



UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE

ANNÉE 2024

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DÉCRET DU 25 NOVEMBRE 2016)

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 Juin 2024 à Poitiers

Par **Dan REVITEA**

EFFET DE LA SIMULATION SUR L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES THÉORIQUES DANS
L'ANNONCE DE LA MAUVAISE NOUVELLE, ÉTUDE QUANTITATIVE CHEZ LES INTERNES EN
MÉDECINE GÉNÉRALE

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur des Universités **Denis ORIOT**

Membres : Monsieur le Maître de Conférence Associé **Christophe BONNET**
Monsieur le Docteur **Jean-Louis JARRY**

Directeur de thèse : Madame la Cheffe de Clinique des Universités **Yaritza CARNEIRO**

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAForge Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGÉ Marie, chimie analytique
- DELAGÉ Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FORTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS :

À Monsieur le Professeur ORIOT Denis, Professeur des Universités, vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect. Merci pour l'inspiration que vous nous avez apporté et qui m'a conduit à effectuer ce travail.

À Monsieur le Docteur BONNET Christophe, Maître de Conférence Associé , vous me faites l'honneur d'accepter de juger ma thèse et de m'accorder votre attention. J'espère que mon travail aura su vous intéresser. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur JARRY Jean-Louis, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ma thèse et de m'accompagner dans cette ultime étape du parcours de médecin. Je tiens à vous remercier chaleureusement de tout le soutien et conseils que vous m'avez accordés pendant ces années d'internat. Je vous prie de recevoir ici le témoignage de mon profond respect et reconnaissance.

À Madame le Docteur CARNEIRO Yaritza, Cheffe de Clinique des Universités, je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Merci de ton dévouement, de tes conseils et de ton savoir grâce auxquels j'ai pu le mener à bien. Je te prie de recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect pour ton implication sans faille.

À Madame le Docteur BADIOLA Raphaèle pour m'avoir fait confiance et permis de poursuivre son travail.

À Monsieur le Docteur WILSON Tête Norbert pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

À Monsieur DINHUT Thomas pour votre aide précieuse dans la vérification de ce travail.

À Madame le Docteur KARABETSOS Bénédicte, je te remercie sincèrement pour ton enseignement, accompagnement bienveillant et conseils précieux pendant l'internat, le tout agrémenté de beaucoup de rigolades !

À l'équipe du CHNDS, merci pour tous vos enseignements et votre accueil chaleureux qui m'a fait m'y sentir comme en famille, tout particulièrement, Oana, Emilien, Alexandre et sans oublier mon cher compère CC.

À Sandra, Martial et Serge, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale.

À ma famille, Mama, Tata si Sonia, pour votre soutien inconditionnel depuis toutes ces années. Merci pour tous vos conseils et ce que vous avez fait pour moi, qui ont grandement contribué à ce que ce jour arrive enfin !

À Maï, MERCI, en capitale, comme ton soutien et amour tout au long de ces années.

À Anne & Check, merci pour votre soutien, entre chapons et codes canal qui m'ont donnés le courage de mener à bien ce travail.

À Elsa, merci des encouragements apportés, on pourra enfin profiter du soleil du sud la tête libre.

À Guillaume, merci pour ton soutien et ton amitié sans faille depuis ces nombreuses années. On y est !

À Adrien, Vincent et Wauthier, qui m'avez soutenu et m'avez donné la force et le courage d'arriver au bout.

À Dana, merci pour ton soutien, ainsi que ta force et gentillesse inspirantes !

À Flo & Linda, merci à vous les *roomies* pour tous vos encouragements et précieux conseils !

À Marion & Tom, pour votre soutien dans le sprint final !

À Alice, fidèle compagne de travail, merci pour tout. Nous y sommes tous enfin !

À Anna, Yann, Audrey, Paolo, Cathy, Henri, Philip, Cloclo et Louis merci du soutien et encouragements !

À tous mes autres amis et famille, qui m'ont soutenu, merci. Et je ne manquerai pas de le faire de vive voix.

ABRÉVIATIONS :

BBN : Breaking Bad News

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Étude Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

EHS : Enseignements Hors Stage

GEP : Groupe d'Échange de Pairs

GP : General practitioner

MG : Médecine Générale

QCM : Questionnaire à Choix Multiple

QCU : Questionnaire à Choix Unique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Table des matières

I. Introduction	10
II. Matériels et méthodes	12
A. Type d'étude	12
B. Objectifs de l'étude	12
1. Objectif principal	12
2. Objectifs secondaires	12
C. Population étudiée	13
1. Critères d'inclusion	13
2. Critères d'exclusion	13
D. Déroulement de l'étude	13
E. Analyse des données	16
1. Critère de jugement principal	16
2. Critères de jugement secondaires	17
III. RESULTATS	19
A. Populations	19
B. Objectif principal	22
C. Objectifs secondaires	26
1. Comparaison des moyennes en fonction des questions regroupées en sous-groupes selon les phases de l'annonce.	26
2. Évaluer le sentiment de progression général lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation	28
3. Comparaison entre l'enseignement théorique des promotions précédentes et l'enseignement par simulation du groupe intervention : points d'améliorations et points à revoir	33
4. Caractériser l'apport de la simulation	42
5. Caractérisation des étudiants simulés lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle	46
IV. Discussion	48
A. Forces et limites	48
1. Forces	48
2. Limites et biais	49
B. Concernant la population étudiée	51
C. Concernant la méthode d'évaluation	51
D. Concernant l'objectif principal	52
E. Concernant les objectifs secondaires	52
1. Concernant la mesure de l'acquisition des connaissances selon les phases de l'annonce	52
2. Concernant la comparaison entre l'enseignement théorique – promotions 2017-2019 et la simulation – groupe intervention	54
3. Concernant la caractérisation de l'apport de la simulation	56
4. Concernant la caractérisation des étudiants simulés	58
V. Conclusion	60
VI. Bibliographie :	63
VII. Annexes	67
SERMENT	86

I. Introduction

La définition la plus utilisée concernant une mauvaise nouvelle est celle proposée par Buckman en 1984 comme étant « une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir » (1).

L'annonce d'une mauvaise nouvelle ne peut donc être limitée à l'annonce d'une maladie oncologique, ou d'un décès, mais peut aussi s'étendre à n'importe quelle maladie chronique. Elle devient donc une situation rencontrée de manière incontournable dans la vie professionnelle d'un médecin généraliste. Elle fait d'ailleurs partie intégrante du référentiel métier et compétences des médecins généralistes en s'inscrivant dans la partie « Relation, Communication, Approche centrée patient »(2).

Cette situation est souvent perçue de manière péjorative, source de détresse chez les praticiens et ressentie comme une expérience isolante(3–6). Ces sentiments sont d'autant plus intenses que la relation initiale est forte, ce qui peut être souvent le cas en médecine générale(7–10). La difficulté de l'annonce d'une mauvaise nouvelle a déjà été largement étayée par de nombreuses publications depuis des décennies(1,3,11). Ces difficultés viennent également d'une formation insuffisante, en effet la formation à cet exercice est peu présente dans le cursus médical mais de nombreuses publications apparues ces dernières années tendent à améliorer les pratiques, avec différents protocoles s'articulant principalement autour de l'amélioration de la communication(12–20). Parmi ceux-ci, le plus connu est « SPIKES », il a été développé par Buckman et essaye de standardiser la consultation d'annonce(21). En les recoupant, l'annonce de la mauvaise nouvelle peut être décrite comme un processus s'articulant en trois phases principales, avec différentes tâches à accomplir. La première phase, prépare le patient « avant l'annonce », la seconde phase est celle de « l'annonce » elle doit être précise et concise, la troisième phase est donc celle d' « après l'annonce » et sert à préparer le suivi. Ces études, ainsi que les protocoles qui en découlent visent à améliorer l'annonce de la mauvaise nouvelle à la fois d'un point de vue du patient ainsi que de celui du praticien(7).

À Poitiers, durant l'internat de médecine générale, l'enseignement repose à la fois sur un aspect théorique, qui se déroule sous la forme d'un Enseignement Hors Stage « GEP 10 : annoncer un diagnostic grave », ainsi qu'un aspect pratique quant à lui moins standardisé, qui est effectué de manière aléatoire durant les différents stages.

La simulation en santé ne se limite pas uniquement à l'apprentissage de gestes techniques, mais possède un champ d'application très vaste, sous réserve d'un débriefing

approprié(22,23). La simulation apparaît selon des publications comme une méthode plus efficace pour l'acquisition de nouvelles connaissances(17,24–28). Une étude Belge, (Liénard A 2010) réalisée de manière randomisée vise à évaluer un programme de formation à la communication proposé là-bas. Une majeure partie de ce programme est réalisé sous la forme d'ateliers de jeux de rôles et de simulation, il en résulte que ce programme de formation améliore les compétences dans l'annonce de la mauvaise nouvelle. Cette étude reprend sensiblement le même type de programme que celui proposé par Fallowfield au début des années 2000. Par ailleurs, une étude réalisée par Badiola R, dans le cadre d'une thèse d'exercice, a démontré de manière objective l'intérêt de la simulation dans l'enseignement de l'annonce d'une mauvaise nouvelle(29). Ce travail avait principalement étudié une population d'étudiants en 5^{ème} année de médecine. Plus récemment, en 2022 une autre thèse d'exercice montrait que la simulation améliore les compétences des internes, elle s'intéressait particulièrement aux internes de pédiatrie(30).

Le laboratoire de simulation de Poitiers propose des formations dédiées à l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Ainsi, l'utilité de la simulation dans l'annonce de la mauvaise nouvelle, corrélée au fait que cette situation est inévitable en médecine générale, a donné naissance à ce travail.

Les enseignements hors stage qui sont proposés durant le cursus du DES de MG apportent des connaissances théoriques qui seront directement utiles dans la pratique courante. Nous avons donc cherché à savoir si la simulation, appliquée dans le cadre d'une annonce de mauvaise nouvelle permettait une optimisation de ces connaissances.

Notre hypothèse est la suivante, la simulation améliore l'acquisition de connaissances dans l'annonce de la mauvaise nouvelle chez les internes en médecine générale.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, prospective, interventionnelle, contrôlée non randomisée.

B. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

- Mesurer l'effet de la simulation sur l'acquisition de connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle chez les internes de médecine générale.

2. Objectifs secondaires

- Mesurer l'acquisition des connaissances théoriques selon les phases d'annonce d'une mauvaise nouvelle.
- Comparaison entre les internes ayant reçu un enseignement théorique (promotions précédentes, groupe contrôle) et les internes ayant reçu un enseignement par simulation (promotion 2020, groupe intervention)
 - o Évaluer le sentiment de progression général lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation
 - o Identifier quels sont, selon les internes, les points d'améliorations dans l'enseignement, en fonction des phases d'annonce lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation
 - o Identifier quels sont, selon les internes, les points à revoir dans l'enseignement, en fonction des phases d'annonce, lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation
- Caractériser l'apport de simulation
 - o Éléments apportés par la simulation
 - o Impact sur la pratique
 - o Effet sur le sentiment de confiance et d'assurance
 - o Satisfaction par rapport à la simulation
- Caractériser l'expérience des étudiants simulés lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle
 - o Antécédents d'annonce
 - o Lieux de l'annonce
 - o Recueillir le ressenti des étudiants simulés lors de l'annonce

C. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

a) Concernant l'objectif principal

Internes en 3^{ème} année du DES MG CHU Poitiers : répartis en 4 groupes de GEP, selon les départements. Promotion 2020 soit 110 étudiants au total.

b) Concernant les objectifs secondaires

Pour les premiers objectifs : nous avons repris la même population que celle décrite au-dessus.

Pour une partie des objectifs secondaires : Internes en 3^{ème} année du DES MG CHU Poitiers, des promotions 2017 à 2019 ayant répondu au questionnaire LimeSurvey© pour le GEP 10.

