il faudrait déterminer s'il existe des différences pour annoncer en fonction du diagnostic du patient.

Deuxièmement, ils rapportent que ce protocole est conçu pour annoncer en une seule entrevue où le médecin informe le patient. Seifart et al. 2014 (cités par Dean & Willis, 2014) rapportent que la moitié des participants de leur étude préféraient avoir une deuxième entrevue avec le médecin pour que celui-ci leur annonce. Ils se sentaient

ainsi plus aptes à prendre une décision concernant leur traitement. Cela sous-entend également que l'annonce d'une mauvaise nouvelle ne se résume pas à une seule entrevue reprenant une série d'interactions entre le médecin et le bénéficiaire de santé. Ce serait un processus de soins beaucoup plus large.

Ensuite, il est également intéressant de se demander si on peut considérer qu'il est favorable de diviser cette tâche clinique en plusieurs étapes et se demander si l'utilisation d'un moyen mnémotechnique pour annoncer ne va pas plutôt briser la relation entre le médecin et le patient. Il est donc bénéfique de faire attention à la relation entre le médecin et son patient.

Finalement, selon les auteurs, le protocole SPIKES est un protocole qui a bien aidé les professionnels dans leur pratique mais il est intéressant de faire quelques adaptations afin de correspondre plus amplement à la relation clinique, aux préférences des patients et aux besoins des professionnels.

Comme Dean et Willis (2016) l'ont mentionné, le protocole SPIKES est conçu spécifiquement pour la culture occidentale. Des auteurs Tang et al. (2016) ont ainsi adapté ce protocole en un protocole spécialement adapté à la culture asiatique (voir tableau 5). En effet, le protocole SPIKES (voir tableau 4) se centre sur l'autonomie du patient comme dans la culture occidentale alors que le SHARE se centre plutôt vers le patient et sa famille (voir tableau 5).

S – <i>Supportive environment</i> (Milieu favorable)	• Amener un environnement confortable pour le patient et sa famille
H – <i>How to deliver bad news</i> (Comment annoncer une mauvaise nouvelle)	• Annoncer une mauvaise nouvelle à un patient et à sa famille
A – <i>Additional information</i> (informations additionnelles)	• Autres informations complémentaires
R – <i>Reassurance</i> (Rassurer)	• Rassurer le patient et sa famille
E – <i>Emotional support</i> (Soutien émotionnel)	• Amener un soutien émotionnel au patient et à sa famille

Tableau 5. Protocole SHARE (Tang et al., 2016)

Il existe d'autres protocoles que le protocole SPIKES ou des adaptations pour annoncer une mauvaise nouvelle.

En guise d'exemple, le protocole BREAKS a été conçu par Narayanan, Bista et Koshy en 2010 afin d'aider également les médecins à annoncer une mauvaise nouvelle de manière structurée. Tout comme le protocole SPIKES, le BREAKS est composé de six étapes importantes reprises dans le tableau ci-dessous (tableau 6).

B – <i>Background</i> (contexte)	• Préparer le terrain pour annoncer la mauvaise nouvelle • Connaissance approfondie du problème du patient • Préparer l'ensemble des questions possibles
R – <i>Rapport</i> (établir un rapport avec le patient)	• Etablir un bon rapport avec le patient
E – <i>Explore</i> (Explorer)	• Explorer le vécu et le ressenti du patient
A – <i>Announce</i> (Annoncer)	• Annoncer la mauvaise nouvelle en termes simples

K – <i>Kindling</i> (Susciter)	• Les réactions face au diagnostic sont toutes différentes, il faut laisser la possibilité au patient d'exprimer ses émotions comme il le souhaite • Faire en sorte d'être sûr que le patient ait bien compris son diagnostic
S – <i>Summarize</i> (Résumer).	• Résumer la séance et les préoccupations du patient

Tableau 6. Protocole BREAKS (Narayanan, Bista & Koshy, 2010)

Ces trois protocoles ont été développés pour des oncologues qui ont, généralement, déjà eu un premier contact avec leur patient et qui ont l'occasion de réfléchir à comment ils vont annoncer la mauvaise nouvelle au préalable. Il s'agit donc de contextes non-urgents. L'annonce d'une mauvaise nouvelle au département des Urgences a une dimension différente car le médecin n'a généralement pas eu de contact avec le patient auparavant et doit annoncer des mauvaises nouvelles qui sont souvent soudaines et inattendues.

Par conséquent, dans le but d'étudier particulièrement le contexte des Urgences, Takayesy & Hutson (2004) ont répertorié trente-cinq articles scientifiques concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle (voir tableau 7) et se sont intéressés plus spécifiquement aux annonces faites dans le contexte des Urgences. Vu la prédominance des articles concernant l'oncologie plutôt que le domaine spécifique des Urgences, certains contenus d'articles non-orientés vers le domaine des urgences ont été inclus dans leurs recommandations en fonction de leurs pertinences. En reprenant la littérature de ces trente-cinq articles, les auteurs ont écrit dix recommandations pour annoncer une mauvaise nouvelle dans le service des Urgences.

1. <i>Trouver un endroit isolé et accorder du temps à l'annonce d'une mauvaise nouvelle</i>	Le médecin urgentiste doit trouver un endroit privé et confidentiel pour annoncer le diagnostic d'un patient. Selon Iserson (1999), dans un endroit très agité comme les Urgences, trouver un endroit isolé, baisser le ton de sa voix et fermer un rideau permet de donner un peu plus d'intimité au patient et à sa famille.
2. <i>Préparer le patient à la nouvelle</i>	Commencer par une introduction en présentant que le diagnostic ne va pas être facile à entendre permet d'avertir les patients quant à la gravité de leur diagnostic et permet de les aider à se préparer pour celui-ci (Iserson, 1999).
3. <i>Ne pas faire d'euphémismes, parler clairement et directement avec le patient</i>	Lorsqu'un diagnostic est certain, le médecin urgentiste peut utiliser des mots tels que « cancer », ou « tumeur », etc. et parler clairement au patient en utilisant un langage approprié et qui exprime la gravité de l'état du patient. Selon Ellis & Tattersall (1999), utiliser un langage clair et direct permet au patient de mieux comprendre son diagnostic et ainsi, de prendre une décision éclairée.
4. <i>Evaluer la compréhension du diagnostic par le patient</i>	Lorsqu'un médecin annonce une mauvaise nouvelle, les patients et leurs familles ne comprennent en général pas l'entièreté de l'information donnée par le médecin et ne comprennent que les informations élémentaires. Selon Wooley, Stein, Forrest & Baum (1989), les patients ou leurs familles peuvent ne pas comprendre l'ensemble des informations et peuvent seulement se rappeler des expressions telles que « cancer » ou « tumeur ». Ainsi, demander aux patients ou à la

	famille s'ils ont compris et leur demander ce qu'ils ont compris à ce stade lors de l'entretien est bénéfique. Cela permet au médecin de vérifier le rythme de la discussion et permet de voir si le patient ou sa famille a compris la gravité de la maladie avant de quitter le service des Urgences.
<i>5. Montrer de l'empathie et instaurer de la confiance, quelle que soit la réaction du patient ou de la famille</i>	Selon Wooley, Stein, Forrest & Baum (1989), il est important que le médecin établisse un contact visuel continu au cours de l'entretien afin de renforcer le sentiment de confiance. Lorsque le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle, celui-ci doit se tenir prêt à soutenir émotionnellement le patient et/ou sa famille.
<i>6. Donner un cadre de temps (tout en restant réaliste) pour l'attente au sein du Département des Urgences</i>	Une étude menée par Thompson, Yarnold, Williams, D. R., Adams, S.L. (1996) a déterminé les effets du temps réel d'attente, de la perception du temps d'attente et de la façon dont l'information a été transmise sur la satisfaction du patient. Les résultats de cette étude montrent que la perception du temps d'attente et la manière dont l'information a été transmise prédisent la satisfaction du patient. Cependant, le temps d'attente réel ne prédit pas la satisfaction de celui-ci. Ainsi, fournir de l'information claire tout en faisant attention à la qualité de la communication serait une stratégie efficace pour améliorer la satisfaction du patient. Prévenir les patients du temps possible d'attente aux Urgences au vu des ressources limitées et de la demande imprévisible permettrait aux patients de ne pas se sentir délaissé si un autre patient est pris en charge plus rapidement.

7. <i>Proposer de l'aide de la part d'autres services d'aide et de soutien</i>	Après que le médecin a annoncé la mauvaise nouvelle au patient et/ou à la famille du patient, il peut proposer à ceux-ci de rencontrer d'autres membres de l'équipe de soins de santé afin que ceux-ci puissent répondre à des préoccupations médicales ou non médicales.
8. <i>Se concentrer sur les objectifs réalistes lorsque le patient est au Département des Urgences</i>	Expliciter au patient et/ou à la famille les différentes étapes dans la prise en charge de celui-ci permettent au patient de comprendre sa prise en charge et surtout, de répondre à certaines préoccupations. Si un médecin urgentiste prend le temps d'expliquer au patient les différentes étapes et que des tests supplémentaires seront effectués au moment le plus opportun, celui-ci peut déjà répondre à certaines de ces préoccupations.
9. <i>Divulguer la progression de la maladie terminale connue et de ses complications en rapport avec la plainte principale</i>	Lorsqu'une maladie potentiellement mortelle a déjà été diagnostiquée et déjà prise en charge, les médecins peuvent divulguer plus de détails spécifiques par rapport à celle-ci au patient. Ainsi, divulguer des complications primaires de la maladie potentiellement mortelle qui est déjà connue peut être plus facile à entendre que pour le patient qui n'est pas encore au courant de sa maladie.
10. <i>Remplir le dossier médical afin que celui-ci soit complet.</i>	Selon la gravité de la situation, le diagnostic et le pronostic ont été discutés au sein du service des Urgences. Le médecin urgentiste doit noter les informations qui ont été divulguées au patient et les différentes préoccupations par rapport à la maladie.

Tableau 7. Dix recommandations pour annoncer une mauvaise nouvelle (Takayesu & Hutson, 2004)

Ces dix recommandations sont fournies par Takayesu & Hutson (2004) et les médecins des Urgences sont invités à les utiliser afin de faciliter l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Celles-ci peuvent être mises en parallèle avec le protocole SPIKES de Baile et al. La première recommandation concernant l'importance de trouver un endroit isolé et d'accorder du temps à l'annonce de la mauvaise nouvelle pourrait entrer dans la première étape « *Setting up the interview* » décrite par Baile. Dans les deux recommandations, les auteurs accordent de l'importance de trouver un endroit isolé et de l'arranger afin d'avoir un espace isolé et permettant de l'intimité entre les interlocuteurs.

Par ailleurs, d'autres recommandations sont en accord avec les étapes du SPIKES. En effet, la quatrième recommandation porte sur l'empathie et sur l'importance d'instaurer de la confiance, quelle que soit la réaction du patient ou de la famille. Ce conseil pourrait également être mis en lien avec la cinquième étape du protocole SPIKES « *Emotion* », qui met en avant l'importance d'identifier les émotions et leurs sources ainsi que de s'adresser aux émotions du patient avec des réponses empathiques au patient et/ou à la famille.

Pour clôturer l'entretien, les auteurs s'accordent sur l'importance d'évoquer quelle sera la suite pour le patient et d'assurer le suivi de celui-ci. La neuvième et la dixième recommandation qui s'intéressent au suivi du traitement du patient et à l'écriture du dossier médical peuvent être mises en parallèles avec la dernière étape du protocole SPIKES « *Strategy & Summary* ».

Cette mise en parallèle montre qu'il y a de nombreux points en communs entre le protocole SPIKES développé dans un contexte non-urgent et les dix recommandations développées dans un contexte urgent. Ces deux théories s'entrecoupent et peuvent être complémentaires.

1.9. Les compétences nécessaires pour annoncer une mauvaise nouvelle

Pour annoncer une mauvaise nouvelle, le médecin peut s'aider en suivant des guidelines ou des protocoles comme décrit précédemment. Malheureusement, le suivi strict d'un protocole ne peut pas toujours répondre aux besoins de la situation. Dès lors, le médecin doit également développer des compétences plus générales comme des aptitudes communicationnelles, parallèlement à d'autres compétences indispensables dans sa pratique professionnelle.

Afin de mettre en évidence l'importance des différentes compétences à développer dans les formations des professionnels de la santé, l'association « Accreditation Council for Graduate Medical Education [ACGME] » a défini six compétences principales à prendre en compte dans une formation de médecine :

1. Apprentissage basé sur la pratique
2. Soins du patient et compétences procédurales
3. Connaissances médicales
4. Professionnalisme
5. Connaissance des systèmes de soins de santé
6. Aptitudes communicationnelles

Différentes étapes clés sont définies au sein de ces six compétences et devraient être maîtrisées par le médecin en formation. L'annonce d'une mauvaise nouvelle fait partie intégrante des aptitudes communicationnelles nécessaires pour les médecins. Les aptitudes communicationnelles sont décrites comme étant l'une des compétences pour engager une relation efficace avec le patient ou la famille et permettant d'élaborer une collaboration entre les patients, leurs familles et les professionnels de la santé. Selon l'ACGME, les professionnels de la santé doivent pouvoir :

- Communiquer de manière efficace avec les patients, la famille et le public ;
- Communiquer de manière efficace avec leurs confrères (médecins, autres professionnels de la santé et organismes liés à la santé) ;
- Travailler efficacement en tant que membre ou dirigeant d'une équipe de soins de santé ou d'un autre groupe professionnel ;
- Maintenir les dossiers médicaux complets, opportuns et lisibles, s'il y a lieu.

Selon certains médecins, les compétences communicationnelles sont « absolument critiques » et devraient être considérées de façon tout aussi importante que les compétences techniques (Chandawarkar, Ruscher & Krajewski, 2011, cités par Lamba, Tyrie, Bryczkowski & Nagurka, 2016).

Selon Richard, Lussier, Galarneau & Jamouille (2010), la communication professionnelle dans le contexte médical se définit comme « un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public ». Selon les mêmes auteurs, elle peut prendre deux fonctions : l'échange d'information et le développement d'une relation. Afin que celle-ci soit optimale et réussie, ils présupposent qu'une coopération s'est développée entre les deux interlocuteurs. La maîtrise des compétences communicationnelles repose sur trois capacités :

1. la capacité à utiliser un répertoire de comportements communicationnels appropriés ;
2. la capacité d'adaptation en fonction des différentes situations et des différents interlocuteurs ;
3. la capacité à atteindre ses buts professionnels et relationnels tout en prenant en compte les buts et les besoins du patient ou de l'interlocuteur.

1.10. Les formations actuelles

Traditionnellement, les compétences communicationnelles pour annoncer une mauvaise nouvelle sont acquises par observation des collègues ou par essais et erreurs. Selon Van Rooyen, Laing et Kotze (2005), les médecins stagiaires ne se sentent pas suffisamment formés à annoncer une mauvaise nouvelle. Ceux-ci rapportent un sentiment de malaise pour introduire ce type de conversation avec le patient, spécialement lorsqu'il s'agit de patients en fin de vie et comme Larson et Tobin (2000) le suggèrent : « *The emotional and time demands of such conversations must be acknowledged and addressed in clinical training and practice* ».

De l'autre côté de l'Atlantique, les formations des médecins n'axent pas non plus leurs cursus sur l'annonce d'un décès. En effet, d'après Dickinson et Field (2000), la plupart des écoles de médecine américaines incluent dans leur cursus des cours relatifs à la mort mais il manque encore des cours spécifiques sur l'annonce d'un décès. Les enjeux concernant la période de fin de vie ne jouent pas un rôle significatif au sein du cursus des étudiants en médecine aux Etats-Unis.

Pourtant, même les doyens des universités s'accordent sur l'importance d'une formation sur l'annonce d'une fin de vie. Au début des années 2000, une enquête téléphonique a été réalisée par l'équipe de Sullivan et al. (2004) et a eu pour but d'évaluer l'importance de l'enseignement autour de la question de la fin de vie d'un patient par les doyens des écoles de médecine. Sur les doyens ayant répondu à l'enquête, Sullivan (2004) a montré que 84% des participants sont d'accord sur l'importance majeure de l'enseignement autour des soins de fin de vie et 67% ont également indiqué que le cursus actuel n'accorde pas assez de temps autour de ce sujet.

Par ailleurs, la demande de formations plus poussées est bien réelle et est également présente chez les étudiants. Une étude (Buss, Marx & Sulmasy, 1998) réalisée à l'Université de Georgetown et à l'Ecole Médicale Mayo s'est portée sur les cours concernant la fin de vie d'un patient et sur leur efficacité et pertinence. Les étudiants en 4^{ème} année de médecine ont été invités à participer à l'enquête et celle-ci a démontré que seulement 41% des étudiants considéraient l'enseignement qu'ils ont reçu concernant la fin de vie d'un patient était adéquat, 27% d'entre eux avaient discuté des problèmes de fin de vie avec un patient et 80% étaient en faveur d'une éducation plus poussée sur les questions de fin de vie d'un patient.

Toutefois, des formations sur les compétences communicationnelles ont été créées et leurs impacts ont été étudiés parallèlement. Par exemple, Fujimori et al. (2014) se sont intéressés aux effets d'une formation sur les compétences communicationnelles des oncologues. Cette étude a rassemblé trente oncologues répartis en deux groupes : un groupe contrôle qui ne reçoit pas la formation et un groupe expérimental qui reçoit la formation. Les compétences communicationnelles de ceux-ci ont été évaluées au cours d'une consultation simulée ainsi que leur assurance concernant leur communication. De plus, un total de 1192 patients ont rempli une échelle portant sur leur anxiété, leur satisfaction de la consultation et leur confiance quant à leur oncologue suite à la consultation. Les résultats montrent que les compétences communicationnelles des oncologues faisant partie du groupe expérimental se sont significativement améliorées en termes de soutien émotionnel, de mise en place d'un contexte favorable à la communication et de capacité à fournir des informations, comparé aux participants faisant partie du groupe contrôle. Concernant l'assurance de l'oncologue, ceux faisant partie du groupe expérimental ont eu de meilleurs scores comparés aux membres du groupe contrôle. En outre, les patients qui ont eu une consultation avec un oncologue après que celui-ci ait eu la formation ont rapporté qu'ils étaient significativement moins déprimés que ceux qui ont consulté un oncologue n'ayant pas eu la formation. En guise de conclusion de

cette étude, les auteurs ont eu l'occasion de démontrer l'efficacité d'un programme basé sur les compétences communicationnelles pour les oncologues et leurs patients atteints de cancer.

Des formations sur les compétences communicationnelles peuvent être diverses et peuvent utiliser des médiateurs pédagogiques variés comme l'utilisation d'un patient standardisé. Chumpitazi et al. (2016) se sont intéressés à la création et l'évaluation d'une formation sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle incluant de la simulation avec un patient standardisé. L'échantillon est constitué de quatorze assistants aux Urgences pédiatriques. En premier lieu, les auteurs ont récolté les données démographiques des participants, leur expérience antérieure dans la simulation et dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Pour la simulation avec le patient standardisé, trois scénarios ont été développés autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ensuite, les instructeurs regardaient les vidéos des simulations, tandis que les assistants interagissaient individuellement avec les patients standardisés et participaient juste après à un débriefing. La formation utilisant les patients standardisés a été appréciée par les assistants et en guise de feedback, ils ont dit que celle-ci leur avait permis d'améliorer leurs compétences et leur confort lors d'une annonce. Cette formation leur a permis de prendre du recul quant à leurs compétences communicationnelles grâce au point de vue des patients ou de leurs parents et également par les observations des instructeurs. Les auteurs mettent en évidence l'importance d'utiliser des méthodologies semblables lors de la création de formations de ce type. Cette étude a malheureusement quelques limitations comme l'absence d'un groupe contrôle, pas de grilles standardisées pour évaluer la performance des médecins. Par ailleurs, cette étude montre les effets à court terme de la formation et ne prend pas en compte les possibles effets à long terme.

Les formations peuvent également varier en durée. Une étude récente en Belgique (Delevallez, Liénard, Gibon, Razavi, 2014) a étudié l'impact d'une formation intensive de 30 heures sur un modèle de l'annonce d'une mauvaise nouvelle découpé en trois phases : une phase de pré-annonce, une phase d'annonce et une phase de post annonce. La formation était constituée de jeux de rôles entre pairs, une autre modalité de simulation que les patients standardisés expliqués dans le chapitre suivant. Les résultats ont montré un impact de la formation sur les stratégies de communication utilisées, l'inclusion du proche dans la consultation d'annonce et l'activation physiologique des médecins. Une formation intensive à l'annonce d'une mauvaise nouvelle et aux compétences communicationnelles est donc prônée.

Dans le domaine oncologique, Merckaert, Libert et Razavi (2005) font remarquer qu'il est important d'axer sur certaines conditions afin d'établir un programme de formation à la communication efficace : être centré sur l'apprenant, et être axé sur la pratique et sur les compétences. Il est également important d'organiser des petits groupes de participants avec un maximum de 6 participants et la formation doit durer au moins 20 heures.

Malheureusement, étant donné les horaires réduits de certains professionnels ou des futurs professionnels qui ne sont de passage que pour une durée d'un mois dans chaque service, ces programmes de formation ne sont généralement pas adaptés. De plus, ces formations ont été développées dans le cadre d'une annonce de mauvaise nouvelle dans le domaine de l'oncologie qui est un milieu dit « non-urgent » et ne sont donc pas directement applicables aux Urgences. Celles-ci doivent être adaptées au domaine des Urgences.

En effet, très peu d'études se sont intéressées à l'impact d'une formation sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans le domaine spécifique des Urgences. Les seules études traitant ce sujet sont caractérisées par l'absence d'un groupe contrôle,

ceci ne permettant pas de mettre en évidence l'impact réel d'une formation sur les compétences communicationnelles. Un exemple d'étude sans groupe contrôle est l'étude de Benenson et Pollack (2003). Ils ont évalué les compétences d'annonce de décès des médecins urgentistes par observation directe de ceux-ci. Il s'agit d'une étude prospective et observationnelle. Les médecins urgentistes ont reçu une formation standardisée comprenant une séance de 60 minutes de présentation théorique et didactique, accompagnée de 10 minutes de simulation où les participants sont amenés à annoncer un décès. La partie théorique était constituée des réactions normales et anormales face au deuil, les facteurs de risques d'un deuil prolongé, les facteurs culturels et comment annoncer un décès. Le scénario de la simulation concernait la mort soudaine d'un homme. Les participants étaient amenés à annoncer le décès à sa femme. Ensuite, ceux-ci ont été observés directement sur le terrain afin d'être évalués par deux évaluateurs formés. Selon ces mêmes auteurs, l'annonce d'un décès est une compétence évaluable et les médecins urgentistes ayant reçu la formation ont de bonnes performances dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle lorsqu'ils sont observés directement et évalués. Ils arrivent également à la conclusion que les médecins ayant plus d'expérience ont tendance à être performants dans l'annonce d'un décès. Cependant, comme nous venons de l'indiquer, cette étude ne comporte pas de groupe contrôle, de sorte que, finalement, les études portant sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans le contexte spécifique des Urgences restent limitées.

1.11. Résumé du chapitre 1

D'abord, ce premier chapitre a commencé par la définition d'une mauvaise nouvelle, ce qui a introduit les spécificités de l'annonce d'une mauvaise nouvelle au sein du service d'oncologie et au sein du service des Urgences. Le service des Urgences se démarque par son architecture caractérisée par un manque d'endroit isolé, un temps limité avec les patients et leur famille, une difficulté pour le médecin d'établir un diagnostic définitif sur base des premières évaluations établies par les urgentistes et la difficulté à établir une relation de confiance avec le patient et la famille sachant que le médecin urgentiste ne les a jamais rencontrés avant la crise médicale.

Ensuite, les souhaits des patients en termes de contenu et de modalités de communication pour annoncer une mauvaise nouvelle ont été évoqués. Nous en retenons que les patients veulent recevoir des informations précises et fiables afin d'être informés de la gravité de la situation, de l'impact de leur diagnostic sur le maintien d'une « vie normale » et de comment la maladie va être traitée. De plus, il est à noter que l'attitude de celui qui annonce est importante pour celui qui reçoit l'annonce. Le médecin doit être capable de donner des réponses empathiques au patient et doit être capable de le laisser exprimer ses émotions. Il est également important que le médecin amène un message clair et qu'il soit apte à répondre aux questions de celui-ci.

Même si le médecin prend en compte l'ensemble de ces éléments concernant le souhait des patients, son annonce peut être influencée par des facteurs externes (famille, facteurs systémiques et institutionnels, facteurs culturels) ou des facteurs internes (ressenti, stress, fatigue, épuisement professionnel et émotionnel, sentiment de dépersonnalisation, symptômes de *burn out*...). L'ensemble de ces facteurs peuvent avoir un impact sur la manière dont le médecin va annoncer une mauvaise nouvelle.

Si l'annonce est mal donnée, elle peut avoir un impact négatif et il peut en résulter des conséquences comme des sentiments de méfiance, de colère, de blâme ou même

un sentiment d'insatisfaction concernant le personnel médical de la part du patient et/ou de sa famille. Cela peut devenir un événement troublant qui peut créer des souvenirs amers, autant pour la famille que pour le médecin.

Mais face à une annonce, tout le monde ne réagit pas de la même manière. Ainsi, des auteurs comme Widerman ont exploré les réactions des patients face à une annonce. Il considère différentes réactions comme un état de choc, de dépression et de peur, de la colère, un soulagement, du déni ou de la confusion. Des études aux Urgences montrent que les patients et la famille peuvent ressentir un sentiment d'abandon, de solitude et de perte de contrôle.

Dans le but d'aider les médecins à faire face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, des guidelines ont été créées comme le protocole SPIKES. Celui-ci est constitué de six étapes et est le plus connu, même s'il a été critiqué récemment par d'autres auteurs. Ensuite, le protocole SHARE a été créé, il constitue en une adaptation du protocole SPIKES mais dans une culture asiatique. D'autres protocoles comme le BREAKS ont vu le jour, parallèlement à des recommandations comme les dix recommandations de Takayesy et Hudson conçues pour les urgences.

Enfin, les compétences nécessaires pour un médecin et celles qu'il doit développer pour annoncer une mauvaise nouvelle (les aptitudes communicationnelles) sont abordées. Celles-ci sont aussi importantes que les connaissances techniques, par exemple. Ainsi, le premier chapitre se conclut par un aperçu des formations actuelles et par la constatation d'un manque de formations sur ce sujet dans le cursus universitaire, malgré une demande importante de la part des étudiants. Une majorité des formations existantes incluent durant la séance différentes modalités de simulation comme des jeux de rôles entre pairs ou l'utilisation d'un patient standardisé. La simulation est abordée dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : La simulation

2. La simulation

2.1. *Historique de la simulation non-médicale*

Le premier simulateur est un simulateur de vol qui a été créé par Edwin Link en 1929. Après plusieurs accidents mortels en 1934, l'armée a acheté plusieurs simulateurs afin d'améliorer la formation des pilotes. Suite à la Seconde Guerre Mondiale, la demande en simulateurs de vols n'a cessé de s'accroître. Petit à petit, les simulateurs de vols se sont perfectionnés et le développement de la simulation dans le domaine de l'aviation a impulsé un impact majeur à la simulation médicale (Loftin, 2002).

2.2. *Introduction de la simulation médicale*

En 1960, un fabricant de jouets norvégien, nommé Laerdal, a créé le premier mannequin de réanimation cardio-pulmonaire. Quelques années plus tard, en 1967, Abahason et Denson présentent l'un des premiers mannequins modernes qui est piloté par un ordinateur et est conçu pour les étudiants en anesthésie. Par la suite, d'autres mannequins sont créés à destination également des étudiants en anesthésie.

C'est en 2000 qu'est apparu le premier mannequin à destination de la médecine d'Urgences. Ensuite, d'autres simulateurs ont été créés pour d'autres domaines médicaux comme la pédiatrie, l'obstétrique et la réanimation cardio-pulmonaire. L'introduction de la simulation d'un patient humain a été une étape majeure dans l'évolution de l'enseignement des sciences de la santé (Rosen, 2008).

De nos jours, la simulation est un principe qui peut s'appliquer à toute l'industrie et à l'ensemble des processus que l'on peut piloter, comprenant ainsi le nucléaire, le domaine chimique, les avions, les trains, les bateaux, les métros et la médecine. Au cours de ces cinquante dernières années, la simulation d'aujourd'hui a parcouru un

long chemin, mais il persiste encore des obstacles majeurs à son utilisation dans l'enseignement des soins de santé (Rosen, 2008).

2.3. *Qu'est-ce que la simulation ?*

De nombreuses définitions de la simulation existent dans la littérature et a priori, il n'y a pas de consensus concernant cette définition. En outre, il existe des définitions plus générales de la simulation et des définitions plus spécifiques à un domaine en particulier, comme la simulation en santé.

Commençons par la définition la plus générale donnée par Leplat (cité dans Haute Autorité de Santé, 2012). Selon lui, « la notion de simulation recouvre le plus souvent le cas où il fait appel à un objet support, le simulateur, spécifié par un but lié très directement au travail ; mais il existe d'autres catégories de simulation, dans lesquelles le rôle de l'objet support n'est plus joué par un dispositif matériel mais par un être ou groupe humain ou par une situation symbolique virtuelle. » (Page 14).

Pour spécifier la simulation dans le domaine médical, la Chambre des représentants aux USA (cité dans Haute Autorité de santé, 2012) a défini, en 2009, la simulation en santé en intégrant les objectifs pédagogiques de la simulation médicale : « Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural) de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » (page 14). Quelques années plus tard, Klein & Riordan (2011) définissent la simulation en santé comme une forme d'enseignement expérientiel qui permet d'apprendre par la pratique, au travers d'un processus d'apprentissage.

2.4. Différents champs de la simulation en santé

Les deux définitions ci-dessus introduisent l'existence de différentes méthodes utilisées pour la simulation. Selon Chianara en 2007 (cité dans Haute Autorité de Santé, 2012), la simulation peut se diviser en deux grandes catégories : la simulation organique et la simulation non organique. La simulation organique peut être réalisée avec un animal ou un humain. La simulation non organique peut, elle, être réalisée avec du matériel synthétique (mannequin ou simulateur procédurale) ou électronique (réalité virtuelle ou réalité informatisée) (voir figure 1).

Ainsi, dans le domaine de la santé, certaines techniques de simulation sont largement utilisées. Parmi celles-ci figurent le patient standardisé, la simulation procédurale et la simulation haute-fidélité.

Le patient standardisé, ou appelé également le patient simulé ;

- La simulation procédurale est une technique qui permet aux professionnels de la santé de s'entraîner à faire une procédure par la répétition de gestes techniques.
- La simulation haute-fidélité est une méthode qui inclut l'utilisation de mannequins grandeur nature pilotés par un ordinateur. Ce type de simulation est le plus souvent contextualisée dans une salle d'opération.

Ces divers champs de la simulation en santé sont de plus en plus utilisés à l'occasion de formations initiales ou de perfectionnement continu (Alinier, 2007).

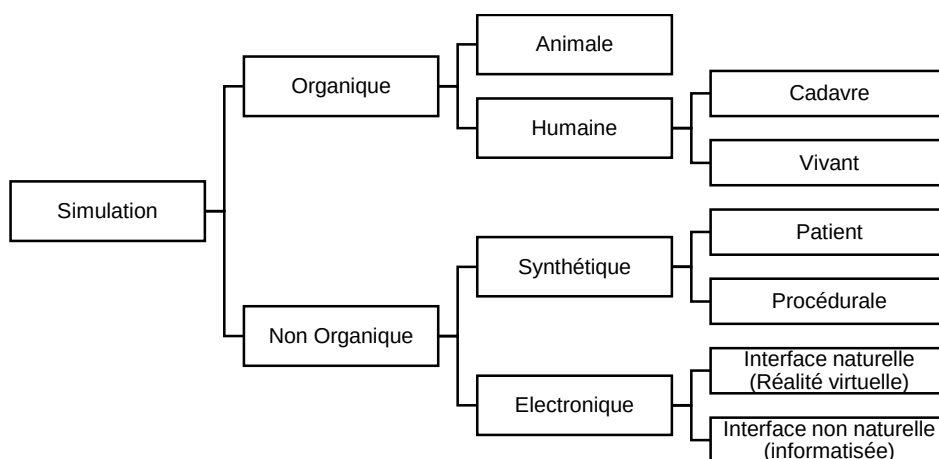


Figure 1. Les différents champs de la simulation en santé selon Chianara, G. (2007)

2.5. La simulation avec un patient standardisé

Selon l'HAS (2010), c'est une technique qui a pour but d'améliorer les compétences communicationnelles des professionnels de la santé. Elle prend le plus souvent forme dans des consultations simulées avec des patients ou des acteurs. Ceux-ci reçoivent un scénario préétabli ou une description détaillée de leur rôle.

Contrairement à d'autres types de simulations, celle-ci demande l'intervention d'une personne humaine qui va interagir avec le participant. Ainsi, cela crée un cadre réaliste, renforcé par l'aménagement de l'espace physique pendant la simulation (Layat, Baroffio, Demaurex & Huber, n.d.). D'après ces derniers auteurs, il existe trois types de patients standardisés :

1. Le patient standardisé : Le patient est une personne ayant reçu préalablement une formation pour simuler l'histoire d'un vrai patient. Il est formé afin de réagir de la même manière pour les différents participants en reproduisant les mêmes signes cliniques, la même personnalité, le même langage corporel et les mêmes réactions émotionnelles.
2. Le patient standardisé instructeur : Celui-ci simule également l'histoire d'un vrai patient mais instruit en même temps le participant grâce à son vécu physique et émotionnel.
3. Le patient instructeur : Celui-ci est un vrai patient qui joue son propre rôle en faisant part de sa propre histoire et de son vécu concernant sa maladie.

L'avantage d'utiliser un patient standardisé est de donner à l'apprenant la possibilité de se retrouver face à une situation clinique réaliste pour faire des essais et des erreurs, sans porter préjudice à un vrai patient (Layat, Baroffio, Demaurex & Huber, n.d.) et dans un environnement sécurisant (Kardin-Edgreen, Starkweather, & Ward, 2008).