2. Critères d'exclusion

Refus d'être filmé

Refus de participer à la formation par simulation

Refus de répondre au questionnaire de connaissances

Absence de réponses au questionnaire de connaissances

D. Déroulement de l'étude

Pendant l'internat de médecine générale il existe des enseignements hors stage ou EHS. Les étudiants sont répartis dès la première année dans ces groupes, chacun dépendant d'un des départements de la région : Charente (16), Charente Maritime (17), Deux Sèvres (79) et Vienne (86). Ces groupes restent fixes pendant toute la durée de l'internat afin de créer un environnement connu et d'améliorer les échanges. Ces enseignements se déroulent principalement en deux temps. Une partie théorique avec un cours magistral et une partie plutôt pratique basée sur des échanges « entre pairs » autour d'une situation clinique authentique, c'est à dire une situation vécue par l'un des étudiants et choisie par le reste du groupe pour son intérêt sur un sujet donné. Le GEP numéro 10, traite de l'annonce d'un diagnostic grave. La présentation théorique pour « Annoncer un diagnostic grave » a été la même pour l'ensemble des étudiants de la promotion 2020. (Annexe 1).

Nous avons par la suite différé le déroulé de la séance en départageant deux groupes. Un groupe intervention, ainsi qu'un groupe témoin une fois l'accord obtenu de la part du DMG.

Le groupe témoin ou contrôle est composé des internes issus des groupes de GEP 16, 17 et 86 qui ont uniquement bénéficié de l'enseignement classique théorique concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle, puis du déroulement classique d'un GEP à savoir discussion autour d'une présentation de situation clinique authentique. Ceux-ci se sont déroulés respectivement les 05 janvier, 19 janvier, 12 janvier 2023.

Le groupe intervention est lui composé par le groupe 79 de GEP, et a bénéficié à la fois de l'enseignement théorique ainsi que de l'enseignement par simulation.

Lors de celui-ci, nous avons choisi un scénario (Annexe 2). Quatre étudiants ont participé de manière volontaire et active, les autres étant observateurs. Les rôles ont été les suivants : un médecin, un infirmier de coordination, un patient et un accompagnateur. Les étudiants observateurs ont quant à eux reçu une grille permettant l'évaluation d'une annonce de mauvaise nouvelle(Annexe 7). Celui-ci s'est déroulé le 30 mars 2023.

Concernant l'infirmier de coordination, il s'agit d'un professionnel qui s'occupe plus particulièrement du suivi des patients complexes, souvent atteints de pathologies néoplasiques. Cette profession a été étudiée, développée et mise en place dans les Deux Sèvres, les internes du GEP 79 ont donc connaissance de l'existence de cette fonction(31).

Ce scénario a par la suite été débriefé de manière standardisée par les organisateurs du GEP, formés au débriefing en simulation (Annexe 6). Ce débriefing a été filmé après obtention des autorisations écrites, de la part de chaque participant (Annexe 5).

Par la suite, nous avons à distance de cet enseignement procédé à la distribution d'un questionnaire de connaissances afin de pouvoir mesurer l'acquisition des connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle (Annexe 3). Cette distribution a été effectuée à l'occasion du SEMINAIRE 10, qui s'est déroulé les 15,22, 23 et 29 juin 2023. Nous avons choisi ce moment car il permettait de réunir de nouveau tous les internes, afin de maximiser le taux de réponse et à la fois présentait l'avantage de se dérouler plus de trente jours après notre enseignement, ce qui permettait de faire appel à la mémoire à long terme pour répondre au questionnaire.

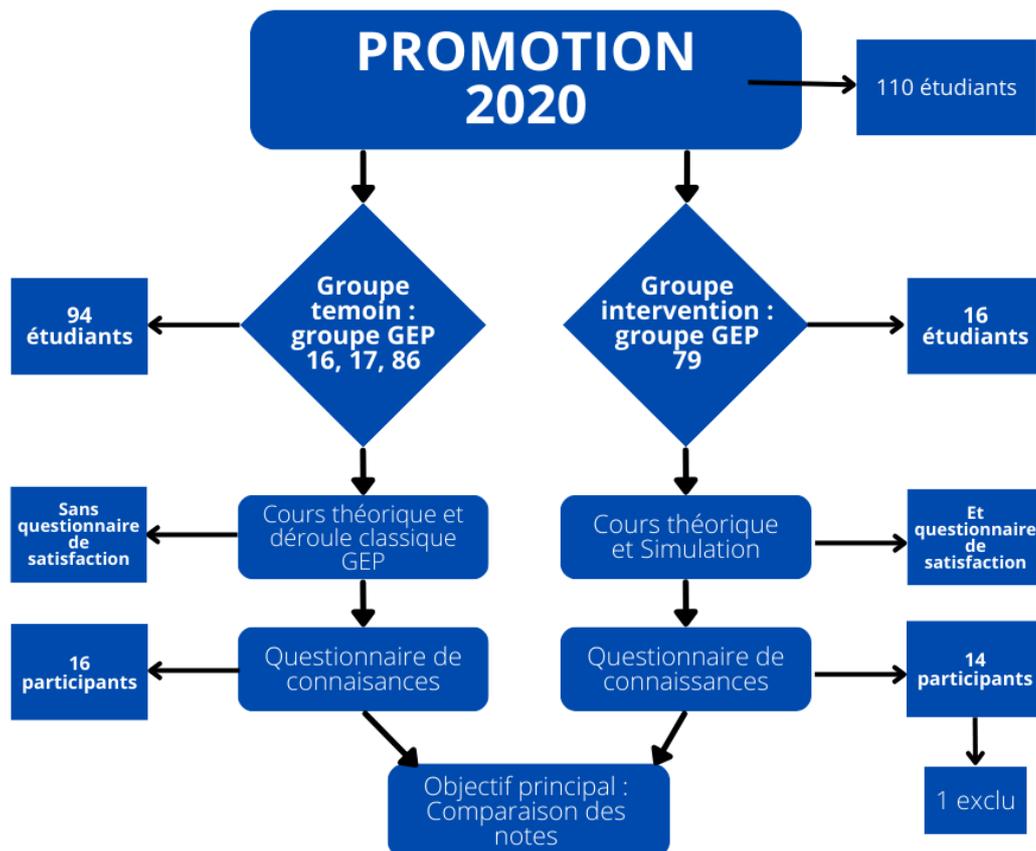
Les étudiants ont répondu de manière individuelle à ce questionnaire de connaissances qui contenait dix questions à choix unique ou multiples (QCU / QCM).

Les réponses ont été recueillies en ligne, le questionnaire était au format Google Form© et accessible via un QR Code (Annexe 8). Les réponses ont été anonymisées.

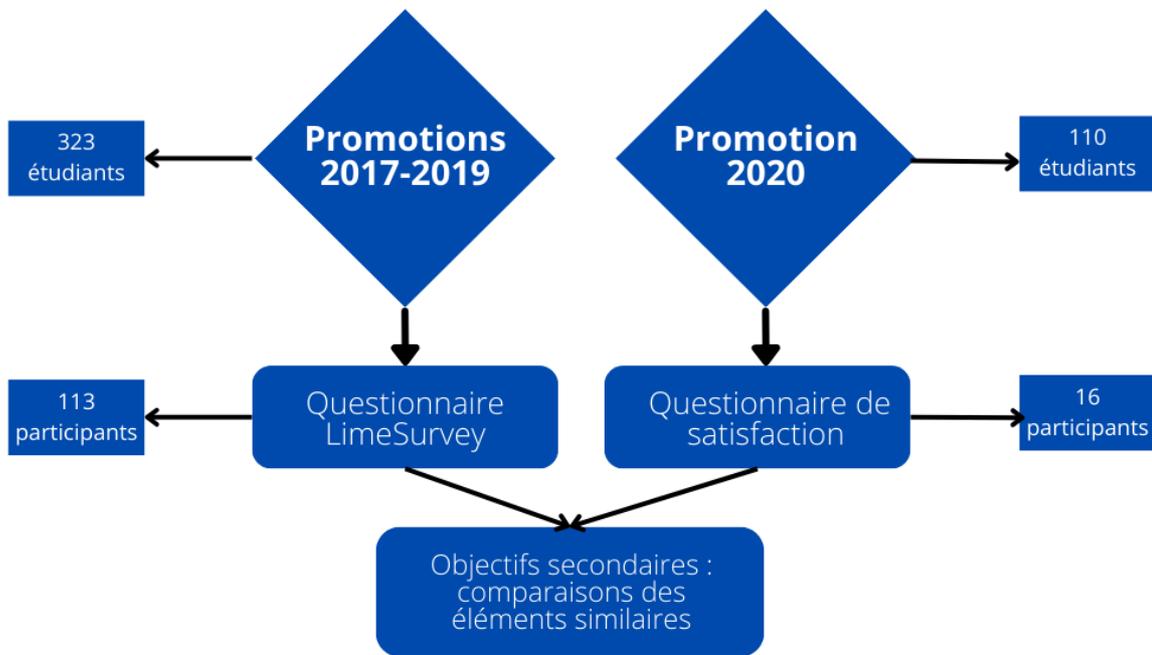
Les étudiants de ce groupe d'intervention ont également reçu un questionnaire de satisfaction vis à vis de cette nouvelle formation. Il comportait 14 questions sur l'expérience des étudiants vis à vis des situations d'annonce de mauvaise nouvelle et sur leur satisfaction par rapport à la simulation(Annexe 4).

Le DMG nous a mis à disposition les réponses du questionnaire utilisé les années précédentes après le GEP 10 « Annoncer un diagnostic grave »(promotions 2017- 2019). Nous avons donc exploité ces données pour les items qui étaient communs à notre propre questionnaire de satisfaction. La distribution de ce questionnaire a malheureusement été suspendue en 2020 (arrêt de distribution par le DMG), l'homogénéité des populations et la stabilité des réponses en fonction des différentes années ont donc été vérifiées avant description et/ ou comparaison des données.

Nous avons par la suite également proposé deux sessions de simulation aux internes du groupe témoin, GEP 16, 17 et 86 afin de garantir l'équité de formation.



Flow Chart 1 : Déroulé général de l'étude



Flow Chart 2 : Analyse des objectifs secondaires

E. Analyse des données

Sur les 30 questionnaires distribués et remplis via un lien Google Form© lors du SEMINAIRE 10, 29 ont été analysés, 1 a été exclu, du fait de non-respect de la consigne.

Les données issues du GOOGLE FORM©, elles ont été transférées sur le logiciel EXCEL©, avec lequel une partie de l'analyse descriptive a été réalisée. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel R©.

Le questionnaire de satisfaction distribué au groupe intervention, comprenant des questions supplémentaires par rapport au questionnaire LimeSurvey© des années précédentes, ces dernières ont été simplement analysées de manière descriptive. Les questions communes aux deux questionnaires ont été comparées grâce au logiciel EXCEL©.

1. Critère de jugement principal

Il est défini par la note obtenue au questionnaire de connaissances. Il s'agit d'une note sur dix points, le questionnaire ayant un total de dix questions, chaque question rapportant un point.

2. Critères de jugement secondaires

a) Concernant la mesure de l'acquisition de connaissance selon les phases de l'annonce :

Il est défini par les notes obtenues par les différents groupes selon la phase de l'annonce sur laquelle porte la question. La première phase regroupe 2 questions. La note est sur 2. La Seconde phase, 5 questions, note sur 5. La troisième phase, 3 questions, note sur 3.

b) Concernant la comparaison entre l'enseignement théorique des promotions précédentes et simulation du groupe intervention

(1) Concernant l'évaluation du sentiment de progression général lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation

Il est défini par les résultats des échelles de Likert issue du questionnaire de satisfaction, pour le groupe intervention et de ceux issus du questionnaires LimeSurvey© des promotions 2017 à 2019 concernant l'enseignement traditionnel.

(2) Concernant l'identification, selon les internes, des points d'améliorations dans l'enseignement, en fonction des phases d'annonce lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation

Il est défini par les réponses de la question 10 du questionnaire de satisfaction, pour la simulation du groupe d'intervention, et par les réponses au questionnaire LimeSurvey© pour les promotions précédentes concernant le cours théorique.