Selon Maclean et al. (2016), l'utilisation d'un patient standardisé est un moyen reconnu de proposer une approche standardisée par laquelle les participants peuvent démontrer et développer leurs compétences en communication. Ainsi, lors d'une simulation avec un patient standardisé, l'apprenant s'exerce à mobiliser tout à la fois ses connaissances, son sens de l'observation, son raisonnement médical ainsi que ses compétences relationnelles – notamment une écoute active et empathique » (page 55).

Les jeux de rôles entre pairs peuvent être une alternative moins coûteuse à l'utilisation d'un patient standardisé. Ceux-ci permettent également aux participants de se centrer sur la relation et sur les compétences communicationnelles en situation de crise (Boet, Granry & Savoldelli, 2013).

Ces deux techniques permettent de mettre en pratique, dès le début de la formation, le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, conjointement à un enseignement théorique. Elles permettent également d'appréhender le patient dans toute sa complexité (Boet, Granry & Savoldelli, 2013).

2.6. Différents moments lors d'une simulation

D'après Dieckmann (2007), une simulation peut être divisée en différentes phases, différents moments clés (voir figure 2). Toutes les phases ne doivent pas obligatoirement être présentes et certaines phases peuvent être répétées.

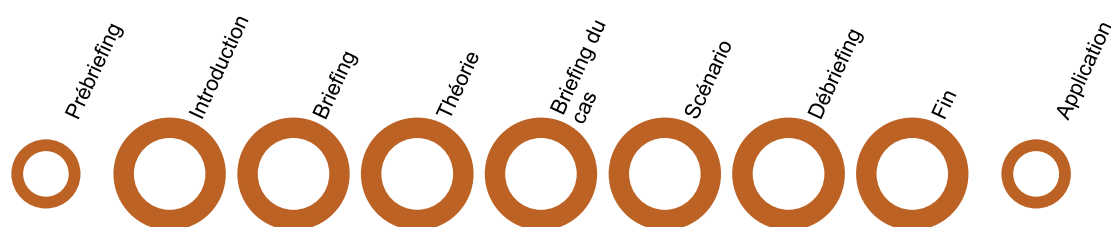


Figure 2. Les différentes phases d'une simulation d'après Dickmann (2007)

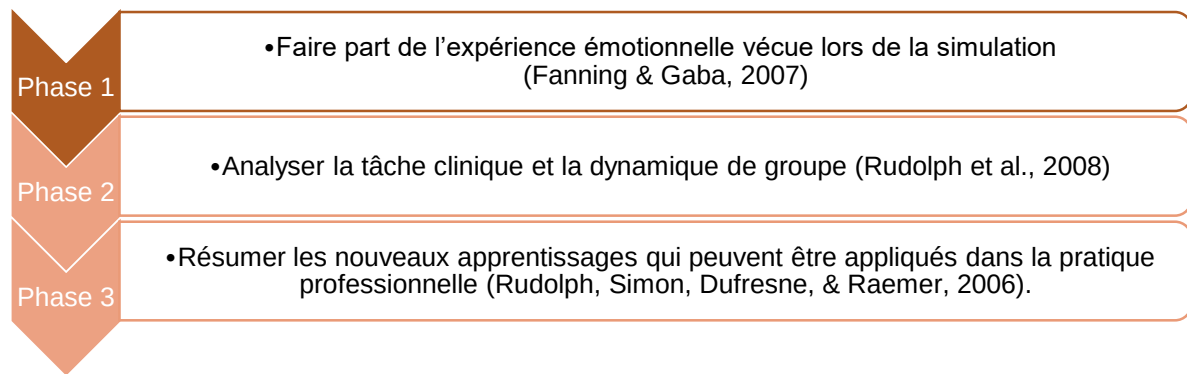
Avant le jour de la simulation, les participants reçoivent des premières informations concernant le cours et la simulation, ce qui influence leurs attentes. C'est la phase de *prébriefing*.

Ensuite, les participants arrivent et vient la phase d'*introduction*. Ceux-ci reçoivent de plus amples informations sur le sujet abordé dans la simulation et apprennent comment celle-ci va se passer. Il est important de faire attention à créer une atmosphère accueillante et bienveillante dès l'introduction et il est préférable d'investiguer les attentes des participants.

Puis, le *briefing* donne la possibilité aux participants de connaître le simulateur et l'environnement simulé. On leur explique comment le simulateur peut être utilisé et comment interagir avec l'environnement.

Vient ensuite la phase d'apport *théorique* concernant le sujet abordé et le *briefing du scénario* où les participants reçoivent des informations concernant le cas simulé dans le scénario. Des informations telles que l'histoire du patient et ses problèmes, les tâches à réaliser, par exemple. Le *scénario* peut être mis en route.

Par après, le *débriefing* inclut les réflexions sur les expériences vécues lors du scénario et un feedback actif des participants eux-mêmes et des possibles observateurs. Il est un élément clé dans la simulation. Selon Kim, Henandez, Lavery, & Denmark (2016), il permet aux apprenants de réfléchir sur leurs propres pratiques et de consolider leurs connaissances. Dans la littérature, on peut identifier trois grandes phases lors d'un débriefing (Kim, et al. 2016) :



La fin du cours et de la simulation peut être réalisée en effectuant un débriefing sur l'entièreté de la session. C'est le moment idéal pour faire se questionner les participants sur ce qu'ils peuvent retirer de la simulation et réfléchir sur les éléments qu'ils peuvent introduire dans leur pratique professionnelle actuelle et future.

2.7. Validité de la simulation

Comme vu précédemment, les différentes formes de simulations peuvent être utilisées comme outils de formation. Ces dernières années, l'utilisation de la simulation comme outil de formation a sans cesse augmenté. Des simulateurs de plus en plus pointus technologiquement et ressemblants à la situation de référence ont vu le jour. Cependant, ils restent encore sous-utilisés dans la formation de base des médecins, l'accent mis sur la fidélité fonctionnelle et technique entraînant un surcoût financier pour les hôpitaux universitaires. Selon Nyssen (2016), l'enjeu des centres de simulation aujourd'hui se porte davantage sur la validité des programmes de formation utilisant la simulation que sur la fidélité du simulateur. Le concept de validité se réfère au « transfert des compétences acquises sur simulation en situation de travail de référence » (Nyssen, 2016).

Dans le contexte médical, il est difficile d'effectuer des études sur la validité d'une situation car toutes les situations médicales sont uniques. De plus, les technologies, les pratiques et les protocoles ne sont pas les mêmes dans l'ensemble des hôpitaux et des cliniques. La comparaison entre la situation de simulation et la situation de travail de référence est presque impossible. De nombreux auteurs se sont penchés

sur cette notion de validité, souvent pour la remettre en question. Holding (1987, cité par Nyssen en 2016) propose entre autres, deux pistes d'évaluations que nous retiendrons dans cette recherche :

1. La mesure et la comparaison de la performance sur simulateur et sur situation de référence (performance validity)
2. La mesure de l'efficacité du programme à former des individus en comparant la performance au T0 et au T1 (training validity).

Enfin, Nyssen (2016) propose d'évaluer la validité en se focalisant sur l'évolution des situations naturelles qui posaient problèmes (situations naturelles T0 et situation naturelles T1). Pour elle, la formation par simulation doit devenir un processus dynamique impliquant des échanges réguliers entre les différents acteurs (formateurs et formés). Ceci nécessite une analyse préalable des différentes dimensions incluses dans la situation problème et la formation doit se s'élaborer dans un mouvement de va-et-vient entre la situation problème et la construction de la situation simulée.

2.8. Résumé du chapitre 2

Le deuxième chapitre commence par un bref historique de la simulation, allant du début de la simulation dans le domaine de l'aviation à la simulation médicale. Ensuite, plusieurs définitions de la simulation sont présentées avec une définition plus générale de la simulation et une définition plus spécifique de la simulation en santé où la simulation vise à reproduire une situation clinique. La simulation en santé peut se pratiquer sous différentes formes comprenant la simulation organique qui peut se faire sur des animaux ou des humains (vivants ou non) et la simulation non-organique qui utilise un mannequin ou de la réalité virtuelle ou informatisée. Une partie du deuxième chapitre s'intéresse tout particulièrement au patient standardisé et à ses avantages comme de donner à l'apprenant la possibilité de se retrouver face à une situation clinique réaliste pour faire des essais et des erreurs, sans porter préjudice à un vrai patient et permet de mettre en pratique le savoir, le savoir-être et le savoir-faire afin d'appréhender un patient dans sa complexité. Pour conclure ce deuxième chapitre, les moments importants d'une simulation sont évoqués.

2.9. Conclusion de la revue de la littérature

Le premier chapitre se termine sur l'importance des compétences communicationnelles du médecin dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle et sur la nécessité d'accorder plus de place au développement de ces compétences dans la formation de base des médecins. Le chapitre 2 souligne la place croissante de la simulation dans les processus d'apprentissage des médecins. La simulation avec un patient standardisé, par son aspect interrelationnel, semble particulièrement adaptée au développement des compétences communicationnelles. Cette recherche sera donc au croisement de ces deux constats et se penchera sur l'apprentissage des compétences communicationnelles nécessaires à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, via une formation par simulation avec des jeux de rôles entre pairs.

Chapitre 3 : Méthodologie

3. Méthodologie

3.1. Hypothèses de travail

Dans le cadre de cette recherche, l'hypothèse est qu'une formation courte basée sur la simulation par jeux de rôles sur la manière d'annoncer une mauvaise nouvelle dans le contexte des Urgences améliore les compétences communicationnelles des médecins stagiaires pour annoncer une mauvaise nouvelle.

Pour ce faire, une évaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une simulation d'annonce d'une mauvaise nouvelle a été réalisées.

Dans le cadre de cette évaluation, les hypothèses suivantes ont été postulées :

- La formation courte augmente le score des médecins stagiaires au SPIKES lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences.
- La formation courte augmente le score au Breaking Bad News Assessment Schedule (BAS) des médecins stagiaires lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences.
- La formation courte augmente le score des médecins stagiaires au Health Communication Assessment Tool (HCAT) lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences.
- La formation courte augmente la satisfaction des acteurs concernant la prestation des médecins stagiaires lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences.
- La formation courte diminue le stress ressenti par le médecin stagiaire lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences.
- La formation courte augmente le sentiment de compétence perçu par le médecin stagiaire lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences.

Par ailleurs, une évaluation des compétences des médecins stagiaires lors d'une consultation tout-venant aux Urgences a également été réalisée. D'autres hypothèses ont été posées :

- La formation courte améliore les compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences.
- La formation courte améliore le sentiment de compétence du médecin stagiaire lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences.
- La formation courte diminue le stress ressenti par le médecin stagiaire lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences.

3.2. Participants

3.2.1. Médecins stagiaires

Les stagiaires du bloc 3 et du bloc 4 du master en médecine effectuant un stage au sein du service des Urgences du CHU de Liège entre novembre 2017 et mai 2018 ont été la population cible. L'ensemble de cette population cible a été invitée à participer à l'étude par email. A raison d'un groupe de médecins stagiaires par mois, nous avons un total de 35 sujets.

Le recrutement a été effectué sur base volontaire. Le seul critère d'exclusion est l'absence de maîtrise de la langue. Etant donné qu'il s'agit d'une formation à la communication, nous partons du principe qu'une maîtrise insuffisante de la langue biaiserait nos données.

3.2.2. Médecins urgentistes

L'ensemble des médecins urgentistes du CHU de Liège (Site du Sart Tilman et Site de Notre Dame des Bruyères) ont été contactés par mail. À la suite de celui-ci, 7 médecins urgentistes ont accepté de participer à un entretien semi-structuré concernant leur pratique pour annoncer une mauvaise nouvelle.

3.2.3. Acteurs

Deux actrices ont été recrutées pour jouer la famille d'une patiente. Celles-ci ont reçu deux rôles prédéfinis à l'avance. Afin de standardiser leurs réactions, un coaching a été réalisé avec elles et des phrases types ont été intégrées dans leur scénario. Que ce soit pour le pré-test ou pour le post-test, le scénario a toujours été le même. Pour chaque prestation, elles ont reçu une rémunération de 75 euros.

3.3. Déroulement de l'étude

Nous commencerons par une explication générale du déroulement de l'étude (voir figure 3). Ensuite, les différentes parties de celle-ci seront expliquées ci-dessous.

Premièrement, des médecins stagiaires ont été invités à participer à l'étude, entre novembre 2017 et mai 2018. Divisés aléatoirement en un groupe expérimental et un groupe contrôle, ils ont participé à un pré-test et à un post-test (simulation d'annonce avec des acteurs) afin d'évaluer si une formation pourrait les aider à améliorer leurs compétences communicationnelles. La formation a été dispensée après le pré-test pour le groupe expérimental (T0 – formation – T1) et après le post-test pour le groupe contrôle (T0 – T1 – formation).

Ensuite, l'ensemble des participants du mois d'avril, avec leur consentement, ont été suivis lors de leur stage aux Urgences. A deux reprises, une fois après le pré-test et une fois après le post-test, une anamnèse réalisée avec un patient réel a été enregistrée avec un dictaphone, dans le but d'évaluer si les compétences acquises lors de la formation sont transférées sur le terrain.

Troisièmement, des entretiens semi-structurés ont été menés avec sept médecins urgentistes du Centre Hospitalier Universitaire de Liège sur le site du Sart Tilman et sur le site de Notre-Dame des Bruyères. Ces entretiens ont été effectués dans le but de modifier ou de valider le contenu de la formation.

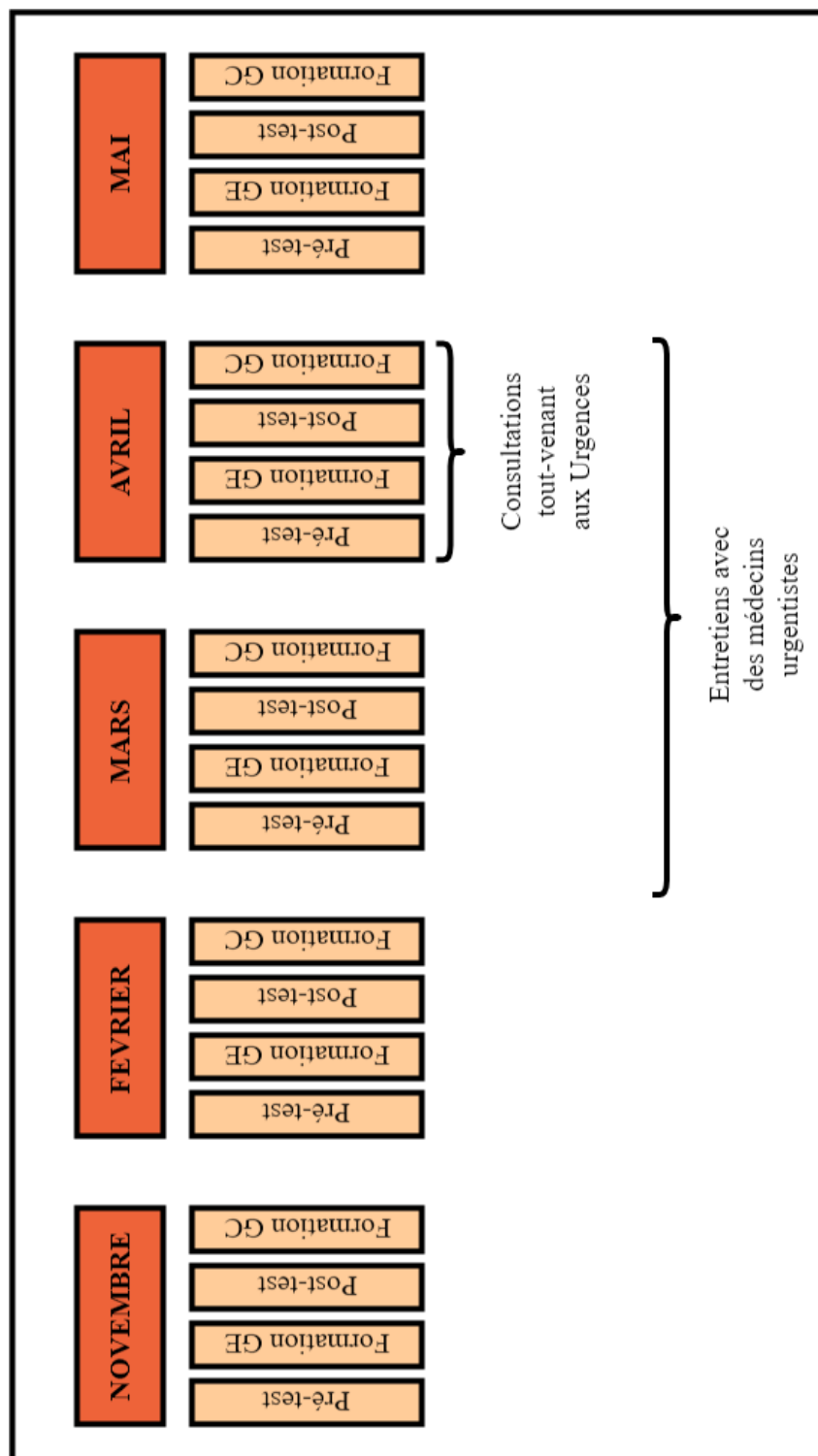


Figure 3. Déroulement général de l'étude

3.4. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une simulation

Chaque mois, l'ensemble des médecins stagiaires dont le stage se déroule aux Urgences du CHU de Liège ont été invités à participer à cette étude. Deux phases d'évaluation des compétences communicationnelles pour annoncer une mauvaise nouvelle ont été organisées : un pré-test et un post-test. Après le pré-test, les participants ont été randomisés en deux groupes : un groupe expérimental qui a reçu la formation entre le pré-test et le post-test et un groupe contrôle qui a reçu la formation après le pré-test et le post-test (voir figure 4).

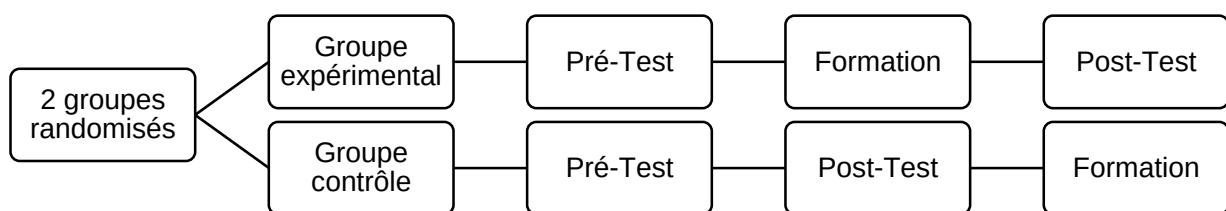


Figure 4. Formation des deux groupes randomisés

Les deux phases de test se sont déroulées de manière similaire et à chaque fois un mercredi matin. Lorsque les stagiaires médecins arrivaient, l'objet de l'étude et sa méthodologie leur étaient expliqués. Après avoir lu le document d'information et de consentement, les participants ont été invités à remplir un questionnaire socio-démographique et un questionnaire sur leur sentiment de compétences pour annoncer une mauvaise nouvelle. Les médecins stagiaires ont pris connaissance d'une situation clinique irréversible pendant trois minutes et ont été amenés à l'annoncer à la famille d'une patiente, jouée par les deux actrices.

L'évaluation du pré-test et du post-test consistait donc en une simulation avec deux personnes de la famille de la patiente. Le scénario utilisé était le cas d'une femme de 69 ans qui a un début d'Alzheimer précoce diagnostiqué il y a 3 mois. Amenée aux Urgences par le VIM vers minuit à la suite d'une chute dans les escaliers, elle présente une plaie superficielle au front. Le fils de la patiente a été réveillé par le

bruit et a appelé le 112. A l'arrivée du SMUR, la patiente était inconsciente. Compte tenu de la gravité de la lésion hémorragique, de l'association à des signes d'hypertension intracrânienne, de la dégradation rapide de l'examen neurologique et de la maladie d'Alzheimer, une abstention chirurgicale et thérapeutique est préconisée. Le médecin stagiaire est donc amené à expliquer la situation irréversible à la famille de la patiente.

Au terme de la simulation, les participants devaient évaluer leur stress perçu pendant la simulation sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10. Suivait un débriefing du ressenti du participant et pour terminer, il leur était demandé de ne pas discuter du cas simulé avec les autres participants. Les acteurs recevaient de leur côté une échelle visuelle analogique permettant d'évaluer leur ressenti et leur satisfaction. L'ensemble des séances de simulation ont été filmées et seules quelques personnes ont eu accès aux vidéos.

La formation était constituée en deux temps : une séquence par e-learning comme prébriefing et une séquence de 4 heures au sein du Centre de simulation Médicale de Liège avec des jeux de rôles. Le *prébriefing* se basait sur les principes du SPIKES et sur la communication thérapeutique. Le jour de la formation commençait par un rappel théorique de ces notions. Les participants ont eu l'occasion de visionner une vidéo où un médecin annonce une mauvaise nouvelle et ont été amenés à en débattre. Puis, des jeux de rôles ont été organisés, permettant aux participants d'endosser alternativement le rôle du patient et le rôle du médecin et suivis d'un débriefing avec les deux formatrices (une médecin urgentiste et une psychologue travaillant aux soins palliatifs).

3.5. Consultations tout-venant aux Urgences

Dans la population étudiée, les six médecins stagiaires du mois ont accepté d'être enregistrés lorsqu'ils effectuaient une anamnèse aux Urgences. Cet échantillon comprenait trois participants du groupe contrôle et trois participants du groupe expérimental. Chaque participant a été suivi à son lieu de stage deux fois : une fois

après le pré-test et une deuxième fois après le post-test. Ainsi, à la deuxième séance, les participants du groupe expérimental ont déjà bénéficié de la formation alors que les participants du groupe contrôle n'y ont pas encore assisté. Chaque participant a été enregistré à l'aide d'un dictaphone lors d'une anamnèse réalisée avec un patient aux Urgences, afin d'évaluer ses compétences communicationnelles. Le consentement libre et éclairé du patient et de son accompagnateur était demandé avant de commencer à enregistrer la consultation.

Ensuite, tout comme dans le pré-test et le post-test, chaque participant était amené à évaluer le stress perçu lors de la consultation sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10. Leur sentiment de compétence était également auto-évalué. Afin d'avoir également la perception du patient, celui-ci était invité à remplir un questionnaire sur sa satisfaction concernant la communication du médecin. Ce questionnaire était présenté sous formes de différentes échelles analogiques.

3.6. *Entretiens avec les médecins urgentistes*

Afin de modifier ou de valider l'utilisation du protocole SPIKES lors de la formation, des entretiens semi-structurés avec des médecins urgentistes ont été réalisés. Pour ce faire, l'ensemble des médecins urgentistes du Centre Hospitalier Universitaire de Liège, site du Sart Tilman et de Notre-Dame des Bruyères ont été contactés. Sur l'ensemble de ces médecins, sept médecins urgentistes ont accepté de faire cet entretien.

Tous les entretiens ont suivi la même structure. Tout d'abord, l'interlocuteur a commencé par présenter les objectifs de l'entretien et comment allait se dérouler celui-ci. Ensuite, il était demandé aux médecins d'expliquer les différentes étapes qu'ils utilisent lorsqu'ils annoncent une mauvaise nouvelle. Ensuite, il leur était expliqué le protocole SPIKES afin qu'ils puissent le critiquer, le modifier ou le valider. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été retranscrits.

3.7. Données récoltées

3.7.1. Evaluations lors de la simulation

3.7.1.1. Données sociodémographiques

Pour l'ensemble des médecins stagiaires, des données sociodémographiques ont été récoltées comme le sexe et l'âge (annexe 1). Le questionnaire leur demandait aussi s'ils avaient déjà eu l'occasion d'annoncer une mauvaise nouvelle (« jamais », « occasionnellement » ou « fréquemment ») et s'ils avaient déjà reçu une formation portant sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou sur la communication thérapeutique (« oui » ou « non »).

3.7.1.2. Les compétences communicationnelles

3.7.1.2.1. Grilles complétées par un évaluateur

Les simulations avec les deux actrices jouant la famille d'une patiente ont été enregistrées et filmées. L'évaluation des compétences communicationnelles a été réalisée par un évaluateur. Ces enregistrements ont été évalués à l'aide de trois outils :

1. *SPIKES competence form* (Park, Gupta, Mandani, Haubner & Peckler, 2010) (annexe 2) : il permet d'évaluer si le médecin stagiaire utilise les six étapes du protocole SPIKES, enseigné lors de la formation. Le questionnaire est composé de six items reprenant les six étapes (Situation, Perception, Invitation, Connaissance, Emotions et Stratégie / Résumé). Pour chaque item, l'évaluateur peut répondre par « oui » ou par « non » selon qu'il pense que l'étape est respectée ou pas.
2. *Breaking Bad News Assessment Schedule* (Miller et al., 1999) (annexe 3) : cette grille permet d'évaluer plus précisément comment le médecin stagiaire annonce une mauvaise nouvelle. Celle-ci est divisée en cinq sections : la mise en place, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, les préoccupations suscitées, les informations données, les considérations générales.
3. *Health Communication Assessment Tool*, version francophone (Servotte, Wauthier, Bragard, 2010) (annexe 4) : Cette grille permet d'évaluer les compétences communicationnelles des médecins stagiaires. Elle est

composée de vingt-deux items reprenant différents comportements que le médecin stagiaire peut adopter avec un patient. Pour chaque item, l'évaluateur doit remplir une échelle de Likert allant de 1 (« pas du tout en accord ») à 5 (« très en accord »). Ce questionnaire se divise en cinq sections : comportements empathiques, comportements d'introduction, comportements visant à construire une relation de confiance, comportements d'éducation envers la famille ou le patient et le partage du pouvoir.

3.7.1.2.2. Satisfaction des acteurs

Après chaque pré-test et post-test, les acteurs évaluent leur degré de satisfaction ressenti lors de l'entretien avec le médecin stagiaire à l'aide d'échelles visuelles analogiques (annexe 5).

3.7.1.3. Stress ressenti

Tant pour le pré-test que pour le post-test, le niveau de stress au moment de l'annonce a été auto-évalué par les participants juste après la simulation en remplissant une échelle visuelle analogique allant de 1 (« pas du tout stressé ») à 10 (« extrêmement stressé ») (annexe 7).

3.7.1.4. Sentiment de compétence perçu

Un questionnaire sur leur sentiment de compétence à annoncer une mauvaise nouvelle (annexe 8) leur était également soumis. Celui-ci est constitué de sept items :

1. Annoncer une mauvaise nouvelle ;
2. Gérer votre communication verbale lors de l'annonce de mauvaise nouvelle ;
3. Gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors de l'annonce de mauvaise nouvelle ;
4. Identifier les émotions et les réactions d'autrui lors de l'annonce de mauvaise nouvelle ;
5. Accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions ;
6. Mener un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle structuré ;
7. Faire passer un message difficile en limitant autant que possible les dommages pour le récepteur.

Ces items sont tous divisés en trois propositions :

1. J'ai des connaissances concernant cette compétence ;
2. Je me sens capable de pratiquer cette compétence ;
3. J'appliquerai cette connaissance, cette compétence dans ma pratique professionnelle.

Pour chacun de ces items et chacune de ces propositions, les participants sont invités à remplir une échelle de Likert allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »).

3.7.2. Evaluation des compétences des médecins stagiaires lors d'une consultation tout-venant aux Urgences

3.7.2.1. Données sociodémographiques des patients

Pour les patients qui ont accepté qu'on enregistre leur consultation avec les médecins stagiaires du mois d'avril, des données sociodémographiques ont été récoltées, reprenant leur sexe, leur âge et leur statut.

3.7.2.2. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires par un évaluateur

Les consultations tout-venant aux Urgences ont été enregistrée à l'aide d'un dictaphone et ont été évaluées à l'aide du *Health Communication Assessment Tool* (HCAT) explicité ci-dessus.

3.7.2.3. Sentiment de compétences des médecins stagiaires

Les médecins stagiaires ont rempli le même questionnaire reprenant leur sentiment de compétences que celui qui leur est présenté au pré-test et au post-test.

3.7.2.4. Stress ressenti

Les médecins stagiaires ont rempli la même échelle visuelle analogique de 0 à 10 reprenant leur stress ressenti que celui qui leur est présenté au pré-test et au post-test.

3.7.2.5. Satisfaction des patients

Après l'anamnèse, le patient évalue son degré de satisfaction ressenti lors de l'entretien avec le médecin stagiaire à l'aide d'échelles visuelles analogiques (annexe 8).

3.8. Considérations éthiques

Ce protocole de recherche a été approuvé par le Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire du Centre Hospitalier Universitaire de Liège et par le Comité d’Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l’Education de l’Université de Liège (annexe 9). L’ensemble des participants de l’étude ont reçu un formulaire de consentement libre et éclairé (annexe 10) qui a été signé par les participants et l’évaluateur.

Chapitre 4 : Résultats

4. Résultats

4.1. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une simulation d'annonce de mauvaise nouvelle

4.1.1. Statistiques descriptives

4.1.1.1. Données sociodémographiques

Quarante-cinq étudiants ont été invités à participer à l'étude par email (voir figure 5). Parmi eux, neuf étudiants ont abandonné entre le pré-test et le post-test à cause de conflits horaires avec leurs stages et une étudiante n'a pas souhaité participer à celle-ci. Par conséquent, 35 sujets ont participé à l'étude dans son entièreté, incluant le pré-test et le post-test. Le groupe contrôle et le groupe expérimental ont été créés aléatoirement et ont été constitués, respectivement, de 21 sujets et de 14 sujets.

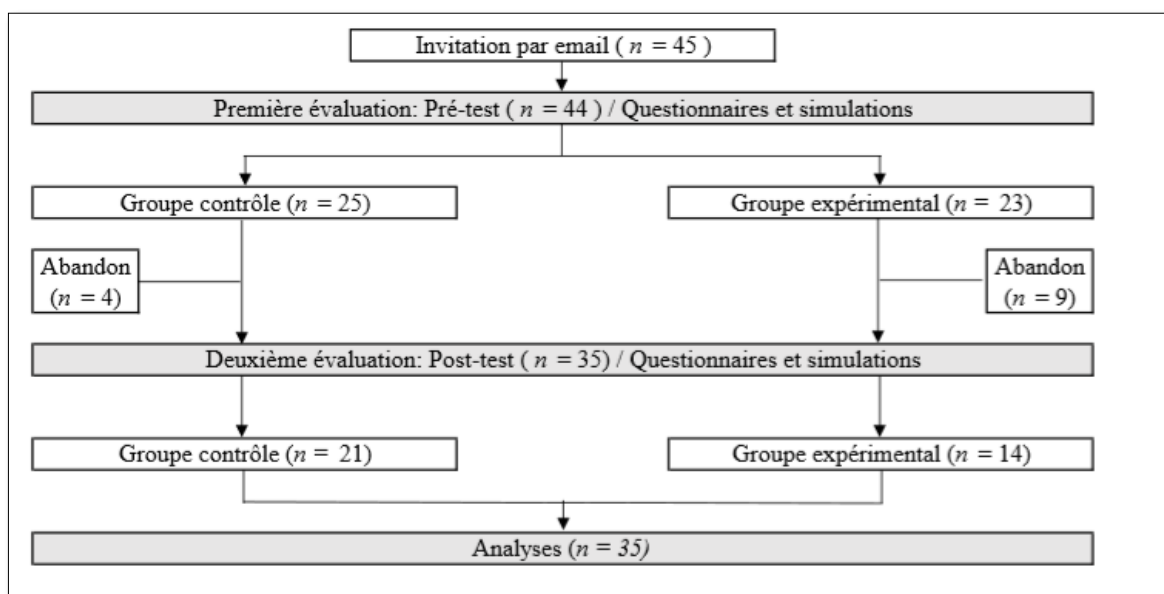


Figure 5. Organigramme représentant le nombre de participants à l'étude au Pré-test et au Post-test

Pour résumer les statistiques descriptives, le tableau 8 récapitule les données concernant l'âge des participants, le genre, la formation préalable concernant l'annonce de mauvaise nouvelle et l'expérience des participants à des annonces de mauvaise nouvelle sur le terrain.

Un test Mann-Whitney a été réalisé afin d'évaluer si l'âge des participants dans le groupe contrôle et le groupe expérimental a été réparti de manière équivalente. Le test n'a pas montré de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe expérimental pour l'âge ($p = 0,66$).

Un test statistique Chi-Carré de Pearson a été effectué dans le but d'évaluer l'indépendance entre la variable Genre et la variable Groupe. Le test a présenté une valeur Chi-Carré de 0,00 avec un $p=1,00$, ce qui est largement supérieur au niveau d'incertitude de 0,05. Ces résultats mettent en évidence l'indépendance entre la variable Genre et la variable Groupe ($p = 1$, voir Tableau 8) et permet de conclure qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre celles-ci.

Un test statistique Chi-Carré de Pearson a également été réalisé afin d'évaluer l'indépendance entre la variable Groupe et la variable Formation. Ce test a présenté une valeur Chi-Carré de 0.94 ; $p = .33$, ce qui est supérieur au niveau d'incertitude de 0,05. Ces résultats montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ($p = .33$, voir tableau 8).

Un test U de Mann-Whitney a été réalisé afin d'évaluer l'indépendance entre la variable Groupe et la variable concernant l'expérience dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle sur le terrain. Le test a révélé un $p = .5$, ce qui est au-dessus du niveau d'incertitude de 0,05. Ces résultats montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux variables ($p = .49$, voir tableau 8).

Paramètres	Groupe général <i>n</i> = 35	Groupe contrôle <i>n</i> = 21	Groupe expérimental <i>n</i> = 14	P valeur
Age	24,46 ± 2,05	24,43 ± 0,96	24,5 ± 1,43	0,66
Genre				1
<i>Homme</i>	15 (42,86%)	9 (42,86%)	6 (42,86%)	
<i>Femme</i>	20 (57,14%)	12 (57,14%)	8 (57,14%)	
Formation				0,33
<i>Oui</i>	19 (54,29%)	10 (47,62%)	9 (64,29%)	
<i>Non</i>	16 (45,71%)	11 (52,38%)	5 (35,71%)	
Expérience pour annoncer une mauvaise nouvelle				0,49
<i>Jamais</i>	27 (77,14%)	15 (71,43%)	12 (85,71%)	
<i>Occasionnellement</i>	8 (22,86%)	6 (28,57%)	2 (14,29%)	
<i>Fréquemment</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tableau 8. Récapitulatif des données sociodémographiques des participants

4.1.2. Les statistiques inférentielles

Pour commencer la partie concernant les statistiques inférentielles, le tableau 9 récapitule l'ensemble des moyennes et des écarts-types du stress ressenti, de la compétence perçue, des questionnaires SPIKES, Breakind Bad News Assessment Schedule (BAS) et de la satisfaction des acteurs.