(3) Concernant l'identification, selon les internes des points à revoir dans l'enseignement, en fonction des phases d'annonce lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation

Il est défini par les réponses de la question 11 du questionnaire de satisfaction, pour la simulation du groupe d'intervention, et par les réponses au questionnaire LimeSurvey© pour les promotions précédentes concernant le cours théorique.

c) Concernant l'apport de la simulation

- (1) Éléments apportés par la simulation
- (2) Impact sur la pratique
- (3) Effet sur le sentiment de confiance et d'assurance
- (4) Satisfaction par rapport à la simulation

Il est défini par les réponses issues de la question respective du questionnaire de satisfaction.

d) Concernant l'expérience des étudiants simulés lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

- (1) Antécédent d'annonce
- (2) Lieux de l'annonce
- (3) Recueil du ressenti des étudiants simulés lors de l'annonce

Il est défini par les réponses issues de la question respective du questionnaire de satisfaction.

III. RESULTATS

A. Populations

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons sélectionné les internes en 5^{ème} semestre du DES de MG de Poitiers, soit la promotion 2020.

Il y avait 110 étudiants inscrits, dont 69 femmes et 41 hommes. L'âge moyen était de 26,2 ans, avec une moyenne de 25,7 ans pour les femmes et de 26,7 ans pour les hommes (Figure 1 et tableau 1).

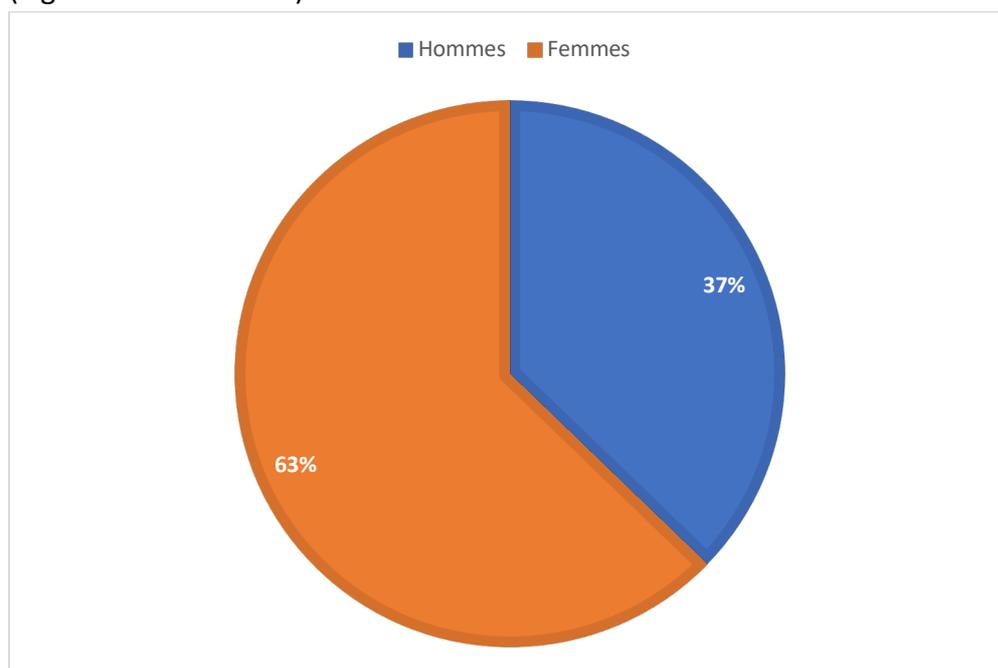


Figure 1 : Ratio H/F promotion 2020

	Effectif	Age moyen
Hommes	41	26,7
Femmes	69	25,7
Total	110	26,2

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques promotion 2020

Pour aller plus loin, les données issues du questionnaire LimeSurvey© des promotions 2017 à 2019 ont été utilisées pour répondre à une partie des objectifs secondaires.

Les promotions 2017, 2018 et 2019 étaient composées respectivement de 107, 106 et 110 étudiants. Soit un total de 323 étudiants, dont 206 femmes et 117 hommes (Figure 5, tableau 5). On peut remarquer dans les tableaux 2 à 4 ainsi que sur les figures 2 à 4 que leurs caractéristiques sont similaires.

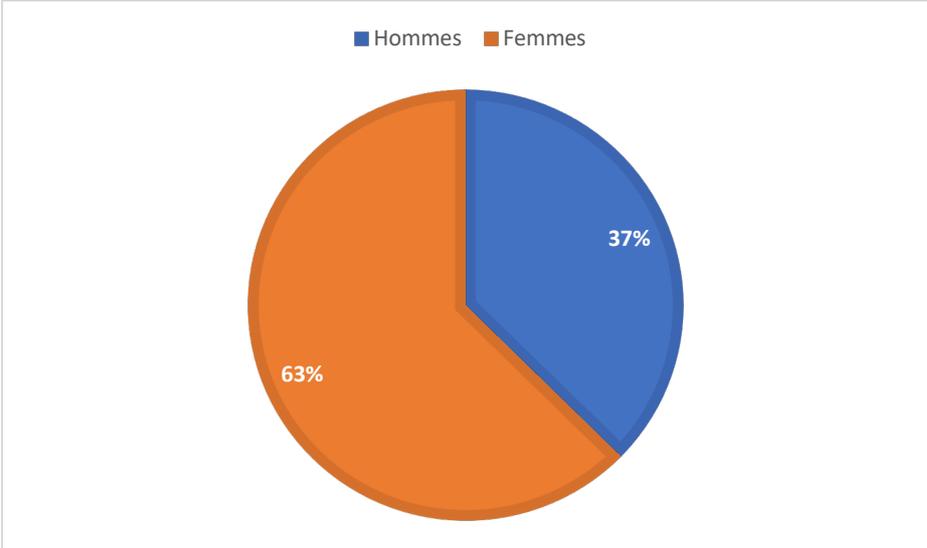


Figure 2 : ratio H/F promotion 2017

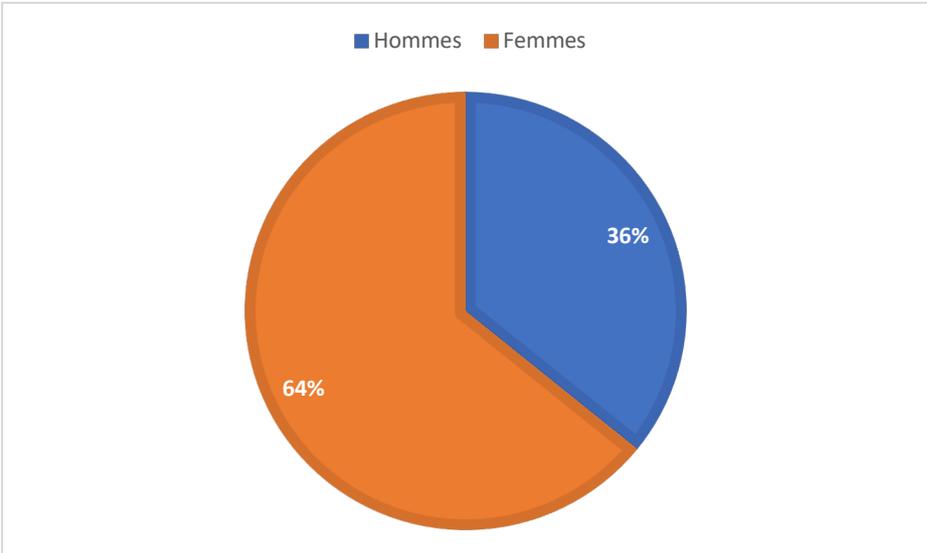


Figure 3 : ratio H/F promotion 2018

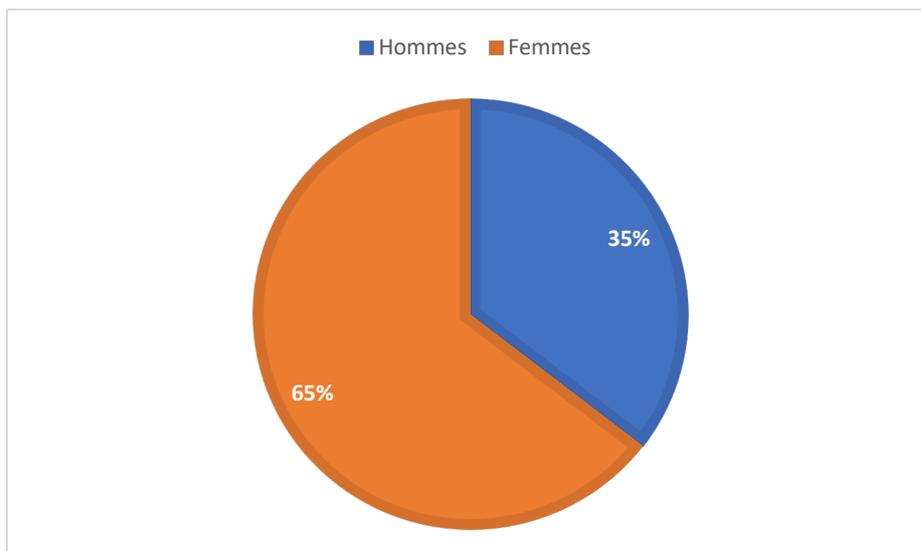


Figure 4 : ratio H/F promotion 2019

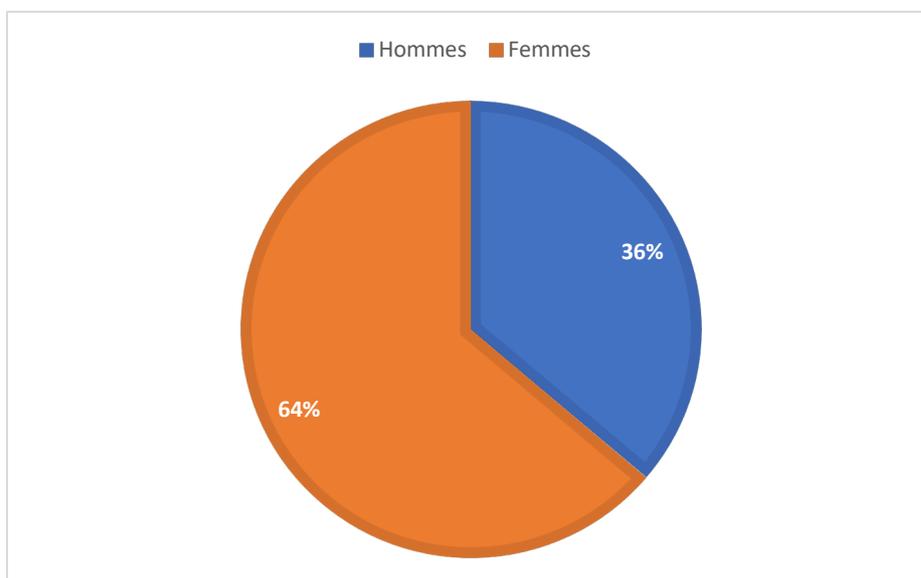


Figure 5 : ratio H/F promotion 2017-2019

	Effectif	Age moyen
Hommes	40	25,9
Femmes	67	25,3
Total	107	25,6

Tableau 2 : caractéristiques démographiques promotion 2017

	Effectif	Age moyen
Hommes	38	25,7
Femmes	68	25,7
Total	106	25,7

Tableau 3 : caractéristiques démographiques promotion 2018

	Effectif	Age moyen
Hommes	39	25,6
Femmes	71	25,2
Total	110	25,4

Tableau 4 : caractéristiques démographiques promotion 2019

	Effectif	Age moyen
Hommes	117	25,7
Femmes	206	25,4
Total	323	25,6

Tableau 5: caractéristiques démographies promotions 2017 à 2019.

B. Objectif principal

Sur les 110 étudiants, 30 ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi ces réponses, 16 sont issues du groupe témoin et 14 du groupe intervention. Une formulaire a été exclu du fait du non-respect des consignes ce qui donne un total de 29 réponses, 16 du groupe témoin et 13 du groupe intervention.