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 14	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Stress	5,95 (0,32)	5,14 (0,34)	5,69 (0,41)	5,27 (0,43)	6,2 (0,50)	5,02 (0,52)
Compétence	2,28 (0,10)	2,64 (0,11)	2,29 (0,13)	2,53 (0,15)	2,27 (0,15)	2,75 (0,18)
SPIKES	2,84 (0,32)	3,90 (0,25)	2,48 (0,40)	2,67 (0,31)	3,21 (0,50)	5,14 (0,38)
BAS	3,16 (0,18)	3,59 (0,15)	3,15 (0,23)	3,12 (0,19)	3,17 (0,29)	4,06 (0,24)
HCAT	3,23 (0,16)	3,83 (0,17)	3,18 (0,22)	3,49 (0,21)	3,31 (0,27)	4,35 (0,25)
Satisfaction des acteurs	5,68 (0,27)	6,45 (0,28)	5,59 (0,34)	5,73 (0,35)	5,76 (0,42)	7,18 (0,42)

Tableau 9. Moyennes et écarts-types des différentes variables étudiées

4.1.2.1. Les compétences communicationnelles

4.1.2.1.1. SPIKES Competence Form

Le questionnaire SPIKES permet d'évaluer si le médecin stagiaire utilise les six étapes du protocole SPIKES, enseigné lors de la formation. L'une des hypothèses posées est que la formation courte augmente le score des médecins stagiaires au SPIKES lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département

des Urgences. Pour répondre à cette hypothèse, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 11,51$; $p<.01$) en ressort. En effet, les participants ont un score au SPIKES plus élevé au Temps 1 ($M=3,90$, voir tableau 10) qu'au Temps 0 ($M=2,84$, voir tableau 10).

L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) nous montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33)=7,74$; $p<.0,01$). Des analyses post-hoc révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le T0 et le T1 pour le groupe expérimental (M au T0 = 3,21 et M au T1 = 5,14, voir tableau 10) avec les valeurs au SPIKES qui sont significativement augmentées après la formation ($p = .0008$). Ces analyses révèlent également un effet qui se situe entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le SPIKES réalisé lors du Post-test (M du groupe contrôle = 2,67 et M du groupe expérimental = 5,14 avec les valeurs au SPIKES qui sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental ($p = .000019$).

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	$n = 35$		$n = 21$		$n = 14$	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
SPIKES	2,84 (0,32)	3,90 (0,25)	2,48 (0,40)	2,67 (0,31)	3,21 (0,50)	5,14 (0,38)

Tableau 10. Moyennes et écarts-type de la variable SPIKES Competence Form

4.1.2.1.2. Breaking Bad News Assessment Schedule

Le Breaking Bad News Assessment Schedule (BAS) est un questionnaire qui permet d'évaluer plus précisément comment le médecin stagiaire annonce une mauvaise nouvelle. L'hypothèse posée postule que la formation courte augmente le score au Breaking Bad News Assessment Schedule des médecins stagiaires lors de l'annonce de mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences. Pour répondre à cette hypothèse, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 6,44$; $p<0,05$) a été obtenu. En effet, les participants obtiennent un score plus élevé au Temps 1 ($M=3,59$, voir tableau 11) qu'au Temps 0 ($M=3,16$, voir tableau 11).

L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33)= 7,31$; $p<0,05$). Des analyses post-hoc nous révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le T0 et le T1 pour le groupe expérimental (M au T0 = 3,17 et M au T1 = 4,06, voir tableau 11) avec les valeurs au BAS qui sont significativement augmentées après la formation ($p = .013$). Ces analyses révèlent également un effet qui se situe entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le BAS réalisé lors du Post-test (M du groupe contrôle = 3,12 et M du groupe expérimental = 4,06, voir tableau 11) avec les valeurs au BAS qui sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental ($p = .04$).

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	$n = 35$		$n = 21$		$n = 14$	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
BAS	3,16 (0,18)	3,59 (0,15)	3,15 (0,23)	3,12 (0,19)	3,17 (0,29)	4,06 (0,24)

Tableau 11. Moyennes et écarts-type de la Variable *Breaking Bad News Assessment Schedule*

4.1.2.1.3. Health Communication Assessment Tool (HCAT)

Le questionnaire Health Communication Assessment Tool (HCAT) permet d'évaluer les compétences communicationnelles des médecins stagiaires. L'une des hypothèses posées est que la formation courte augmente le score des médecins stagiaires au HCAT lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences. Pour ce faire, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe). Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 22,48$; $p<.001$) a été obtenu. En effet, les participants ont reçu un score général au HCAT plus élevé au Temps 1 (M= 3,83, voir tableau 12) qu'au Temps 0 (M=3,23, voir tableau 12).

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 14	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
HCAT	3,23 (0,16)	3,83 (0,17)	3,18 (0,22)	3,49 (0,30)	3,31 (0,27)	4,35 (0,25)

Tableau 12. Moyennes et écarts-types de la variable Health Communication Assessment Tool

L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33) = 6,55$; $p < .05$). Des analyses post-hoc révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le groupe contrôle et le groupe expérimental lors du post-test (M du groupe contrôle = 3,31 et M du groupe expérimental = 4,35, voir tableau 12) avec les valeurs au HCAT qui sont significativement augmentées pour le Groupe expérimental ($p = .013$).

Afin de préciser l'analyse, le questionnaire a été divisé en cinq sous-échelles : les comportements empathiques, les comportements d'introduction, les comportements visant à construire une relation de confiance ; les comportements d'éducation envers la famille ou le patient et le partage du pouvoir. Pour l'ensemble des sous-échelles, les moyennes et les écarts-types sont mentionnées dans le tableau 13.

	Groupe Général	
	<i>n</i> = 35	
	T0	T1
HCAT	3,23 (0,16)	3,59 (0,15)
Introduction	3,61 (0,93)	3,91 (0,96)
Construction	3,32 (1,07)	3,81 (0,96)
Empathie	3,11 (1,21)	3,79 (1,08)
Education patient - famille	3,26 (1,11)	3,87 (1,13)
Partage du pouvoir	3,36 (1,21)	3,83 (0,92)

Tableau 13. Moyennes et écarts-types des sous-échelles de la variable HCAT

a. Comportements d'introduction

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 22,60; p<.01$) en ressort. En effet, les participants ont un score à l'introduction plus élevé au Temps 1 ($M=3,91$, voir tableau 13) qu'au Temps 0 ($M=3,61$, voir tableau 13). Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

b. Comportements visant à construire une relation de confiance

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 14,75; p<.01$) en ressort. En effet, les participants ont un score à l'introduction plus élevé au Temps 1 ($M=3,81$, voir tableau 13) qu'au Temps 0 ($M=3,32$, voir tableau 13).

L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) nous montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33)=8,34 ; p<.01$).

Des analyses post-hoc nous révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le T0 et le T1 pour le groupe expérimental (M au T0 = 3,43 et M au T1 = 4,44) avec les valeurs au HCAT qui sont significativement augmentées après la formation ($p = .007$). Ces analyses révèlent également un effet qui se situe entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le HCAT construction véritable réalisé lors du Post-test (M du groupe contrôle = 3,4 et M du groupe expérimental = 4,44) avec les valeurs au HCAT qui sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental ($p = .008$).

c. Comportements empathiques

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 15,32; p<.01$) en ressort. En effet, les participants ont un score pour l'empathie plus élevé au Temps 1 ($M=3,79$, voir tableau 13) qu'au Temps 0 ($M=3,11$, voir tableau 13). L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33)=6,04 ; p<.05$).

Des analyses post-hoc révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le T0 et le T1 pour le groupe expérimental (M au T0 = 3,04 et M au T1 = 4,29) avec les valeurs au

HCAT qui sont significativement augmentées après la formation ($p = .005$). Ces analyses révèlent également un effet qui se situe entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le HCAT l'empathie réalisé lors du Post-test (M du groupe contrôle = 3,45 et M du groupe expérimental = 4,29) avec les valeurs au HCAT qui sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental ($p = .02$).

d. Comportement d'éducation envers la famille ou le patient

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33) = 23,37$; $p < .01$) en ressort. En effet, les participants ont un score pour l'éducation du patient-famille plus élevé au Temps 1 (M=3,87, voir tableau 13) qu'au Temps 0 (M=3,26, voir tableau 13). L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33) = 12,64$; $p < .01$).

Des analyses post-hoc révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le T0 et le T1 pour le groupe expérimental (M au T0 = 3,29 et M au T1 = 4,54) avec les valeurs au HCAT qui sont significativement augmentées après la formation ($p = .0004$). Ces analyses révèlent également un effet qui se situe entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le HCAT éducation patient-famille réalisé lors du Post-test (M du groupe contrôle = 3,43 et M du groupe expérimental = 4,54) avec les valeurs au HCAT qui sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental ($p = .002$).

e. Le partage du pouvoir

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33) = 9,34$; $p < .01$) en ressort. En effet, les participants ont un score pour le partage du pouvoir plus élevé au Temps 1 (M=3,83, voir tableau 13) qu'au Temps 0 (M=3,36, voir tableau 13). Aucun autre effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

4.1.2.1.4. Satisfaction des acteurs

Lors du pré-test et du post-test, les acteurs évaluent l'entretien avec le médecin stagiaire à l'aide d'échelles visuelles analogiques. L'une des hypothèses posées est que la formation courte augmente la satisfaction des acteurs concernant la prestation des médecins stagiaires lors de l'annonce de mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences. Pour répondre à cette hypothèse, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 10,06$; $p<.05$) est obtenu. En effet, les acteurs ont été plus satisfaits des participants au Temps 1 (6,45, voir tableau 14) qu'au Temps 0 (5,68, voir tableau 14).

L'ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) nous montre également un effet d'interaction entre le Temps et le Groupe ($F(1,33)=4,73$; $p<.05$). Des analyses post-hoc nous révèlent que cet effet se situe spécifiquement entre le groupe contrôle et le groupe expérimental lors du post-test (M du groupe contrôle = 5,73 et M du groupe expérimental = 7,18) avec des valeurs au questionnaire concernant la satisfaction des acteurs qui sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental ($p=.013$).

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 14	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Satisfaction des acteurs	5,68 (0,27)	6,45 (0,28)	5,59 (0,34)	5,73 (0,35)	5,76 (0,42)	7,18 (0,42)

Tableau 14. Moyennes et écarts-types de la variable Satisfaction des acteurs

4.1.2.2. Le stress ressenti

Le stress ressenti des médecins stagiaires a été évalué à l'aide d'une échelle visuelle analogique lors du pré-test et du post-test. L'une des hypothèses posées est que la formation courte diminue le stress ressenti par le médecin stagiaire lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences. Pour répondre à cette hypothèse, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 4,28$; $p<.05$) en ressort.

En effet, les participants manifestent significativement moins de stress au temps 1 ($M = 5,14$, voir tableau 15) qu'au temps 0 ($M = 5,95$, voir tableau 15). Nous n'obtenons aucun autre effet principal ni d'effet d'interaction.

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	$n = 35$		$n = 21$		$n = 14$	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Stress	5,95 (0,32)	5,14 (0,34)	5,69 (0,41)	5,27 (0,43)	6,2 (0,50)	5,02 (0,52)

Tableau 15. Moyennes et écarts-types de la variable Stress ressenti

4.1.2.3. Le sentiment de compétence perçu

Un questionnaire concernant le sentiment de compétence perçu lors du pré-test et du post-test a été donné aux médecins stagiaires. La deuxième hypothèse postule que la formation courte augmente le sentiment de compétence perçu par le médecin stagiaire lors de annonce d'une mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences. Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33) = 10,46$; $p < .01$) apparait. En effet, les participants ont un sentiment de compétence perçu plus élevé au Temps 1 ($M = 2,64$, voir tableau 16) qu'au Temps 0 ($M = 2,28$, voir tableau 16). Aucun autre effet principal ni d'effet d'interaction n'est obtenu.

Afin de préciser l'analyse, le questionnaire a été divisé en sept sous-échelles :

1. Annoncer une mauvaise nouvelle (Facteur A);
2. Gérer votre communication verbale lors d'une annonce de mauvaise nouvelle (Facteur B) ;
3. Gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors d'une annonce de mauvaise nouvelle (Facteur C) ;
4. Identifier les émotions et les réactions d'autrui lors d'une annonce de mauvaise nouvelle (Facteur D) ;
5. Accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions (Facteur E);
6. Mener un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle structuré (Facteur F) ;

7. Faire passer un message difficile en limitant autant que possible les dommages pour le récepteur (Facteur G).

Des ANOVAS à mesures répétées ont été réalisées pour chaque sous-échelle.

	Groupe général	
	<i>n</i> = 6	
	T0	T1
Compétence	2,28 (0,10)	2,64 (0,11)
<i>Facteur A</i>	1,67 (0,08)	2,28 (0,09)
<i>Facteur B</i>	2,63 (0,11)	2,94 (0,11)
<i>Facteur C</i>	2,33 (0,12)	2,75 (0,14)
<i>Facteur D</i>	2,59 (0,15)	2,86 (0,14)
<i>Facteur E</i>	2,14 (0,13)	2,38 (0,16)
<i>Facteur F</i>	2,19 (0,14)	2,67 (0,16)
<i>Facteur G</i>	2,03 (0,12)	2,40 (0,17)

Tableau 16. Moyennes et écarts-types de la variable Compétence perçue

1. Annoncer une mauvaise nouvelle : Facteur A

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33) = 52,38$; $p < .001$) en ressort. En effet, les participants manifestent significativement un sentiment de compétence perçue concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle plus élevé au Temps 1 ($M = 2,28$, voir tableau 16) qu'au Temps 0 ($M = 1,67$, voir tableau 16). Aucun autre effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

2. Gérer votre communication verbale lors de l'annonce de mauvaise nouvelle :

Facteur B

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

3. Gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : Facteur C

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33) = 7,26$; $p < .05$) en ressort. En effet, les participants

manifestent significativement un sentiment de compétence perçu concernant la gestion de la communication non-verbale et des émotions lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle plus élevé au Temps 1 ($M=2,75$, voir tableau 16) qu'au Temps 0 ($M=2,33$, voir tableau 16). Aucun autre effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

4. Identifier les émotions et les réactions d'autrui lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : Facteur D

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 5,06$; $p<.05$) en ressort. En effet, les participants manifestent significativement un sentiment de compétence perçu concernant l'identification des émotions et des réactions d'autrui lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle plus élevé au Temps 1 ($M=2,86$, voir tableau 16) qu'au Temps 0 ($M=2,59$, voir tableau 16). Aucun autre effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

5. Accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions : Facteur E

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

6. Mener un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle structuré : Facteur F

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33)= 8,82$; $p<.001$) en ressort. En effet, les participants manifestent significativement un sentiment de compétence perçue pour mener un entretien structuré lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle plus élevé au Temps 1 ($M=2,67$, voir tableau 16) qu'au Temps 0 ($M=2,19$, voir tableau 16). Aucun autre effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

7. Faire passer un message difficile en limitant autant que possible les dommages pour le récepteur : Facteur G

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Un effet principal de Temps ($F(1,33) = 7,24; p < .05$) en ressort. En effet, les participants manifestent significativement un sentiment de compétence perçue pour faire passer un message difficile lors de l'annonce de mauvaise nouvelle plus élevé au Temps 1 ($M=2,40$, voir tableau 16) qu'au Temps 0 ($M=2,03$, voir tableau 16). Aucun autre effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

4.2. Evaluation des compétences communicationnelles des médecins stagiaires lors d'une consultation tout-venant aux Urgences

4.2.1. Statistiques descriptives

4.2.1.1. Données sociodémographiques

Les huit participants du mois d'avril 2018 ont été invités à être suivis lors d'une consultation tout-venant durant leur stage au sein du service des Urgences. Six étudiants ont accepté d'être suivis au service des Urgences. Parmi eux, trois étudiants étaient issus du groupe contrôle et trois autres du groupe expérimental.

Pour résumer les statistiques descriptives, le tableau 17 reprend les données concernant les médecins stagiaires ayant accepté de participer à l'étude. Ces données reprennent leur âge et leur genre.

Un test Mann-Whitney a été réalisé afin d'évaluer si l'âge des médecins stagiaires dans le groupe contrôle et le groupe expérimental a été réparti de manière équivalente dans cet échantillon réduit. Le test n'a pas montré de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe expérimental pour l'âge ($p = .66$, voir tableau 17).

Un test statistique Chi-Carré de Pearson a été effectué dans le but d'évaluer l'indépendance entre la variable Genre et la variable Groupe. Le test a présenté une valeur Chi-Carré de 0,67 avec un $p = .44$. Ces résultats ne permettent pas de rejeter l'hypothèse de l'indépendance entre la variable Genre et la variable Groupe ($p > .05$, voir tableau 17).

Paramètres	Groupe général	Groupe contrôle	Groupe expérimental	P valeur
	<i>n</i> = 6	<i>n</i> = 3	<i>n</i> = 3	
Age	26,33 ± 3,02	27,33 ± 4,04	25,33 ± 2,51	0,66
Genre				0,41
<i>Homme</i>	3 (50%)	2 (66,66%)	1 (33,33%)	
<i>Femme</i>	3 (50%)	1 (33,33%)	2 (66,66%)	

Tableau 17. Récapitulatif des données sociodémographiques des participants

Concernant les patients tout-venant aux Urgences, ces derniers ont une moyenne d'âge de 57,17 ans ($\pm 20,8$) avec une majorité d'hommes (75%) et une minorité de femmes (25%).

4.2.2. Les statistiques inférentielles

4.2.2.1. Les compétences communicationnelles

4.2.2.1.1. Health Communication Assessment Tool (HCAT)

Le questionnaire Health Communication Assessment Tool (HCAT) permet d'évaluer les compétences communicationnelles des médecins stagiaires. L'une des hypothèses posées est que la formation courte augmente le score des médecins stagiaires au HCAT lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences. Pour ce faire, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu (Tableau 18).

	Groupe général	
	<i>n</i> = 35	
	T0	T1
HCAT	3,61 (0,48)	3,59 (0,65)
Introduction	3,79 (0,66)	3,54 (0,73)
Construction véritable	3,33 (0,48)	3,51 (0,66)
Empathie	3,17 (0,52)	3,42 (0,86)
Education patient - famille	3,5 (0,62)	3,56 (0,96)
Partage du pouvoir	3,67 (0,51)	3,92 (0,59)

Tableau 18. Moyennes et écarts-types de la variable HCAT

Afin de préciser l'analyse, le questionnaire a été divisé en cinq sous-échelles : l'introduction, la construction véritable, l'empathie, l'éducation patient – famille et le partage du pouvoir. Pour l'ensemble des sous-échelles, les moyennes et les écarts-types sont mentionnés dans le tableau 18.

a. Comportement d'introduction

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

b. Comportements visant à construire une relation de confiance

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

c. Comportements empathiques

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

d. Comportements d'éducation envers la famille ou le patient

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

e. Le partage du pouvoir

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

4.2.2.1.2. Satisfaction des acteurs

Lors du pré-test et du post-test, les patients évaluent l'entretien avec le médecin stagiaire à l'aide d'échelles visuelles analogiques. L'une des hypothèses posées est que la formation courte augmente la satisfaction des patients concernant la prestation des médecins stagiaires lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences. Pour répondre à cette hypothèse, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu (Tableau 19).

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	<i>n</i> = 6		<i>n</i> = 3		<i>n</i> = 3	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Satisfaction des patients	8,82 (1,34)	9,36 (0,92)	8,07 (1,63)	8,87 (1,17)	9,57 (0,4)	9,83 (0,29)

Tableau 19. Moyennes et écarts-types de la variable Satisfaction des acteurs

4.2.2.2. *Le stress ressenti*

Le stress ressenti des médecins stagiaires a été évalué à l'aide d'une échelle visuelle analogique lors du pré-test et du post-test. L'une des hypothèses posées est que la formation courte diminue le stress ressenti par le médecin stagiaire lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences. Pour répondre à cette hypothèse, une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée (voir tableau 20). Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

	Groupe général		Groupe contrôle		Groupe expérimental	
	n = 6		n = 3		n = 3	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Stress ressenti	2,17 (2,01)	1,33 (1,03)	2,17 (2,93)	1,33 (0,58)	2,17 (1,25)	1,33 (1,53)

Tableau 20. Moyennes et écarts-types de la variable Stress Ressenti

4.2.2.3. *Le sentiment de compétence perçu*

Un questionnaire concernant le sentiment de compétence perçu lors du pré-test et du post-test a été donné aux médecins stagiaires. La deuxième hypothèse est que la formation courte augmente le sentiment de compétence perçu par le médecin lors d'une consultation tout-venant au sein du département des Urgences.

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée (voir tableau 21). Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

Afin de préciser l'analyse, le questionnaire a été divisé en sept sous-échelles : Annoncer une mauvaise nouvelle (Facteur A); Gérer votre communication verbale lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Facteur B) ; Gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Facteur C) ; Identifier les émotions et les réactions d'autrui lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Facteur D) ; Accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions (Facteur E) ; Mener un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle structuré (Facteur F) ; Faire passer un message difficile en limitant autant que

possible les dommages pour le récepteur (Facteur G). Des ANOVAS à mesures répétées ont été réalisées pour chaque sous-échelle.

	Groupe général	
	<i>n</i> = 6	
	T0	T1
Compétence	2,58 (0,68)	2,88 (0,97)
<i>Facteur A</i>	3,22 (0,81)	3 (1,07)
<i>Facteur B</i>	2,89 (0,69)	3 (1,14)
<i>Facteur C</i>	2,45 (0,58)	2,94 (1,25)
<i>Facteur D</i>	2,45 (0,58)	3,28 (1,16)
<i>Facteur E</i>	2,11 (0,89)	2,28 (0,81)
<i>Facteur F</i>	2,83 (0,96)	3,06 (0,68)
<i>Facteur G</i>	2,11 (1,02)	2,61 (1,1)

Tableau 21. Moyennes et écarts-types de la variable Compétence perçue

a. Annoncer une mauvaise nouvelle : Facteur A

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

b. Gérer votre communication verbale lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : Facteur B

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

c. Gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : Facteur C

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

d. Identifier les émotions et les réactions d'autrui lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : Facteur D

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

e. Accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions : Facteur E

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

f. Mener un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle structuré : Facteur F

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

g. Faire passer un message difficile en limitant autant que possible les dommages pour le récepteur : Facteur G

Une ANOVA à mesures répétées 2x2 (Temps x Groupe) a été réalisée. Aucun effet, ni principal, ni d'interaction n'a été obtenu.

4.3. Entretiens avec les médecins

Vingt-cinq médecins urgentistes du CHU de Liège, site du Sart Tilman et site Notre-Dame des Bruyères, ont été contactés par email pour faire un entretien concernant leur pratique de terrain sur l'annonce de mauvaise nouvelle. Parmi eux, six médecins urgentistes ont accepté de faire cet entretien.

Après avoir remercié les médecins urgentistes d'avoir accordé leur temps pour l'entretien, la première question posée portait sur les éventuelles étapes que le médecin urgentiste utilise pour annoncer une mauvaise nouvelle à un patient ou à la famille de celui-ci. Sur l'ensemble des médecins urgentistes interrogés, quatre d'entre eux ont, en premier, mentionné l'importance de l'adaptation à la situation lorsqu'ils annoncent une mauvaise nouvelle à un patient et ou à sa famille. Cinq médecins urgentistes disent ne pas avoir d'étapes à proprement parler mais ont des points importants qu'ils respectent. Un médecin urgentiste a précisé que son annonce était influencée par différents facteurs contextuels : l'âge du patient, ses antécédents, sa qualité de vie, son diagnostic et si celui-ci était seul ou accompagné. Un autre médecin a également mentionné qu'il s'adaptait à la situation car il n'y a pas

deux patients les mêmes, deux situations les mêmes pour annoncer une mauvaise nouvelle.

Concernant l'environnement dans lequel les médecins urgentistes pensent qu'il est favorable d'annoncer une mauvaise nouvelle, cinq médecins urgentistes ont précisé qu'il était important de trouver un endroit calme, confortable, isolé et permettant de l'intimité. L'un d'entre eux a mentionné l'importance de donner, au minimum, une tasse de café, un verre d'eau et si possible, un petit biscuit.

Ensuite, la posture du médecin a également été citée par deux médecins. Un médecin précise qu'il essaye toujours de se mettre à hauteur du patient lorsqu'il annonce une mauvaise nouvelle afin de le mettre à l'aise. Ainsi, il propose au patient et/ ou à sa famille de s'asseoir. Concernant les personnes présentes lors de l'entretien, un médecin urgentiste dit que si la famille lui a demandé d'être présente lors de l'entretien, il les fait, en général, entrer. Lorsqu'il y a beaucoup de monde avec des proches et des moins proches, le médecin demande à chaque personne de s'identifier afin d'essayer de comprendre qui sont les plus proches. S'il y a trop de monde, il prend les parents, les frères et sœurs ou les conjoints.

Un autre point important cité par deux médecins urgentistes est l'accompagnement de la personne. Ces derniers font en sorte que le patient ne se sente pas seul face au diagnostic donné. Ensuite, un point repris par l'ensemble des médecins interrogés est l'importance de la compréhension de la situation par les patients et leurs familles. L'un d'entre eux souligne l'importance d'annoncer le diagnostic avec des mots simples, en évitant le jargon. Après avoir annoncé le diagnostic et le traitement éventuel, deux médecins pointent qu'il est important de demander au patient et/ou à sa famille de réexpliquer la situation afin de s'assurer qu'ils ont bien compris. C'est après avoir annoncé le diagnostic et demandé si les interlocuteurs ont bien compris

qu'un des médecins urgentistes pense qu'il intéressant de leur laisser la possibilité de poser des questions concernant la situation.

L'un des médecins urgentistes souligne également l'importance de donner des timings au patient et/ou à sa famille. Par exemple, leur dire quand le médecin va revenir pour donner des informations complémentaires ou leur dire quand ils vont passer un examen. Cela permet de ne pas laisser le patient seul à attendre aux service des Urgences.

Concernant le suivi des patients, cinq médecins urgentistes ont mentionné l'importance d'expliquer au patient le suivi du traitement ou l'issue du traitement afin qu'il puisse prendre des décisions.

Un deuxième thème abordé lors de l'entretien est l'adaptation du médecin sur la manière d'annoncer une mauvaise nouvelle en fonction de la culture du patient et de la famille. A cette question, deux médecins urgentistes disent essayer de s'informer au préalable des habitudes culturelles du patient afin de savoir comment agir de manière appropriée. Un des médecins urgentistes interrogé dit s'adapter en fonction de ce qu'il connaît de la culture. Ayant été membre de B-FAST, une équipe d'action rapide lors d'émergence de situations urgentes, ce dernier a reçu une formation sur les différences culturelles lors du contact avec un patient. Les trois autres médecins urgentistes disent ne pas forcément s'adapter à la culture du patient mais plutôt à chaque patient individuellement. L'un des médecins précise s'adapter à la situation et non à la culture.

Pour finir, grâce à leur expérience de terrain, l'ensemble des médecins ont validé le protocole SPIKES. Certains disent déjà utiliser les différentes étapes, sans connaître le protocole en question.

Chapitre 5 : Discussion

L'annonce d'une mauvaise nouvelle fait partie des tâches quotidiennes du médecin et nécessite des capacités communicationnelles élevées (Chumpitazi, C. E. et al., 2016). Des guidelines pour aider les médecins à annoncer une mauvaise nouvelle ont été conçues. Certaines d'entre elles, comme le protocole SPIKES, s'avèrent efficaces pour annoncer une mauvaise nouvelle et sont largement utilisées en Europe et aux Etats-Unis (Narayanan, Bista & Koshy, 2010). Le suivi strict d'une guideline ne suffit pas au médecin pour annoncer une mauvaise nouvelle de manière appropriée. Ce dernier doit développer des compétences plus larges comme les compétences communicationnelles. Malgré une demande importante des étudiants en médecine pour avoir des formations à ce sujet, on constate un manque de formations à ce sujet, surtout dans le domaine des Urgences.

Cette étude avait pour but de tester l'impact d'une formation courte basée sur la simulation par jeux de rôles sur la manière d'annoncer une mauvaise nouvelle aux Urgences, en la comparant à l'enseignement traditionnel, le stage. L'objectif était de vérifier cet impact en termes d'évolution des compétences communicationnelles, du sentiment de compétence et d'une diminution du stress ressenti par le médecin lors d'une annonce de mauvaise nouvelle simulée au sein du département des Urgences, et de montrer une amélioration plus importante des compétences communicationnelles des jeunes médecins sur le terrain lors de consultations tout-venant aux Urgences.

Pour répondre à ces objectifs, un échantillon de 35 stagiaires du bloc 3 et du bloc 4 du master en médecine effectuant un stage au sein du service des Urgences du CHU de Liège entre novembre 2017 et mai 2018 a été recruté. Ces stagiaires ont été répartis aléatoirement en deux groupes comprenant 14 participants dans le groupe

expérimental (pré-test, formation, post-test) et 21 participants dans le groupe contrôle (pré-test, post-test, formation).

L'hypothèse posée postule que les performances au post-test (T1) du groupe expérimental seraient significativement meilleures que leurs performances mesurées au pré-test (T0) et seraient plus élevées que celles du groupe contrôle en post-test (T1), en termes de compétences communicationnelles, sentiment de compétence et diminution du stress. Cette hypothèse a également été vérifiée sur le terrain, lors de consultations tout-venant aux Urgences. Dans les deux contextes, il était postulé que la satisfaction des interlocuteurs, que ce soit pour les acteurs lors de la simulation ou pour les patients tout-venant aux Urgences, serait augmentée lors des entrevues avec les médecins stagiaires ayant bénéficié de la formation.

5.1. Données quantitatives récoltées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle simulée

5.1.1. Compétences communicationnelles

Ces compétences ont été mesurées à l'aide de trois grilles analysées par un évaluateur, ainsi que par les questionnaires de satisfaction soumis aux acteurs de la simulation et aux patients lors des consultations tout-venant.

5.1.1.1. SPIKES Competence Form

Les résultats de cette grille nous révèlent que la formation a été bénéfique pour améliorer les compétences communicationnelles des médecins. Ils montrent spécifiquement que les étudiants ayant bénéficié de la formation ont de meilleures performances dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle et qu'ils respectent davantage les six étapes du protocole SPIKES.

En effet, les résultats révèlent que globalement, les participants ont un score plus élevé au T1 qu'au T0. On pourrait expliquer ce phénomène par le fait qu'après la première évaluation auprès des acteurs, l'ensemble des étudiants, qu'ils soient dans le groupe contrôle ou dans le groupe expérimental, ont réfléchi à comment annoncer une mauvaise nouvelle et se sont améliorés. Cependant, ces résultats montrent que pour le groupe expérimental, les valeurs au SPIKES sont significativement plus

élevées au T1 qu'au T0 et que ces valeurs sont significativement plus élevées pour le groupe expérimental au post-test que pour le groupe contrôle. Le protocole SPIKES a donc été davantage utilisé par les participants du groupe expérimental après la formation. Ce résultat est positif car il montre que la formation a bien permis au médecin stagiaire d'intégrer le protocole dans sa pratique.

5.1.1.2. Breaking Bad News Assessment Schedule

Le Breaking Bad News Assessment Schedule (BAS) se penche sur la performance des participants dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Il comporte cinq sections ; la mise en place, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, les préoccupations suscitées, les informations données, les considérations générales. Les résultats révèlent que globalement, les participants ont un meilleur score au T1 qu'au T0. Plus précisément, le groupe expérimental présente de meilleurs scores au T1 qu'au T0 et présente également un score plus élevé au T1 que le groupe contrôle.

5.1.1.3. Grille Health Communication Assessment Tool

Une dernière grille remplie s'intéresse aux compétences communicationnelles des participants et se divise en cinq facteurs : les comportements empathiques, les comportements d'introduction, les comportements visant à construire une relation de confiance, les comportements d'éducation envers la famille ou le patient et le partage du pouvoir. Les résultats montrent que les participants du groupe expérimental ont de meilleures performances au HCAT après avoir bénéficié de la formation. En effet, les résultats sont meilleurs pour trois types de comportements : les comportements visant à construire une relation de confiance, les comportements empathiques et les comportements d'éducation envers la famille et le patient. Les résultats de ces deux questionnaires (BAS et HCAT) montrent que les participants ayant bénéficié de la formation présentent une meilleure performance pour annoncer une mauvaise nouvelle que les participants du groupe contrôle. Ces résultats montrent l'efficacité de la formation intensive et sont en accord avec une étude réalisée par Devallez, Liénard, Gibon, Razavi en 2014. Ces auteurs ont également étudié l'impact d'une formation intensive de 30 heures de jeux de rôles entre pairs. Les résultats ont montré un impact de la formation sur les stratégies de

communication utilisées, l'inclusion du proche dans la consultation d'annonce et l'activation physiologique des médecins.

5.1.1.4. Satisfaction des acteurs

Les résultats montrent que les acteurs sont significativement plus satisfaits de la communication avec les stagiaires ayant bénéficié de la formation au T1. L'ensemble de ces résultats (trois grilles et le questionnaire) confirme que la formation courte utilisant les jeux de rôles permet aux médecins stagiaires d'améliorer leur performance dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle et de développer des compétences communicationnelles, et ce, de manière significative en regard de l'apprentissage traditionnel, le stage.

5.1.2. Stress ressenti

Globalement, l'ensemble des participants, qu'ils aient reçu la formation ou non, ont ressenti un stress plus faible lors de la deuxième simulation auprès des acteurs pour annoncer une mauvaise nouvelle. Ce résultat pourrait être expliqué par le contexte d'apprentissage dans lequel s'insère l'étude. En effet, parallèlement à l'étude, les étudiants vivent leurs premiers mois de stage au sein des différents départements du Centre Hospitalier Universitaire, y acquièrent de l'expérience et augmentent leurs compétences dans différents domaines. Ce gain de compétence pourrait avoir impacté le sentiment de stress ressenti.