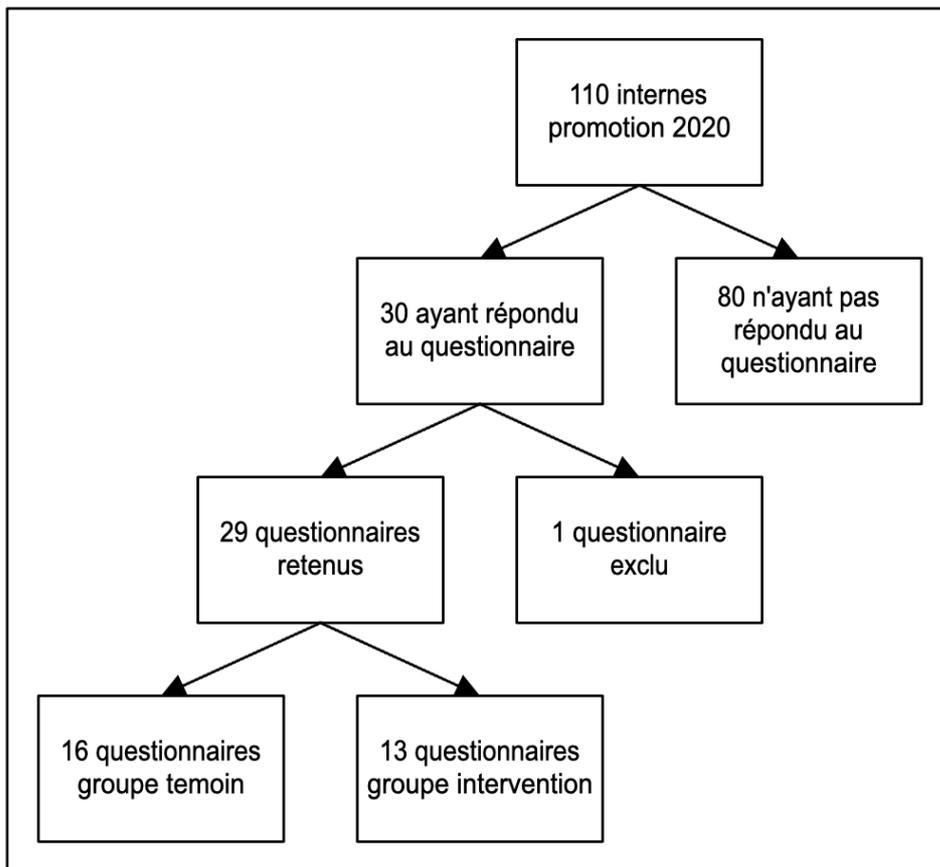


Figure 6 : répartition des réponses aux questionnaires de connaissances

Les données ont été analysées, le résumé est disponible dans le tableau suivant :

Les questionnaires ont été notés sur 10 (10 QUESTIONS, 1 POINT PAR QUESTION)

Pour les QCMs, 5 concordances, 1 point : « bonne réponse » . 4 concordances : 0,5 point « réponse partielle » . 3 concordances et moins : 0 points « mauvaise réponse ».

Pour les QCU : 1 ou 0 point. (bonne / mauvaise réponse)

Caractéristiques	Groupe			p-value
	Total (N = 29) ¹	Intervention (n = 13)	Temoin (n= 16)	
Département, n (%)				<0.001²
<i>Charente</i>	4 (13.79)	0 (0.00)	4 (25.00)	
<i>Charente Maritime</i>	10 (34.48)	0 (0.00)	10 (62.50)	
<i>Deux Sevres</i>	13 (44.83)	13 (100.00)	0 (0.00)	
<i>Vienne</i>	2 (6.90)	0 (0.00)	2 (12.50)	
Note totale				0.014³
<i>Moyenne (ET)</i>	6.76 (1.41)	7.54 (0.99)	6.13 (1.40)	

¹n (%)

²Fisher's exact test

³Wilcoxon rank sum test

ET: Ecart-type

Tableau 6 : répartition des étudiants par groupe et moyenne globale

Le tableau 6 présente les résultats de l'analyse descriptive des données (variables). Les variables qualitatives sont décrites par leurs effectifs et proportions selon les différentes modalités (classes). Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne et l'écart-type.

Des représentations graphiques ont été faites pour avoir une idée de la répartition et distribution des variables.

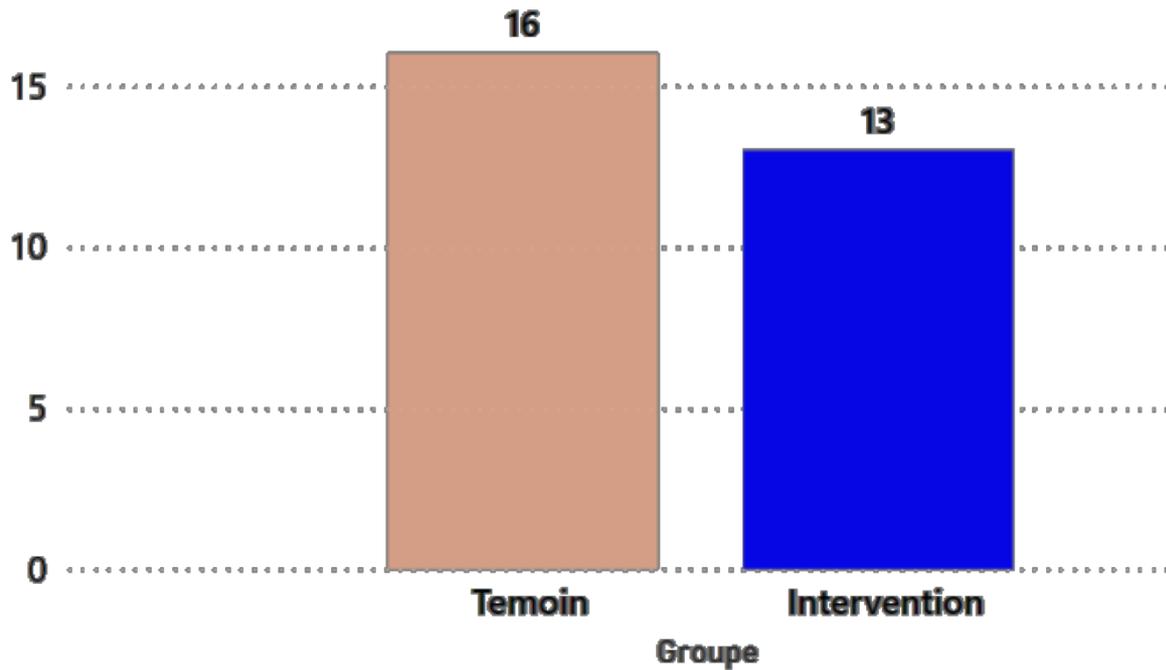


Figure 7 : Répartition des étudiants par groupe

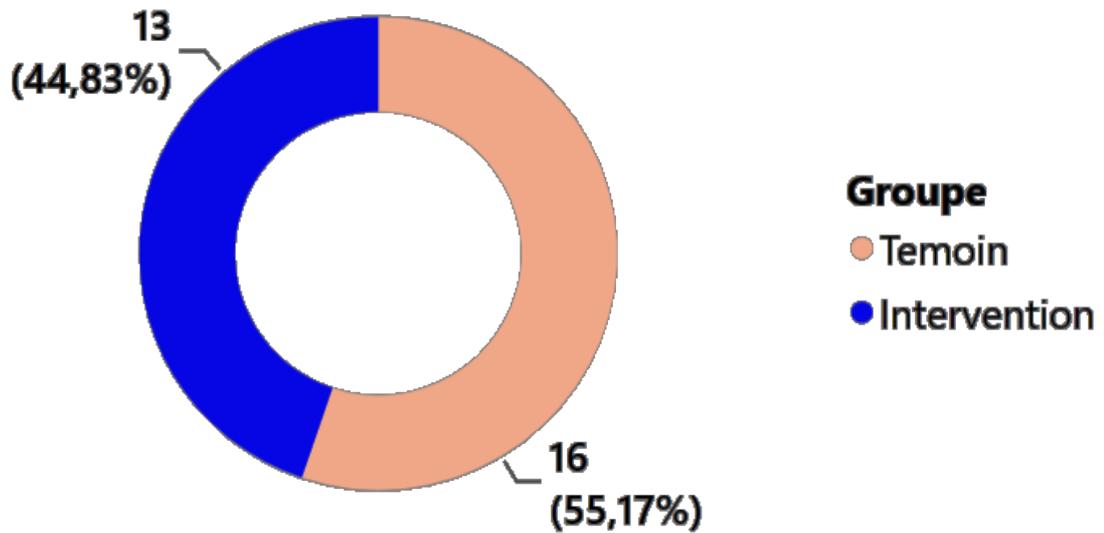


Figure 8 : Répartition des étudiants par groupe (proportion)

Les figures 7 et 8 représentent la répartition des étudiants dans les deux groupes. On note que la majorité des étudiants est inclus dans le groupe témoins (55,17%).

Concernant les notes : comme on peut le noter dans le tableau 7 et la figure 9 :

La note totale est exprimée sur 10.

La moyenne des notes de tous les participants a été de 6,76.

La moyenne des internes du groupe intervention a été de 7,54.

La moyenne des internes du groupe témoin a été de 6,13.

La note maximale est de 9,5/10, la note minimale est de 4/10.

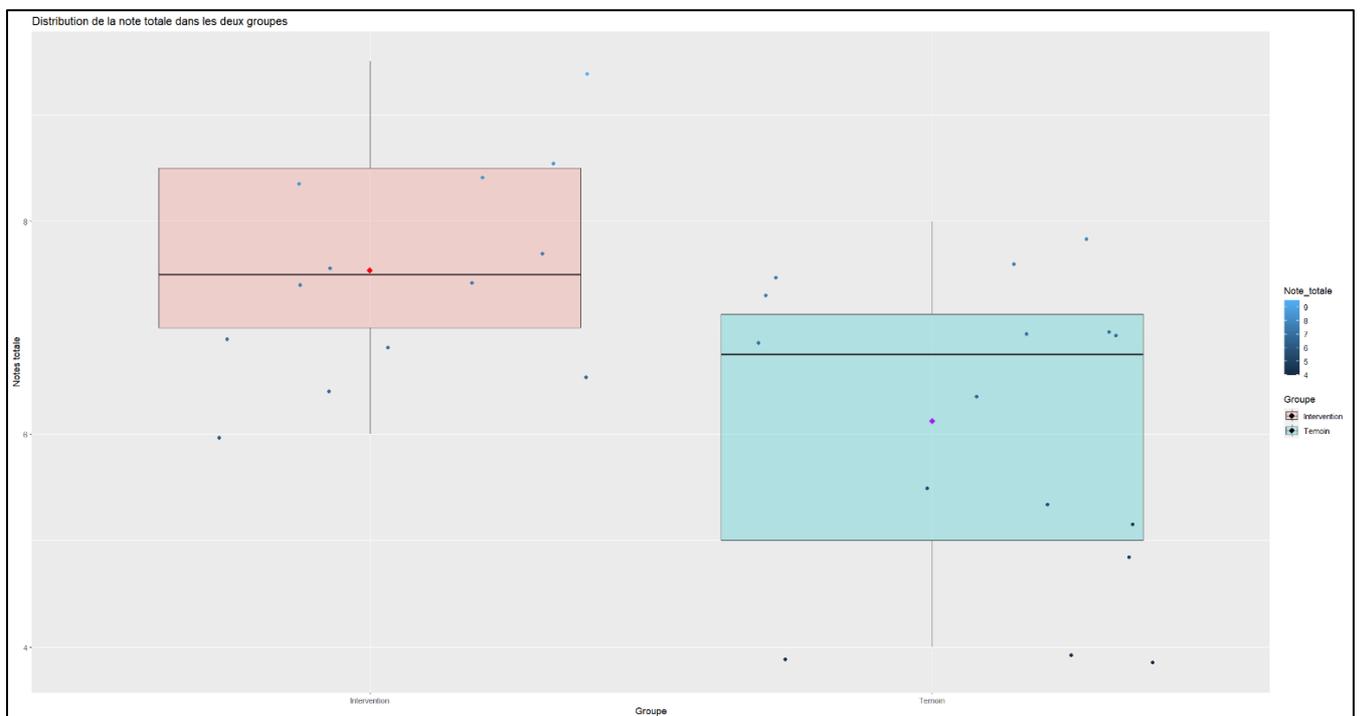


Figure 9 : Distribution des notes totales dans les deux groupes

La figure 9 présente la distribution des notes totales dans les deux groupes avec les notes moyennes des deux groupes. L'objectif principal de l'étude est de vérifier s'il existe une différence significative entre les deux moyennes.