Le coping peut être une seconde explication concernant la diminution du sentiment de stress ressenti chez les participants. Selon Keitel et al. (2011), le sentiment qu'éprouve une personne concernant sa capacité à gérer une situation influence son état de stress. Les auteurs s'intéressent tout particulièrement à la simulation haute-fidélité en situation d'urgence et avancent que l'exposition répétée à des situations d'urgences pourraient amener les sujets à penser qu'ils ont les capacités requises pour faire face à la situation et la gérer. Ces résultats pourraient expliquer la diminution du stress ressenti pour l'ensemble des sujets. Les participants se

sentiraient moins stressés car ils annoncent deux fois la même mauvaise nouvelle aux deux mêmes acteurs.

5.1.3. *Sentiment de compétence perçu*

L'ensemble des participants se manifestent plus confiants concernant leurs connaissances et leurs capacités à appliquer ces connaissances pour annoncer une mauvaise nouvelle.

Afin d'être plus précis dans l'analyse, des analyses statistiques ont également été effectuées pour les différentes sous-échelles évaluées dans le questionnaire reprenant le sentiment de compétence perçu par les participants. Les résultats montrent une augmentation significative du sentiment de compétence pour l'ensemble des participants dans les sous-échelles concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle en général, la gestion de la communication non-verbale et des émotions, l'identification des émotions et des réactions d'autrui, la tenue d'un entretien et la capacité à faire passer un message difficile. Ces résultats montrent qu'indépendamment de la formation, les participants ont un sentiment de compétence plus élevé au T1. Ce sentiment pourrait être dû à un gain de confiance grâce à leur pratique sur le terrain en stage de médecine, ainsi qu'au phénomène de coping.

Une étude menée par Hogbood et al. (2005) a également mis en évidence une augmentation du sentiment de compétence et du sentiment de confiance chez des étudiants en médecine ayant participé à une formation courte sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Comptant un échantillon de 20 participants mais en l'absence d'un groupe contrôle, les résultats de cette étude ont montré une augmentation du sentiment de confiance et du sentiment de compétence. Néanmoins, il est difficile de comparer la recherche menée par Hogbood et al. (2005) et cette présente étude car leur recherche ne comporte pas de groupe contrôle ; et c'est précisément l'absence

de différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle qui pose question ici.

5.1.4. Discordance entre la compétence réelle et le sentiment de compétence perçu

Dans notre recherche, une discordance apparaît entre la satisfaction des acteurs – significativement plus satisfaits de l’entretien avec les médecins stagiaires ayant suivi la formation – et le sentiment de compétence perçu par les participants : tous ont un sentiment de compétence plus élevé au T1 qu’au T0, même si les participants du groupe expérimental ont une moyenne plus élevée après la formation, mais pas significativement plus élevée que le groupe contrôle.

Par ailleurs, une deuxième discordance apparaît entre la compétence mesurée à l’aide des grilles évaluant la performance des participants et le sentiment de compétence perçu. L’ensemble des grilles complétées par un évaluateur montrent une augmentation des compétences pour les étudiants ayant bénéficié de la formation, alors que le sentiment de compétence perçu n’est pas significativement plus élevé pour les participants ayant reçu la formation, comparé aux participants du groupe contrôle. Ces résultats vont dans le même sens qu’une étude réalisée par Morgan & Cleave-Hogg (2002). Ceux-ci se sont penchés sur la relation entre la confiance et la compétence mesurée avec 144 étudiants en médecine. Les résultats ne montrent aucune corrélation entre la confiance et la compétence. Les auteurs ont supposé que ce manque de corrélation seraient liés à la qualité de l’apprentissage, à la qualité et la quantité de supervision et de rétroaction reçues pendant l’acquisition des compétences, à quel point les élèves perçoivent l’apprentissage des compétences comme important, l’enthousiasme de l’enseignant et de l’élève dans le processus éducation et la validité de l’évaluation de la performance elle-même. Par ailleurs, selon Adamson, Kardong-Edgren & Willhaus (2013) une auto-évaluation concernant le sentiment de compétence est le résultat d’un jugement affectif, qui

n'est pas toujours représentatif du niveau de compétence réel des apprenants et il est ainsi difficile d'en tirer des conclusions définitives.

5.2. Données quantitatives récoltées lors de consultations tout-venant aux Urgences

D'autres analyses ont été également réalisées lors de consultations tout-venant aux Urgences. Le but de ces analyses était de comparer l'impact d'une formation courte en termes d'évolution des compétences communicationnelles, du sentiment de compétence et d'une diminution du stress ressenti par le médecin lors d'une consultation tout-venant sur le terrain. Pour répondre à cet objectif, l'ensemble des étudiants du mois d'avril 2018 ont été invités à participer à cet autre versant de la recherche. Un échantillon de six étudiants a été constitué avec trois étudiants du groupe contrôle et trois étudiant du groupe expérimental. Les étudiants ont ainsi été suivis aux Urgences deux fois : après le pré-test et après le post-test.

Concernant les résultats obtenus, que ce soit pour le stress ressenti des médecins, leur sentiment de compétence perçu, l'évaluation par la grille HCAT ou la satisfaction des patients, aucun effet n'a été obtenu. La formation n'étant pas centrée sur la consultation tout-venant aux Urgences précisément, il n'est pas étonnant que le stress ressenti et que le sentiment de compétence soient stables dans le temps. Cependant, il est surprenant qu'une amélioration des compétences communicationnelles marquées dans le score au HCAT ne se présente pas. Ce phénomène pourrait être expliqué par un échantillon trop restreint ($n=6$), ce qui ne laisse pas la possibilité aux tendances de se dévoiler. De plus, il est difficile de comparer une performance pour annoncer une mauvaise nouvelle avec une anamnèse avec un patient.

Par ailleurs, la satisfaction des patients a également été analysée et comme ailleurs, aucun effet n'a été obtenu. Ce phénomène pourrait être également expliqué par un échantillon trop restreint ($n=6$) et par le biais de désirabilité sociale. Les patients, juste après avoir eu leur premier contact avec le médecin, sont amenés à juger l'entretien à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Au vu de l'espace restreint du

Département des Urgences au CHU de Liège, il est difficile de donner aux patients un endroit isolé où ils peuvent remplir ce questionnaire sans que le médecin ne voie ce qu'il fait. Le phénomène de désirabilité sociale est défini par Crowne & Marlowe (1960) comme le « résultat de la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable ». Ce phénomène peut pousser les patients à donner des réponses socialement désirables lorsqu'ils remplissent le questionnaire concernant leur satisfaction de l'entrevue.

5.3. Entretiens avec les médecins urgentistes

La dernière partie de l'étude consiste en entretiens avec les médecins urgentistes sur le terrain afin d'avoir un aperçu de la pratique réelle de ceux-ci et de récolter leur avis concernant le protocole SPIKES enseigné lors de la formation intensive de 4 heures. Pour ce faire, six médecins urgentistes du Centre Hospitalier Universitaire de Liège ont accepté de faire un entretien.

Ces entretiens ont mis en évidence certains critères importants pour les personnes de terrain concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Un des aspects le plus rapidement évoqué était l'importance de l'adaptation à la situation et à la personne. En effet, comme les travaux de Richard, Lussier, Galarneau & Jamoulle (2010) l'indiquent, l'une des trois capacités à acquérir pour maîtriser les compétences communicationnelles est la capacité d'adaptation en fonction des différentes situations et des différents interlocuteurs.

Ensuite, un médecin urgentiste a précisé que son annonce était influencée par différents facteurs externes et internes. Cela rejoint les travaux de Bousquet et al. (2015) qui met en évidence différents facteurs externes qui façonnent la rencontre entre le professionnel de la santé et le patient. Parmi les facteurs externes, le médecin a cité les facteurs systémiques et institutionnels comme les barrières logistiques, en prenant pour exemple le manque d'un endroit isolé pour annoncer une mauvaise nouvelle.

De la même manière, cinq médecins urgentistes ont précisé qu'il était important de trouver un endroit calme, confortable, isolé et permettant de l'intimité, ce qui se recoupe avec la première étape du protocole SPIKES, la « Situation », reprenant l'importance de mettre en place l'entretien en arrangeant l'endroit pour créer un peu d'intimité. Le médecin a également cité quelques facteurs qui peuvent influencer l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme l'âge du patient, ses antécédents, sa qualité de vie, son diagnostic et si celui-ci était seul ou accompagné.

Un autre point abordé lors de l'entretien porte sur les facteurs culturels qui influencent l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Une étude menée par Tavakol, Murphy & Torabi (2008) met en évidence des différences culturelles entre l'Iran et la culture Occidentale. Ils nous expliquent que les médecins y protègent les patients concernant leur diagnostic et ne leur disent pas la gravité de la situation, de peur d'affecter la qualité de vie du patient gravement malade. Par conséquent, l'une des questions abordées porte sur l'adaptation des médecins aux différentes cultures. A cette question, certains disent essayer de s'informer au préalable sur les habitudes culturelles et d'autres disent ne pas forcément s'adapter à la culture du patient mais plutôt à chaque patient individuellement. L'un des médecins précise s'adapter à la situation et non à la culture.

En outre, la posture du médecin a également été mentionnée par deux médecins. En effet, comme Watzlawick (1972) le met en évidence dans un des axiomes de la communication, « on ne peut pas ne pas communiquer ». Par conséquent, la posture que le médecin va adopter envoie un message à son patient. Il est donc important que le médecin soit attentif aux messages non verbaux qu'il envoie à son interlocuteur, comme par exemple prendre le temps de s'asseoir et de faire asseoir la famille comme décrit dans l'étape « Situation » du protocole SPIKES.

Un autre point cité par deux médecins urgentistes est l'accompagnement de la personne. Ces derniers font en sorte que le patient ne se sente pas seul face au diagnostic donné. Ces deux mêmes médecins citent également l'importance de donner réponses empathiques au patient et/ou à sa famille. Ceci rejoint l'étape « Emotions » du protocole SPIKES qui recommande d'identifier les émotions et leurs sources afin de s'adresser aux émotions du patient avec des réponses empathiques.

Enfin, un point repris par l'ensemble des médecins interrogés est l'importance de la compréhension de la situation par les patients et leurs familles car souvent les médecins pensent avoir fait passer un message clair auprès du patient et de la famille et celui-ci n'a pas été bien compris. Ceci est en accord avec l'étape « Perception » et « Connaissance » du protocole SPIKES où il est recommandé d'évaluer la perception qu'a le patient de sa situation médicale et de lui amener ensuite de l'information dans un langage à sa portée afin qu'il comprenne sa prise en charge et son suivi. L'évaluation de la compréhension du patient est également reprise dans la dernière étape, l'étape « Strategy and Summary ». Ceci rejoint Engel et al. (2009), selon lesquels il est important que les patients comprennent correctement leur prise en charge et les instructions qu'ils doivent suivre à la suite de leur visite aux Urgences. Ces auteurs ont évalué la compréhension des patients concernant leur prise en charge et les instructions qui leur ont été données au département des Urgences à leur sortie. Pour évaluer ceci, les chercheurs ont mené 140 entrevues structurées avec des patients après leur sortie du service des Urgences. Quatre domaines ont été investigués : leur compréhension concernant le diagnostic et sa cause, la prise en charge aux Urgences, les soins après leur visite aux Urgences, et les instructions concernant leur retour. Les résultats ont montré que 78% des patients présentent une compréhension déficiente dans au moins un domaine et 51% des patients dans deux domaines ou plus. La majorité des patients qui ont eu un déficit de compréhension ne s'en sont pas aperçus. Par conséquent, il est important d'expliquer le diagnostic et le traitement éventuel en évitant le jargon et de demander

au patient et/ou à la famille s'il a bien compris et éventuellement, de lui faire répéter ce qu'il a compris.

Concernant le suivi des patients, cinq médecins urgentistes ont mentionné l'importance d'expliquer au patient le suivi du traitement ou l'issue du traitement afin qu'il puisse prendre des décisions. Cela rejoint la dernière étape du protocole SPIKES « Strategy and Summary » qui recommande de s'assurer du suivi du patient et d'écrire un résumé de l'entretien dans le dossier médical du patient.

5.4. Limites de l'étude

L'une des premières limites de la recherche est la taille de l'échantillon ($n = 35$). Un échantillon d'une plus grande taille aurait pu permettre une meilleure généralisation des résultats et aurait probablement donné des résultats plus significatifs. Le nombre restreint de participants peut s'expliquer par des problèmes techniques concernant le son des enregistrements vidéos au mois de décembre 2017. En outre, la taille du groupe expérimental ($n=21$) et du groupe contrôle ($n=14$) n'est pas identique. Dans des recherches futures, il serait intéressant d'obtenir un échantillon plus large avec deux groupes de même taille.

Par ailleurs, l'échantillon des stagiaires en médecine était restreint également car la formation concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle n'était proposée qu'aux étudiants du Bloc 3 et Bloc 4 effectuant un stage au sein des Urgences du CHU de Liège, site du Sart Tilman. Afin d'augmenter le nombre de participants, il serait intéressant d'élargir la formation aux étudiants effectuant un stage aux Urgences du CHU de Liège, site de Notre-Dame des Bruyères.

De plus, l'échantillon constitué pour les consultations tout-venant aux Urgences ($n=6$) et les entretiens avec les médecins urgentistes ($n = 6$) est également restreint et mériterait d'être plus étoffé.

Une deuxième limite consiste en l'évaluation des entrevues simulées et des consultations tout-venant aux Urgences. Cette évaluation a été réalisée par un seul évaluateur. Dans une future recherche, il serait préférable de faire effectuer cette évaluation par deux évaluateurs et de réaliser un coefficient alpha de Cronbach dans le but d'étudier la cohérence interne des réponses des deux évaluateurs pour les différents questionnaires.

Une troisième limite concerne la satisfaction des patients lors des consultations tout-venant aux Urgences. Les patients, juste après avoir eu leur premier contact avec le médecin, sont amenés à juger l'entretien à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Au vu de l'espace restreint du Département des Urgences au CHU de Liège, il est difficile de donner aux patients un endroit isolé où ils peuvent remplir ce questionnaire sans que le médecin ne voie ce qu'il fait. Le biais de désirabilité sociale pourrait avoir influencé les résultats et diminuer l'objectivité des patients concernant leur satisfaction.

Cependant, certaines forces sont à mettre en évidence. Premièrement, c'est l'une des premières études s'intéressant à l'impact d'une formation courte sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans le contexte des urgences.

D'autre part, pour mesurer l'impact de la formation, la méthodologie a été réfléchie pour combiner plusieurs types d'évaluation : comparaison des performances T0 – T1 dans le groupe expérimental et le groupe contrôle, évolution des performances sur le terrain afin d'observer s'il y a un transfert des compétences éventuellement acquises lors de la formation et enfin, des entretiens avec des médecins urgentistes expérimentés, pour valider le choix du protocole SPIKES enseigné dans la formation.

5.5. Perspectives futures

Dans de futures recherches, il serait intéressant d'élargir l'échantillon des participants, que ce soit pour le pré-test et le post-test lors des entrevues simulées ou pour les consultations tout-venant aux Urgences. En outre, on pourrait avoir deux échantillons comportant des médecins stagiaires et des médecins assistants aux Urgences afin de comparer les deux niveaux d'expertise lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

De plus, il serait intéressant de comparer les entrevues simulées avec des entrevues d'annonce d'une mauvaise nouvelle sur le terrain. Cette perspective permettrait de comparer deux situations similaires.

D'autre part, l'ajout d'un deuxième évaluateur serait un avantage significatif et pourrait donner une meilleure objectivité aux résultats récoltés.

Concernant la satisfaction des patients et/ou de la famille à propos de la qualité de la communication du médecin aux urgences, un questionnaire pourrait être transmis après quelques mois à ceux-ci afin qu'ils puissent évaluer leur ressenti et leur satisfaction.

Il serait intéressant d'évaluer la perception du médecin quant à la satisfaction des acteurs ou des patients lors d'une entrevue. En effet, les résultats d'une étude menée par Hall, Stein, Roter & Rieser (1999) démontrent une discordance entre la perception des patients et la perception du médecin sur la qualité de la communication et la satisfaction de celui-ci. Pour ce faire, ils ont recruté 261 patients diabétiques et leurs 44 médecins. Suite à leur visite médicale, les participants ont été amenés à remplir un questionnaire sur la qualité de leur communication avec leur médecin et sur leur satisfaction. Les médecins ont également été amenés à évaluer le point de vue des patients sur chacune des questions abordées avec le patient. Les résultats montrent qu'il y a une discordance entre la perception des patients et la

perception du médecin. Les médecins pensaient que les évaluations des patients seraient plus négatives que ce qu'elles ne le sont en réalité. On pourrait également étudier ce phénomène dans le contexte des Urgences.

Par ailleurs, il serait intéressant d'effectuer des corrélations entre le stress et le sentiment de compétence perçu ou entre le stress et la performance (avec les échelles SPIKES, HCAT et BAS). En effet, en 2007, Leblanc et Bandiera ont réalisé une étude sur l'impact du stress sur les compétences médicales. Pour ce faire, les auteurs ont recruté un échantillon de 24 étudiants en médecine avec différents niveaux d'expérience. Ils ont constaté que l'effet de stress était corrélé avec le niveau d'expérience des sujets mais que le score d'anxiété ne l'était pas avec le score de performance des sujets. Ces corrélations pourraient être investiguées dans le domaine des Urgences.