Comparaison des moyennes des notes totales entre les deux groupes

L'effectif total des étudiants étant inférieur à 30, les conditions d'utilisations de tests paramétriques (test de Student) ne sont donc pas respectées. De ce fait, le test de Wilcoxon a été utilisé pour comparer les moyennes des notes entre les deux groupes.

Les conditions de validité du test de Wilcoxon ont été vérifiées et les résultats sont présentés dans les tableaux.

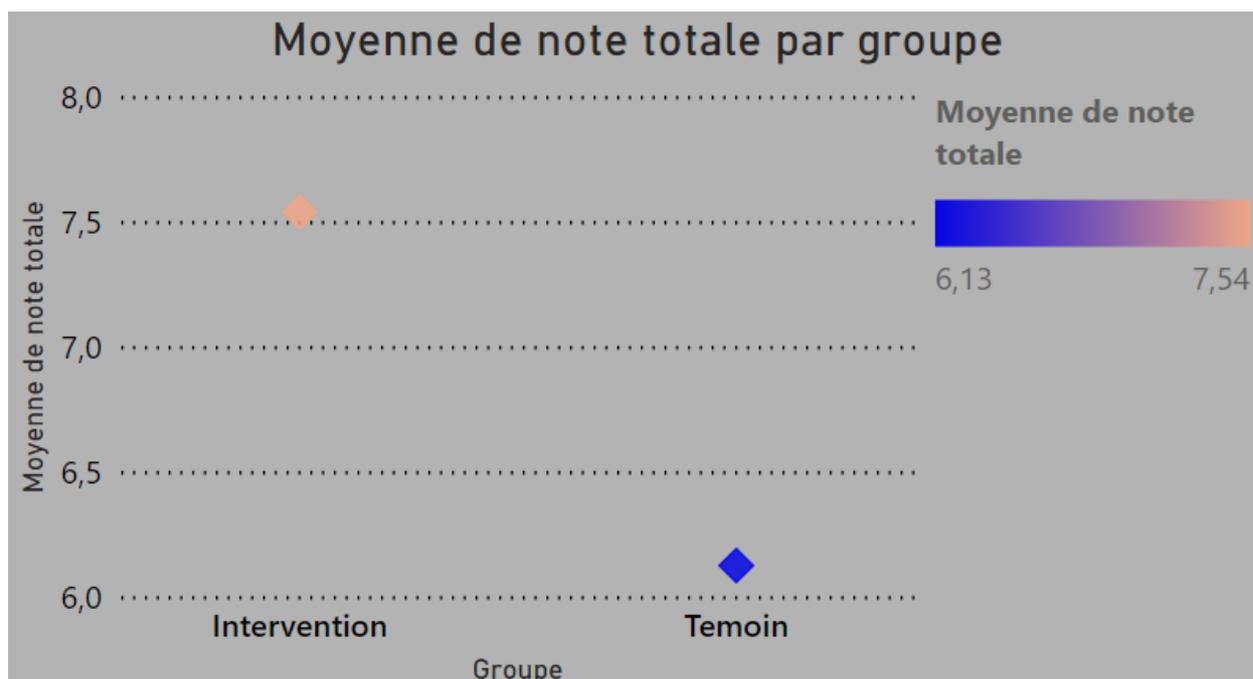


Figure 10 : Moyenne des notes totales des deux groupes

La figure 10 présente la moyenne des notes totales dans les deux groupes. On note que la note totale moyenne était 6,13 pour les étudiants du groupe témoins et 7,54 pour ceux du groupe intervention. La comparaison des moyennes par le test de Wilcoxon (tableau 6) montre une différence statistiquement significative avec un p-value=**0.014**.

C. Objectifs secondaires

1. Comparaison des moyennes en fonction des questions regroupées en sous-groupes selon les phases de l'annonce.

Les réponses ont été réparties en trois sous-groupes correspondant aux trois phases de l'annonce :

- Avant la consultation : questions 1 et 2, note exprimée sur 2.
- Pendant la consultation : questions 3 à 7, note exprimée sur 5.
- Après la consultation : question 8 à 10, note exprimée sur 3.

Caractéristiques	Groupe			p-value
	Total (N = 29) ¹	Intervention (n = 13)	Témoin (n= 16)	
Note avant consultation				0.001³
<i>Moyenne (ET)</i>	1.33 (0.67)	1.77 (0.39)	0.97 (0.64)	
Note pendant consultation				0.24 ³

Caractéristiques	Groupe			p-value
	Total (N = 29) ¹	Intervention (n = 13)	Témoin (n= 16)	
<i>Moyenne (ET)</i>	3.43 (0.85)	3.62 (0.87)	3.28 (0.84)	
Note après consultation				0.22 ³
<i>Moyenne (ET)</i>	2.00 (0.64)	2.15 (0.63)	1.88 (0.65)	
Note totale				0.014³
<i>Moyenne (ET)</i>	6.76 (1.41)	7.54 (0.99)	6.13 (1.40)	

¹n (%)

²Fisher's exact test

³Wilcoxon rank sum test

ET: Ecart-type

Tableau 7 : Moyenne des notes globales et en fonction phases de l'annonce

Avant la consultation : la moyenne des notes était de 0,97 pour le groupe témoin et de 1,77 pour le groupe intervention. La comparaison des moyennes par le test de Wilcoxon montrait une différence statistiquement significative avec un p-value=0.001.

Pendant la consultation, la moyenne des notes était de 3,28 pour le groupe témoin et de 3,62 pour le groupe intervention. La comparaison des moyennes par le test de Wilcoxon montrait une différence non statistiquement significative avec un p value=0,24.

Après la consultation, la moyenne des notes était de 1,88 pour le groupe témoin et de 2,15 pour le groupe intervention. La comparaison des moyennes par le test de Wilcoxon montrait une différence non statistiquement significative avec un p value=0,22.

Comparaison des moyennes question par question en fonction des groupes :

L'analyse des moyennes question par question montrait une supériorité des moyennes des notes dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin sauf pour la question 5.

La différence des moyennes était plus marquée pour les questions 1 et 2, ce qui ressortait également dans l'analyse statistique, cette différence était significative.

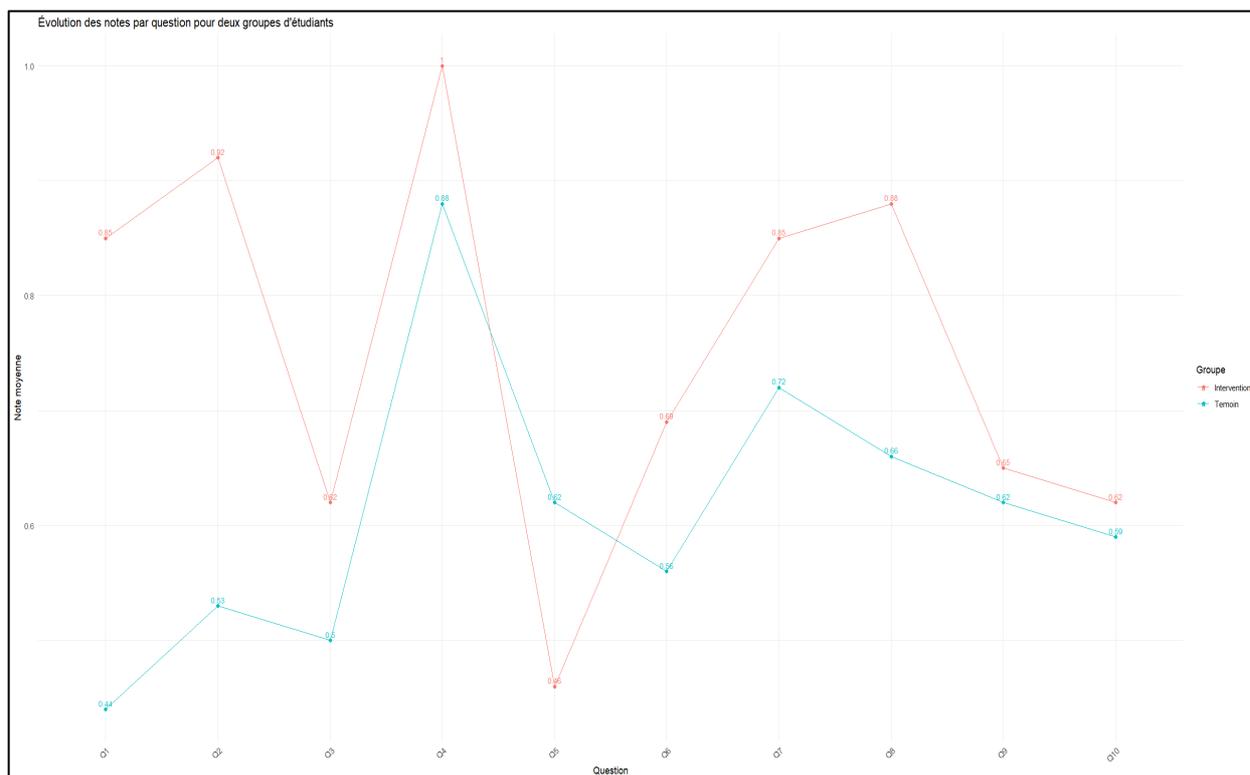


Figure 11 : Moyenne des notes questions par question en fonction des groupes

Pour certains objectifs, nous avons analysé les résultats des questions communes aux deux questionnaires utilisés. Les deux populations interrogées étant de taille différente, nous avons fait le choix d'exprimer les valeurs en pourcentage.

- Enseignement par simulation : Groupe intervention ou groupe GEP 79 : 16 réponses
- Enseignement théorique : Promotions 2017-2019: 113 réponses.

2. Évaluer le sentiment de progression général lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation

Le sentiment de progression, évalué, à l'aide d'une échelle de Likert sur 6 (Tout à fait d'accord, D'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas d'accord, Pas du tout d'accord) ne permettait pas d'exprimer une position neutre ou intermédiaire.

La majeure partie des internes des deux groupes confondus avaient un sentiment plutôt positif quant à leur progression.

Au sein du groupe intervention, 94% des internes exprimaient un sentiment de progression (totalement d'accord, d'accord ou bien plutôt d'accord à la question).

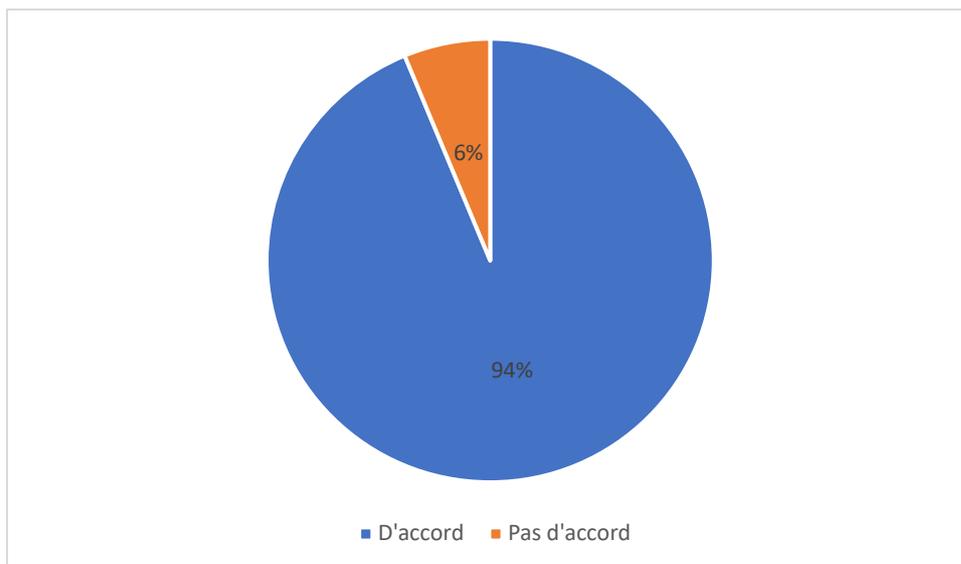


Figure 12 : Sentiment de progression – promotion 2020 groupe intervention.

Dans le groupe des promotions 2017-2019, nous avons dans un premier temps divisé les réponses en sous-groupes, selon l'année, le sentiments de progression, afin d'évaluer la stabilité dans le temps des réponses.

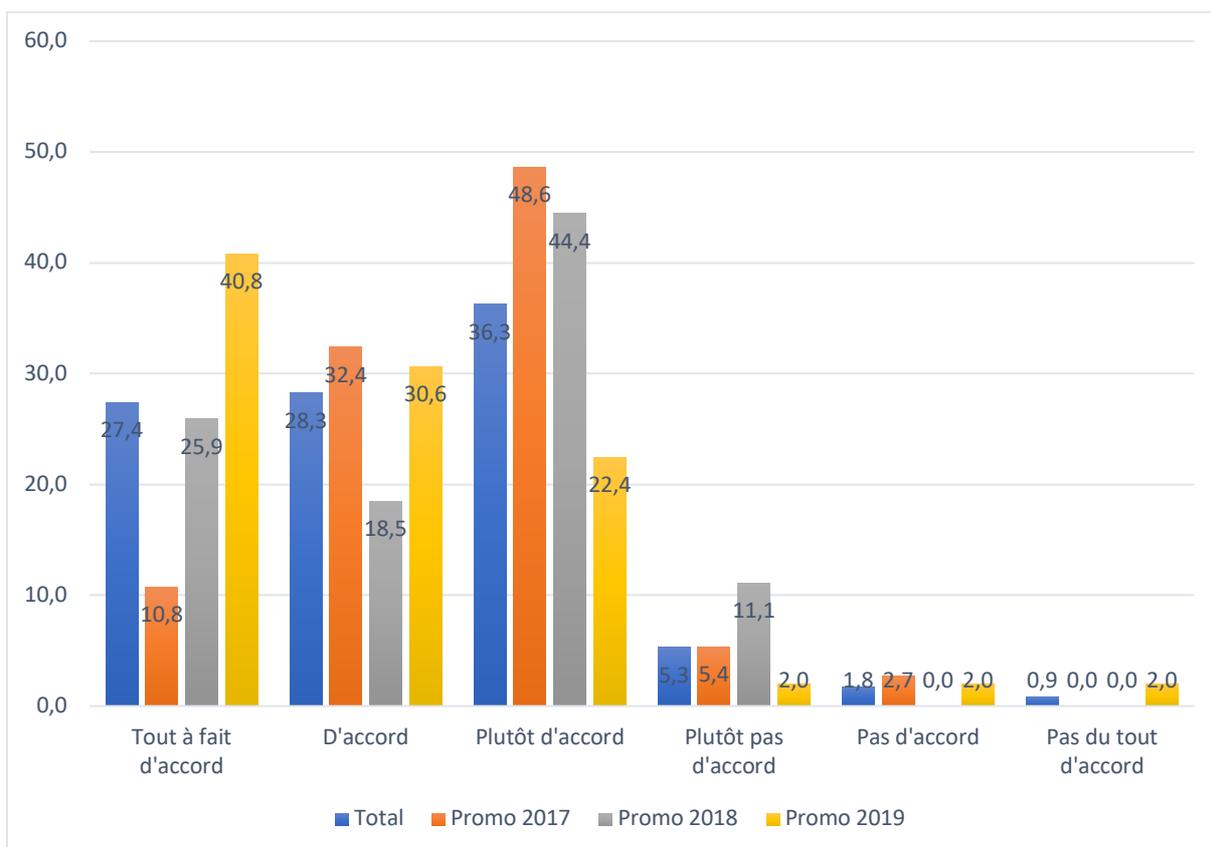


Figure 13 : Sentiment de progression par promotion et général 2017-2019

On remarque qu'il existait certaines différences, la promotion 2017 était majoritairement plutôt d'accord avec 48,6% alors que la moyenne était à 36,3% et seulement

10,8% des internes étaient totalement d'accord concernant le sentiment de progression contre une moyenne à 27,4%. Concernant la promotion 2019, le sentiment était inverse, avec 22,4% d'entre eux qui étaient plutôt d'accord, et 40,8% qui étaient tout à fait d'accord.

Une fois ces données regroupées, cela nous donnait : au sein des promotions précédentes , 92% des internes exprimaient un sentiment de progression (totalement d'accord, d'accord ou bien plutôt d'accord à la question).

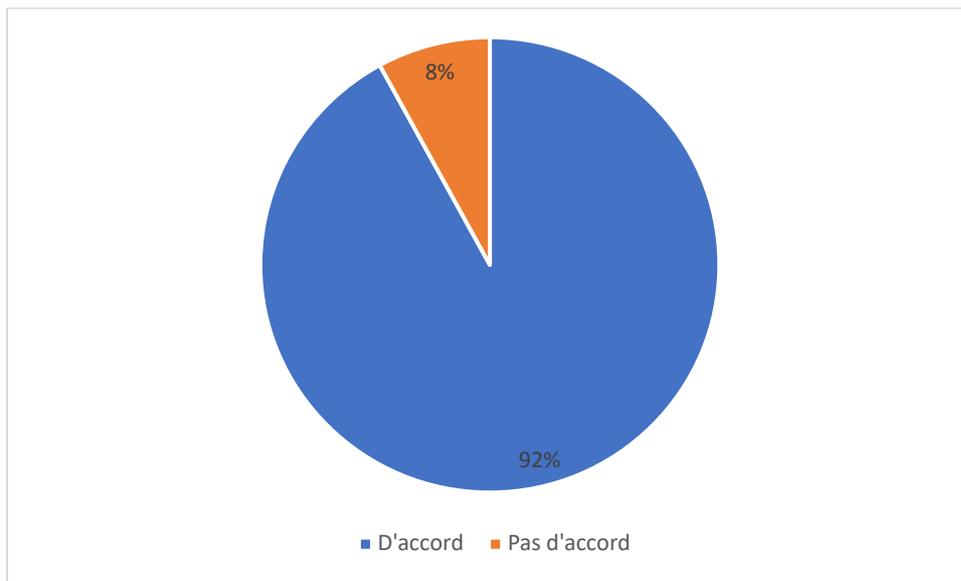


Figure 14 : Sentiment de progression - cours théorique : promotions 2017-2019

Les étudiants du groupe intervention ont répondu à 80,7% qu'ils étaient soit totalement d'accord soit d'accord. 12,5% ont répondu plutôt d'accord. 6,3% plutôt pas d'accord. Personne n'a répondu pas d'accord ou pas du tout d'accord.

Les étudiants des promotions précédentes ont répondu à 55,7% soit totalement d'accord soit d'accord. 36,3% ont répondu plutôt d'accord. 8% ont répondu soit plutôt pas d'accord, pas d'accord ou bien pas du tout d'accord.

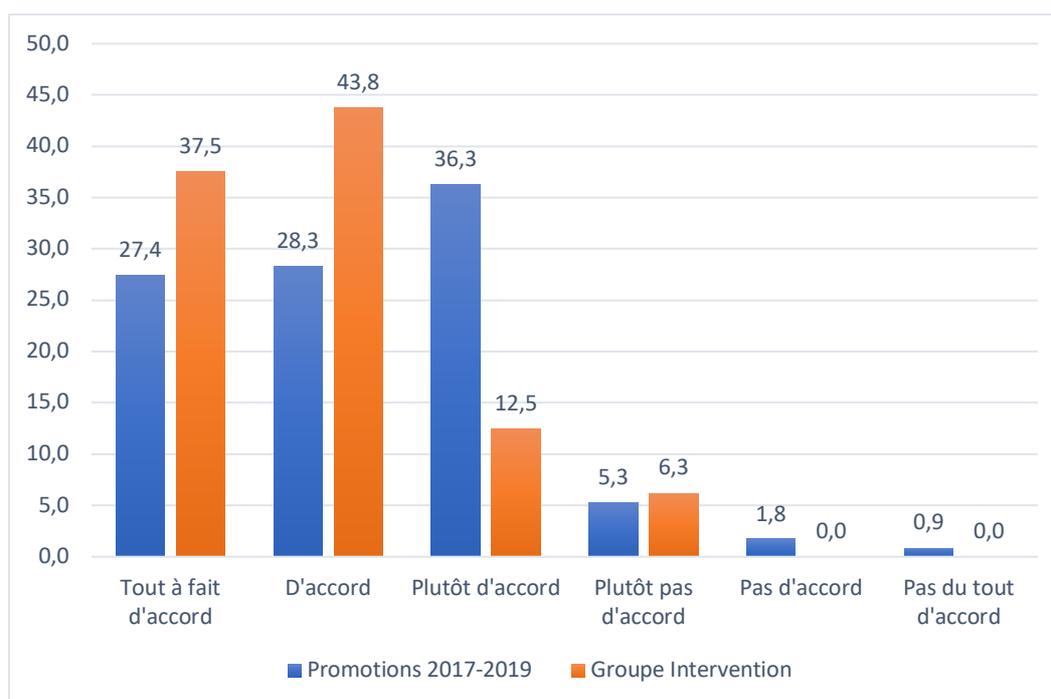


Figure 15 : Repartition du sentiment de progression des étudiants

Nous avons analysé ces données afin de voir s'il existait des différences statistiquement significatives.

Caractéristiques	Intervention, N = 16 ¹	Promotion 2017-2019, N = 113 ¹	p-value
Sentiment de progression			0.36 ²
<i>Tout à fait d'accord</i>	6 (37.50%)	31 (27.43%)	
<i>D'accord</i>	7 (43.75%)	32 (28.32%)	
<i>Plutôt d'accord</i>	2 (12.50%)	41 (36.28%)	
<i>Plutôt pas d'accord</i>	1 (6.25%)	6 (5.31%)	
<i>Pas d'accord</i>	0 (0.00%)	2 (1.77%)	
<i>Pas du tout d'accord</i>	0 (0.00%)	1 (0.88%)	

¹n (%)

²Fisher's exact test

Tableau 8 : Description du sentiment de progression des étudiants

La figure 15 montre les résultats du sentiment de progression des étudiants. Il ressort que les étudiants du groupe intervention sont plus souvent « tout à fait d'accord » et « d'accord » d'avoir progressé lors de la formation que les étudiants du groupe témoin (promotion 2017-2019). Néanmoins, la différence n'est pas statistiquement significative (tableau 8).