Chapitre 6 : Conclusions

Le but premier de ce mémoire était d'étudier l'impact d'une formation courte basée sur la simulation par jeux de rôles sur la manière d'annoncer une mauvaise nouvelle aux Urgences, en la comparant à l'enseignement traditionnel, le stage. Cette formation courte comportait une partie théorique par e-learning sur la communication thérapeutique et sur les principes du protocole SPIKES et une partie interactive de 4 heures avec des jeux de rôles suivis d'un débriefing. Ces jeux de rôles permettaient aux apprenants de tester les connaissances acquises en endossant le rôle de médecin, mais aussi d'en tester l'impact émotionnel en prenant le rôle du patient.

Pour ce faire, un échantillon de 35 stagiaires du master en médecine à l'Université de Liège et effectuant un stage au sein du service des Urgences a été recruté. Les participants ont été divisés aléatoirement en deux groupes : un groupe expérimental ($n = 14$) qui a reçu la formation entre les deux phases de test et un groupe contrôle ($n = 21$) qui a reçu la formation après les deux phases de test.

Globalement, la formation intensive a eu un impact positif sur la manière dont les participants annoncent une mauvaise nouvelle. Les résultats ont montré une amélioration significative dans l'utilisation du protocole SPIKES, reconnu pour son efficacité et utilisé en Europe et aux Etats-Unis. Par ailleurs, les résultats ont montré que les participants ayant reçu la formation montraient de meilleures compétences communicationnelles (comportements empathiques, comportements visant à construire une relation de confiance ou des comportements d'éducation envers le patient et la famille) pour annoncer une mauvaise nouvelle lorsque celle-ci était simulée. En outre, les acteurs ont été davantage satisfaits des entrevues menées par les participants ayant reçu la formation.

Nous pouvons en conclure que la formation a permis aux participants d'acquérir une structure pour annoncer une mauvaise nouvelle et d'améliorer leurs compétences communicationnelles, ce qui a été mesuré par les grilles SPIKES, BAS et HCAT, ainsi que par la satisfaction des acteurs lors de la simulation.

Des analyses sur le terrain ont également été réalisées lors de consultations tout-venant aux Urgences. Malheureusement, vu le nombre restreint de participants suivis sur le terrain (n=6), il a été difficile de constater le transfert des compétences acquises lors de la formation sur le terrain. Les résultats récoltés sur le terrain ne montrent pas d'impact significatif de la formation intensive.

Enfin, des entretiens avec des médecins urgentistes ont été réalisés et ont permis d'avoir un avis de terrain sur le protocole SPIKES, enseigné lors de la formation courte. L'expertise de terrain des médecins urgentistes sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle confirment le contenu du protocole SPIKES. Par conséquent, ces entretiens ont conforté notre avis sur ce protocole comme étant un canevas utile et efficace dans le cadre de la formation sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle et ils valident le contenu de la formation donnée aux participants.

Bibliographie

- Abel, J., Dennison, S., Senior-Smith, G., Dolley, T., Lovett, J., & Cassidy, S. (2001). Breaking bad news- development of a hospital-based training workshop. *The Lancet Oncology*, 2, 380-384.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2012, July, 5). ACGME Core Competencies. Retrieved from <https://www.ecfm.org/echo/acgme-core-competencies.html>
- Adamson, K.A., Kardong-Edgren, S., & Willhaus, J. (2013). An updated review of published simulation evaluation instruments. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, 393-400.
- Alinier, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher*, 29, 243-250.
- Aminiadashti, H., Mousavi, S. J., & Darzi, M. M. (2016) Patient's attitude toward breaking bad news ; a brief report. *Emerg (Tehran)*, 4, 34-36.
- Bailes, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES- a six step protocole for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Barnett, M.M. (2002). Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *Soc Med*, 7, 343-7.
- Benenson, R. S., Pollack, M. L. (2008). Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Academic Emergency Medicine*, 10, 219-223. doi : <https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.219>
- Berthelard, N. (2008). Breaking bad news to cancer patients: An ethical dilemma, teamwork. *Ethique & Santé*, 5, 179-185.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M.,...Kantor, G. (2010). *Eur J Cancer*, 15, 2708-15.
- Boet, S., Granry, J.C., & Savoldelli, G. (2013). *La simulation en santé: De la théorie à la pratique*. Paris, France: Springer-Verlag Paris.
- Bousquet G., Orri M., Winterman S., Brugière C., Verneuil L., & Revah-Levy A. (2015). Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *J Clin Oncol.*, 33, 2437-43. doi: 10.1200/JCO.2014.59.6759
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Henrich, P., & Shaw, J. (2010). Doctors'stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med*, 11, 1595-602.
- Brunero, S., Lamont, S., Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq*, 1, 65-74.
- Buckman R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Buss, M. K., Marx, E. S., Sulmasy, D. P. (1998). The preparedness of students to discuss end of-life issues with patients. *Acad Med*, 73, 418-422.
- Campbell, T., Carey, E., Jackson, V., Saraiya, B., Yang, H., Back, A. & Arnold, R. (2010). Discussing prognosis balancing hope and realism. *The Cancer Journal*, 16, 461-466.

- Chandawarkar, R.Y., Ruscher, K.A. & Krajewski, A. (2011). Pretraining and posttraining assessment of residents' performance in the fourth accreditation council for graduate medical education competency: patient communication skills. *Arch Surg*, 8, 916-21.
- Chaniara, G. (2007). Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie. In Société française d'anesthésie et de réanimation (Ed.) *Congrès national d'anesthésie et de réanimation* (pp. 41-9). Paris, France: Elsevier.
- Chumpitazi, C. E., Rees, C. A., Chumpitazi, B. P., Hsu, D. C., Doughty, C. B., & Lorin, M. I. (2016). Creation and assessment of a bad news delivery simulation curriculum for pediatric emergency medicine fellows. *Cureus*, 8, e595.
- Clayton, J., Hancock, K., Parker, S., Butow, P., Walder, S., Carrick, S.,... Tattersall, M. (2008). Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families : a systematic review. *Psycho-oncology*, 17, 641-659.
- Contro, N., Larson, J., & Scofield. (2002). Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, 14-19.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Dean, A., Willis, S. (2016). The use of protocol in breaking bad news : Evidence and ethos. *International Journal of Palliative Nursing*, 22, 5-11.
- Delevallez, F., Liénard, A., Gibon, A.-S., & Razavi, D. (2014). L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie : l'expérience belge. *Revue des maladies respiratoires*, 31, 721-728.
- De Vries, A.M., Gholamrezaee, M.M., Verdonck-de Leeuw, I.M., Passchier, J., Despland, J.N., Stiefel, F., & de Roten, Y. (2017). Patient satisfaction and alliance as a function of the physician's self-regulation, the physician's stress and the content of consultation in cancer care. *Psychooncology*, 26, 927-934.
- Dickinson, G. E. (2006). Teaching End-of-Life Issues in US Medical Schools: 1975 to 2005. *Am J Hosp Palliat Care*, 23, 197-204.
- Dieckmann, P., Gaba, D., Rall, M. (2007). Deepening the theoretical foundations of patient simulation as social practice. *Sim Healthcare*, 2, 183-193.
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E. J., Verzelen, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-oncology*, 23, 1415-22.
- Ellis, P.M., Tattersall, M.H. (1999). Comment les médecins devraient-ils communiquer le diagnostic du cancer aux patients ? *Ann Med*, 31, 336-34.
- Engel, K., Heisler, M., Smith, D., Robinson, J., Forman, H., Peter, M.H., & Ubel, A. Patient comprehension of emergency department care and instructions: Are patients aware of when they do not understand? *Annals of Emergency Medicine*, 53, 454-461.
- Fanning, R. M., Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc*, 2, 115-25.
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 20, 2166-72.
- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*, 13, 2449-2456.
- Girgis, A., Sanson-Fisher, R.W., & Schofield, M. J. (1999). Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behav Med*, 2, 69-77.

- Gross, J.J., & Thompson, R. (2007). *Emotion regulation: Conceptual Foundations*. New York, NY: Guilford Press.
- Hall, J. A., Stein, T. S., Roter, D., Rieser, N. (1999). Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Med Care*, 37, 1164-8.
- Hancock, K, Clayton, J., Parker, S., Walder, S., Butow, P., Carrick, S.,...& Tattersall, M. (2007). Truth telling in discussing prognosis in advanced sel-limiting illnesses : a systematic review. *Palliative medicine*, 21, 507-517.
- Haughey, M. (2000). Delivering news. *Ann Emerg Med*, 36, 68-69.
- Haute Autorité de la Santé. (2012, December). *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. Retrieved from https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201301/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
- Holding DH. (1987). Concepts of training. In G. Salvendy, *Handbook of Industrial and Engineering Work*. New-York, NY: John Wiley.
- Hobgood, C., Woodyard, J., Sawning, S., & Savage, K. (2010). Delivering the news with compassion: The GRIEV_ING death notification protocol. *MedEdPORTAL*, 6, 8210.
- Hulsman, R. L., Pranger, S., Koot, S., Fabriek, M., Karemaker, J. M., & Smets, E. M. (2010). How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *International Journal of Psychophysiology*, 77, 26 -34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2010.04.001>
- Isernson, K.V. (1999). *Grave words: Notifying survivors about sudden, unexpected deaths*. Tucson, AZ: Galen Press.
- Isernson K,V. (2000). Acute grief: the gravest words: sudden-death notifications and emergency care. *Ann Emerg Med*, 36, 75-77.
- Jurkovich, G.J., Pierce, B., Pananen, L., & Rivara, F.P. (2000). Giving bad news: the family perspective. *J Trauma*, 5, 870-3.
- Kardin-Edgreen, S.E., Starkweather, A.R., & Ward, L.D. (2008). The integration of simulation into a clinical foundations of nursing course: Student and faculty perspectives *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 5, 16.
- Keitel, A., Ringleb, M., Schwartges, I., Weik, U., Picker, O., Stockhorst, U. & Deinzer, R. (2011). Endocrine and psychological stress responses in a simulated emergency situation. *Psychoneuroendocrinology*, 1, 98-108.
- Kim, L., Hernandez, B. C., Lavery, A., & Denmark, T. K. (2016). Stimulating reflective practice using collaborative reflective training in breaking bad news simulations. *Families, Systems, & Health*, 34, 83-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000195>
- Klein, E. J. & Riordan, M. (2011). Wearing the « student hat »: Experiential professional development in experiential learning schools. *Journal of Experiential Education*, 34, 35-54.
- Knopp, R., Rosenzweig, S., Bernstein, E. & Totten, V. (1996). Physician-patient communication in the emergency department. *Acad Emerg Med*, 3, 1065-1069.
- Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. (2012). Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills. *Medical Teacher*, 34, 198-207.
- Kwo-Chen, L., Chin-Ching, Y., Pei-Ling, H., Chin-ching, L., Yann-Fen, C. (2018). Situated teaching improves empathy learning of the students in a BSN program: A quasi experimental study. *Nurse Education Today*, 64, 138-143.

- Lamba, S., Tyrie, L., Bryczkowski, S., Nagurka, R. (2016). Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: A literature review. *Journal of Palliative Medicine*, 19, 101-107.
- Larbuissou, R., Penderville, P., Nyssen, A.S., Janssens, M., Mayné, A. (1999). Use of Anaesthesia Simulator: initial impressions of its use in two Belgian University Centers. *Acta Anaesthesiol Belg*, 2, 87-93.
- Larson, D.G., & Tobin, D.R. (2000). End-of-life conversations: Evolving practice and theory. *JAMA*, 284, 1573-1578.
- Layat, Baroffio, Demaurex & Huber (n.d.). Programme des patients standardisés. Retrieved from: <https://www.unige.ch/medecine/udrem/files/4514/2678/6043/GuidePS.pdf>
- Leblanc, V.R., Bandiera, G.W. (2007). The effects of examination stress on the performance of emergency medicine residents. *Medical Education*, 41, 556-564.
- Loftin, B. (2002). Med school 1.0: can computer simulation aid physician training. *Quest*, 5, 16-9.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient; 2002022737. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245, le 09.08.2018.
- Mackillop, W.J., Stewart, W.E., Ginsberg, A.D., Stewart, S.S. (1998). Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer*, 3, 355-8.
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Educ Today*, 48, 90-98.
- Meunier, J., Merckaerts, I., Libert, Y., Delvaux, N., Etienne, A. M., Liénard, ...Razavi, D. (2013). The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Education and Counseling*, 93, 40-47.
- Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2005). Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Current Opinion in oncology*, 17, 319-330.
- Miller, S.J., Hope, T., Talbot, D.C. (1999). The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer*, 80, 792-800.
- Min, A. A., Spear-Ellinwood, K., Berman, M., Nisson, P., & Rhodes, S. M. (2016). Social worker assessment of bad news delivery by emergency medicine residents: a novel direct observation milestone assessment. *Internal and Emergency Medicine*, 11, 843-852.
- Morgan, P., Cleave-Hogg, D. (2005). Simulation technology in training students, residents and faculty. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 18, 199-203.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian Journal of Palliative Care*, 16, 61.
- Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007) The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Med Educ*, 7, 690-697.
- Nyssen, A.-S. (2016, October, 17). Vers un bon usage de la simulation comme outil de formation. *Objectif Soins Management*.
- Nyssen, A.-S., Lamy, M., & Blavier, A. (2018). Impact of adverse events on anesthetists' health: A Belgian case study. *Acta Anaesth. Belg.*, 68, 25-30.
- Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 4, 385-388. <http://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>

- Parrish, G.A., Holdren, K.S., Skiendzielewski, J.J., & Lumpkin, O.A. (1987). Emergency department experience with sudden death: A survey of survivors. *Ann Emerg Med*, 16, 792-6.
- Piaget J. (1953). *The Origins of Intelligence in Children*. New York, NY: International Universities Press.
- Ptacek, J.T., & Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news. A review of literature. *Jama*, 276, 496-502.
- Richard, C., Lussier, M.T., Galarneau, S. & Jamouille, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*, 4, 255-272.
- Rosen, K. R. (2008). The history of medical simulation. *J. Crit Care*, 2, 157-66
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., Raemer, D. B. (2006). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: A theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc*, 1, 49-55.
- Sabbioni M. E., & Lory-Haus, C.L. (1999). Are physicians aware of what patients know about what physicians know? *Ann Oncol*, 1, 11-2.
- Seifart C., Hofmann, M., Bar, T., Riera Knorrenschild, J., Seifart, U., Rief, W. (2014). Breaking bad news - what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*, 3, 707- 11
- Sharon, M., Geddes, F., Kelly, M. & Della, P. (2016). Simulated patient training: Using inter rater reliability to evaluate simulated patient consistency in nursing education. *Nurse Education Today*, 62, 85-90.
- Shoenberger, M.D., Yeghiazarian, B.S., Claritza Rios, M.D., & Sean O. Henderson, M.D. (2013). Death notification in the emergency department: Survivors and physicians. *West J Emerg Med*, 14, 181-185.
- Stuber, M.L., Hovsepian, V. & Mesrkhani, V. (2001). What do we tell the children? *West J Med*, 3, 187-191.
- Sullivan, A.M., Warren, A.G., Lakoma, M.D., Liaw, K.R., Hwang, D., Block, S.D. (2004). End-of-life care in the curriculum: a national study of medical education deans. *Acad Med*, 79, 760-8.
- Sun, B.C., Adams J., Orav, E.J., Rucker, D.W., Brennan, T.A., Burstin, H.R. (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med*, 35, 426-34.
- Tang, W. R., Chen, K. Y., Hsu, S. H., Juang, Y. Y., Chiu, S. C., Hsiao, S. C., Fujimori, M., & Fang, C. K. (2014). Effectiveness of japanese SHARE model in improving Taiwanese healthcare personnel's preference for cancer truth telling. *Psycho-Oncology*, 23, 259-265.
- Takayasu, J.K., Hutson, H.R. (2004). Communicating life-threatening diagnoses to patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 6, 749-55.
- Tavakol, M., Murphy, R. & Torabi, S. (2008). Educating doctors about breaking bad news : An iranian perspective. *Journal of Cancer Education*, 23, 260-263.
- Thompson, D.A., Yarnold, P., Williams, D.R. Adams, S. (1996). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*, 6, 657-65.
- Toutien-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A.(2018). Breaking bad news in the emergency departement : A comparative analysis among residents, patients and family members' perception. *Eur J Emerg Med*, 1, 71-76.

- Vaillant, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Van Rooyen, D., Laing, R., & Kotzé, W.J. (2005). Accompaniment needs of nursing related to the dying patient, *Curationis*, 4, 31-9.
- Walters D., & Tupin J. (1991). Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*, 9, 189-206.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1972). *Une logique de communication*. Paris, France: Editeurs du Seuil.
- Woolfson R.C. (2000). Breaking the bad news. *The Practitioner*, 244, 247-250.
- Woolley, H., Stein, A., Forrest, G.C., & Baum, J.D. (1989). Imparting the diagnosis of life threatening illness in children. *BMJ*, 298, 1623-1626.
- Wideman, E. (2002). Communicating a diagnosis of cystic fibrosis to an adult: what physicians need to know. *Behav Med.*, 2, 45-52.