Caractéristiques	Intervention, N = 16 ¹	Promotion 2017-2019, N = 113 ¹	p-value
Sentiment de progression			>0.99 ²
<i>D'accord</i>	15 (93.75%)	104 (92.04%)	
<i>Pas d'accord</i>	1 (6.25%)	9 (7.96%)	

¹n (%)

²Fisher's exact test

Tableau 9 : Description du sentiment de progression des étudiants en deux modalités

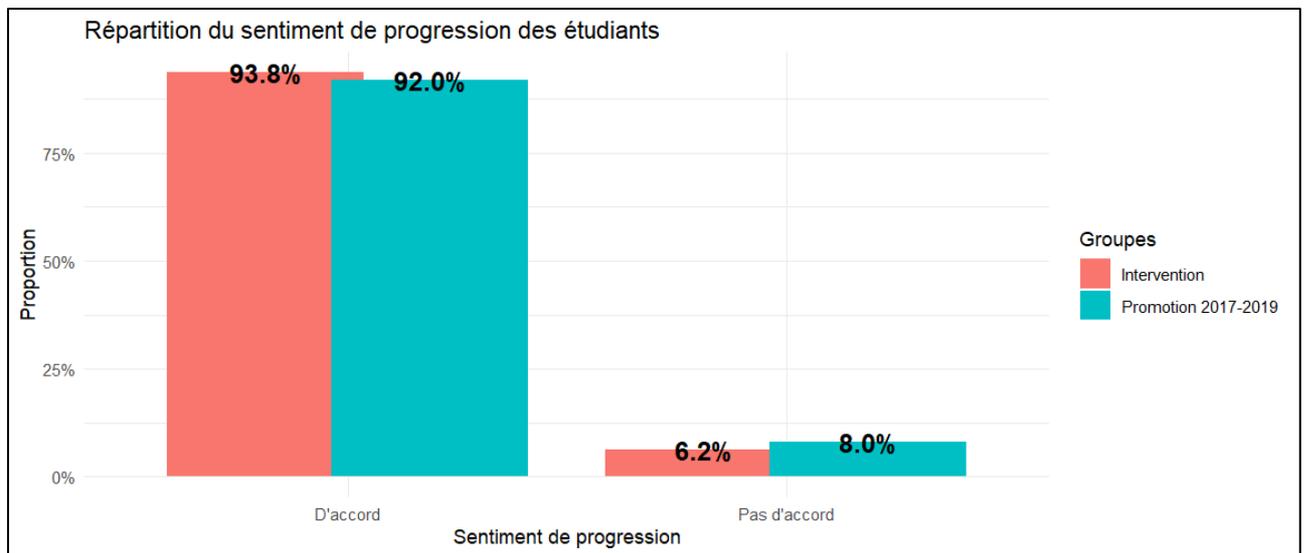


Figure 16 : Répartition du sentiment de progression des étudiants en deux modalités

Le tableau 9 et la figure 16 présentent les résultats du sentiment de progression mais en deux modalités de réponse. On note également qu'il y'a pas de différence statistiquement significative entre les proportions d'étudiants qui ont répondu d'accord à la question dans les deux groupe.

3. Comparaison entre l'enseignement théorique des promotions précédentes et l'enseignement par simulation du groupe intervention : points d'améliorations et points à revoir

Les domaines de progression et les éléments à revoir étaient exprimés en fonction des 4 étapes suivantes d'annonce d'une mauvaise nouvelle, ces éléments sont tirés du questionnaire LimeSurvey©.

- Préparer l'annonce d'une mauvaise nouvelle
- Explorer les connaissances et les représentations du patient
- Délivrer des informations adaptées au niveau de réceptivité du patient, en prenant en compte ses propres émotions
- Proposer une prise en charge qui tient compte des réactions et de l'avis du patient
- Il était possible de ne pas se prononcer

Une ou plusieurs réponses pouvaient être cochées.

a) Identifier quels sont, selon les internes, les points d'améliorations dans l'enseignement, en fonction des phases d'annonce lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation

Sur les 16 étudiants, 14 ont trouvé une amélioration de la préparation de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, 9 au niveau de l'exploration des connaissances, 5 au niveau de la délivrance adaptée des informations, 5 au niveau de la proposition de la prise en charge et 1 étudiant à fait le choix de ne pas se prononcer. Le sentiment de progression prédominait pour l'étape de préparation à l'annonce dans le groupe intervention. Les résultats sont visibles dans la figure 17.

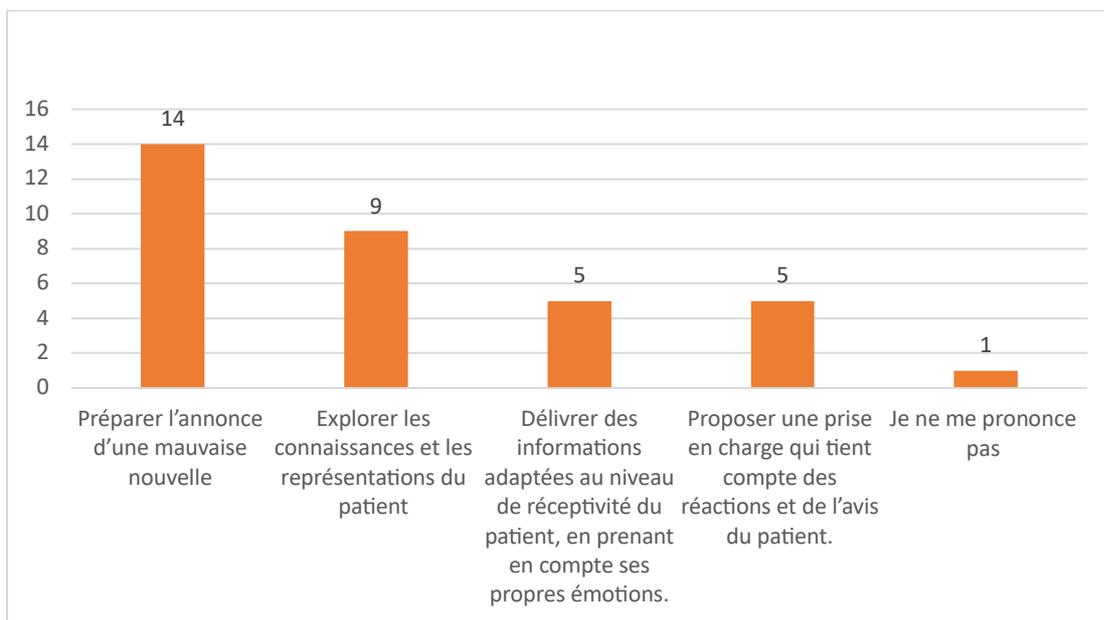


Figure 17 : Points d'amélioration ressentis - groupe intervention

Dans le groupe des promotions 2017-2019, nous avons dans un premier temps divisé les réponses en sous-groupes, par année, des points d'amélioration ressentis, afin d'évaluer la stabilité dans le temps des réponses.

Nous avons constaté que les réponses sont plutôt similaires selon les années, pour la phase de préparation, les internes l'ont considéré comme point d'amélioration entre 52% et 65% avec une moyenne à 61%, pour le point d'exploration les internes ont senti une amélioration entre 51% et 67% avec une moyenne à 60%, le point de délivrance des informations montre des chiffres encore plus rapprochés, avec une moyenne à 60% et des chiffres variant entre 56% et 63% selon les années. La seule différence que nous ayons eu se situe au niveau de la proposition de la prise en charge, avec un taux de réponse à 41% pour la promotion 2017, 69% en 2019 et une moyenne à 57%. Très peu d'internes ont fait le choix de ne pas se prononcer.

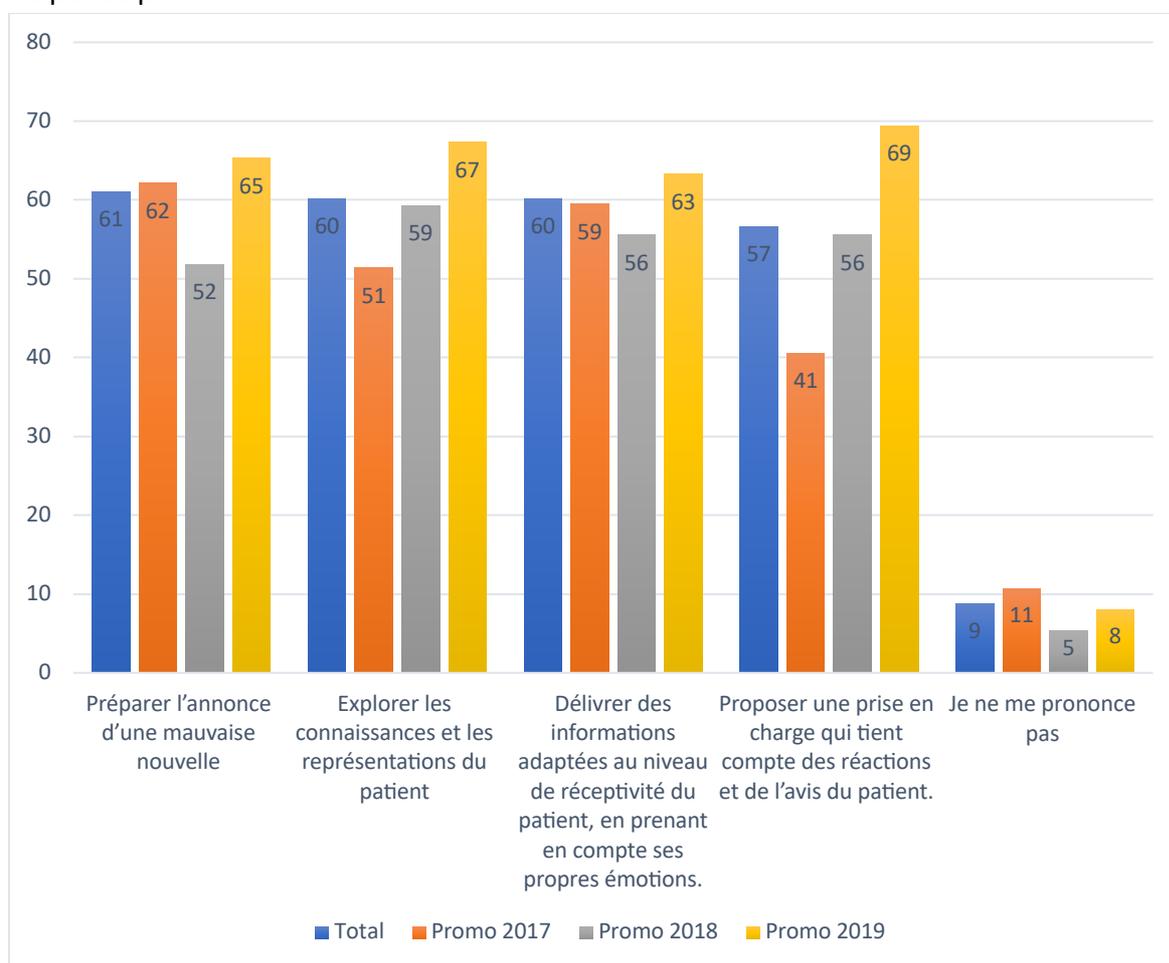


Figure 18 : Points d'amélioration ressentis par promotion et général 2017-2019

Les résultats une fois regroupés, étaient similaires pour les 4 étapes, dans le groupe « promotion 2017-2019 », avec un nombre d'internes ayant répondu par l'affirmative variant entre 64 et 69. Dix internes avaient donc préféré ne pas se prononcer.

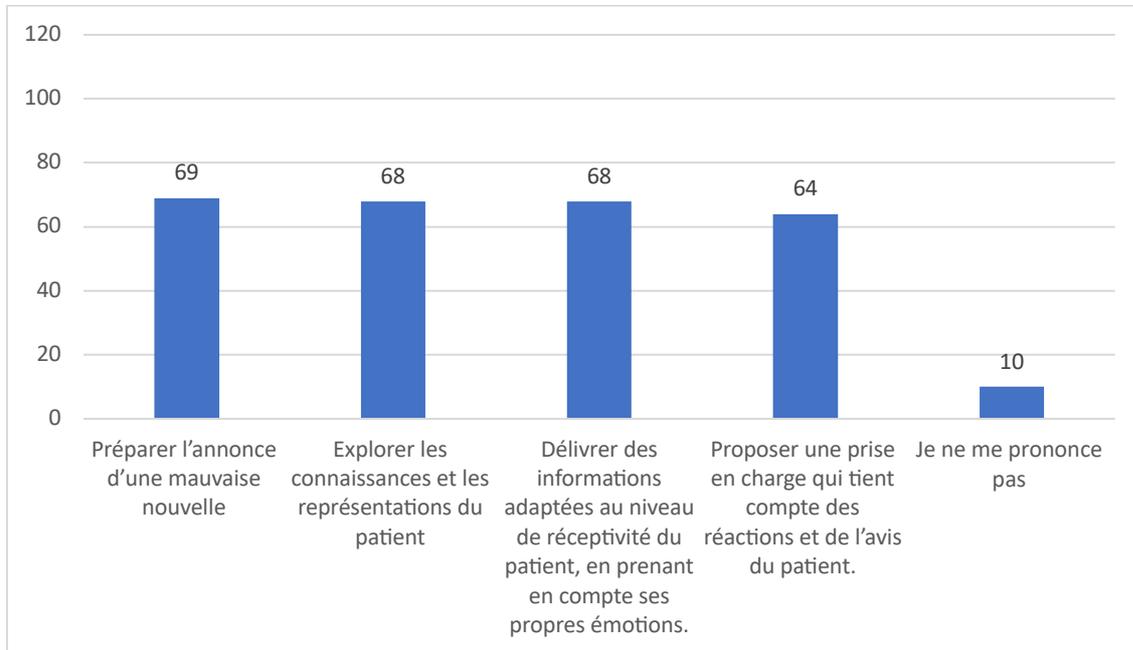


Figure 19 : Points d'amélioration ressentis - promotions 2017-2019

Une fois ces données regroupées et converties en pourcentage : le sentiment de progression était plus élevé dans le groupe intervention pour la préparation à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, 88% contre 61% dans l'autre groupe.

Le sentiment de progression était équivalent dans l'étape d'exploration des connaissances dans les deux groupes.

Le sentiment de progression était inférieur dans le groupe intervention pour la délivrance des informations (31% contre 60%).

Le sentiment de progression était inférieur dans le groupe intervention pour la proposition de prise en charge (31 contre 57%).

La principale différence que l'on pouvait noter était donc que les points d'améliorations ressentis étaient plus disparates dans le groupe simulation que dans le groupe enseignement théorique.

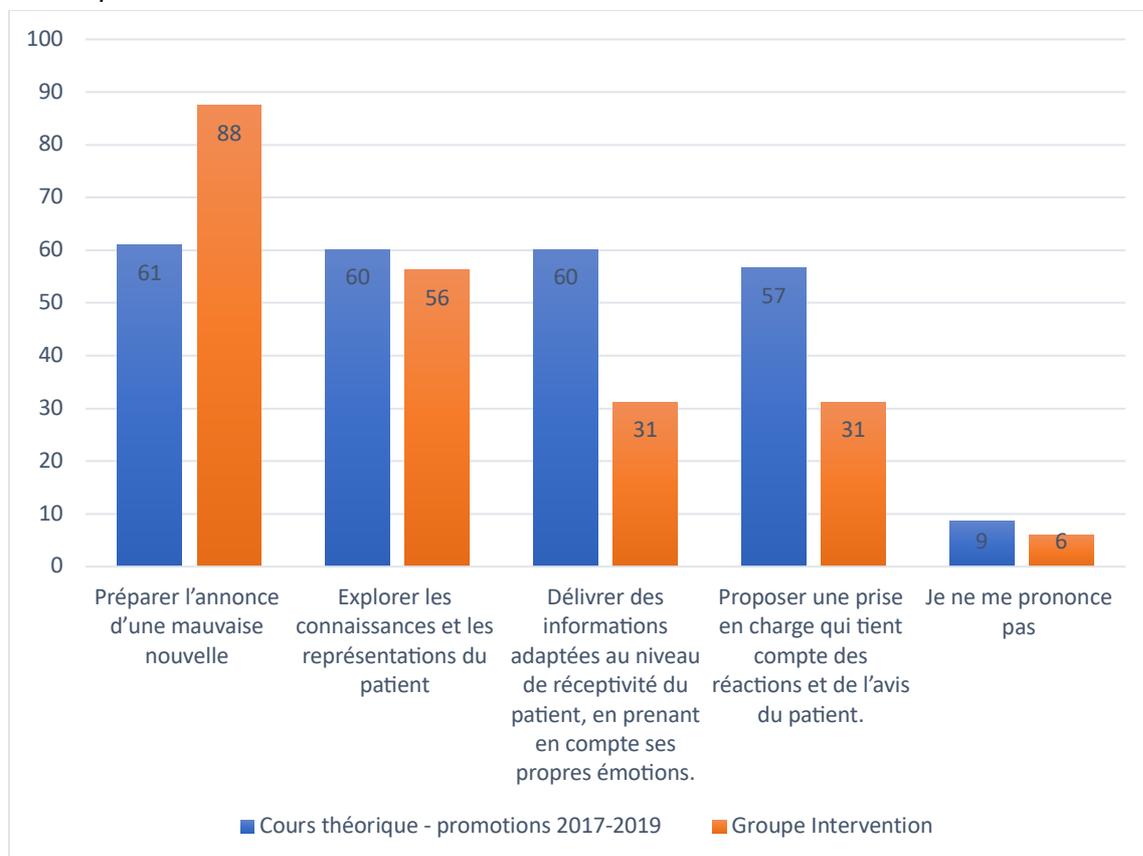


Figure 20 : Points d'amélioration ressentis - promotions 2017- 2019 et groupe intervention

b) Identifier quels sont, selon les internes, les points à revoir dans l'enseignement, en fonction des phases d'annonce, lors de l'enseignement théorique et lors de la simulation

(1) Dans le groupe intervention

Un étudiant avait considéré que la préparation de l'annonce était pour lui à revoir, 5 concernant l'exploration des connaissances du patient, 3 concernant la délivrance des informations, 6 concernant la proposition adaptée de la prise en charge et 5 ont préféré ne pas se prononcer.

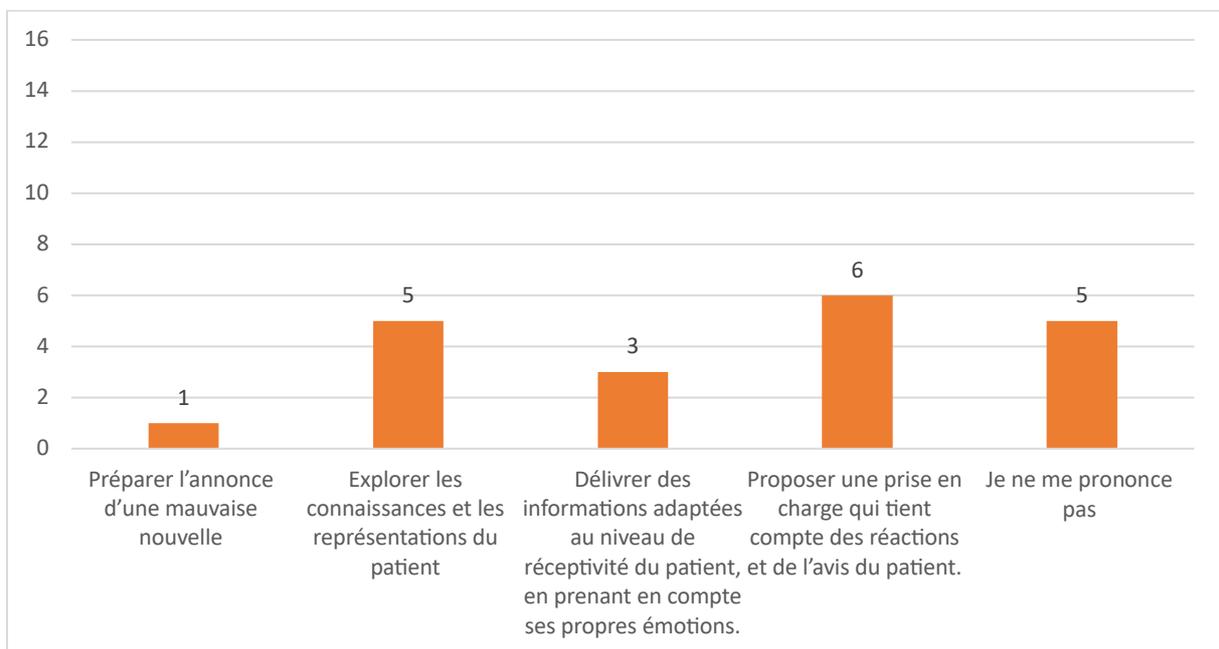


Figure 21 : points à revoir - groupe intervention

(2) Lors des cours théoriques des promotions précédentes, 2017-2019

Dans le groupe des promotions 2017-2019, nous avons dans un premier temps divisé les réponses en sous-groupes, par année, les points à revoir, afin d'évaluer la stabilité dans le temps des réponses.

Nous avons constaté que les réponses sont plutôt similaires selon les années, pour la phase de préparation, les internes l'avaient considéré comme point à revoir entre 11% et 19% avec une moyenne à 13%, pour le point d'exploration les internes avaient considéré qu'il était à revoir entre 8% et 15% avec une moyenne à 11%, pour la délivrance des informations, le pourcentage variait entre 12% et 22% avec une moyenne à 16%. Une différence existait au niveau de la proposition de la prise en charge, avec un taux de réponse à 26% pour la promotion 2018 et 11% en 2017 et une moyenne à 15%.

La majorité des internes avaient fait le choix de ne pas se prononcer concernant les points à revoir, entre 52% pour la promotion 2018 et 69% pour la promotion 2019.

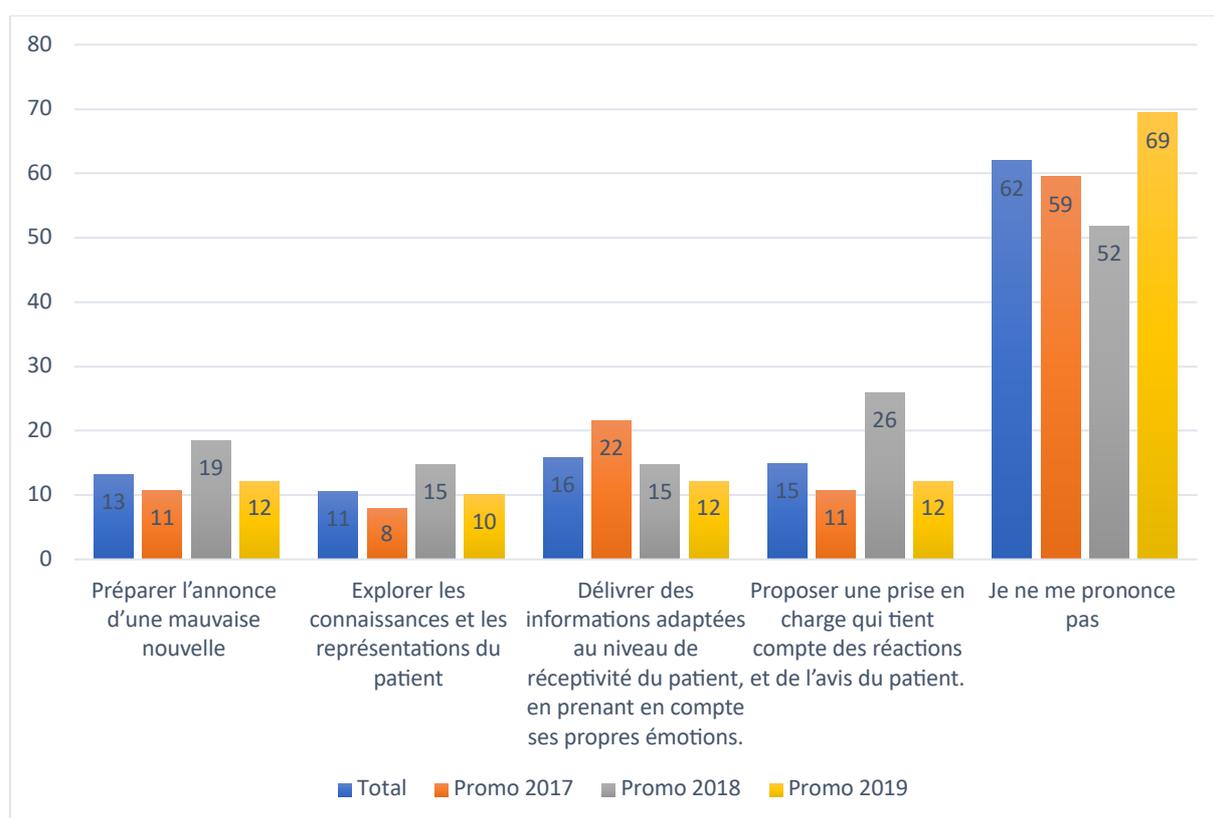


Figure 22 : Points à revoir par promotion et général 2017-2019

Une fois regroupées, au niveau des éléments à revoir, les résultats en fonction de chaque phase étaient très similaires, allant de 12 à 18 réponses selon les catégories. 70 internes ne se sont pas prononcés sur les éléments à revoir, ce qui représente 62% de l'effectif.

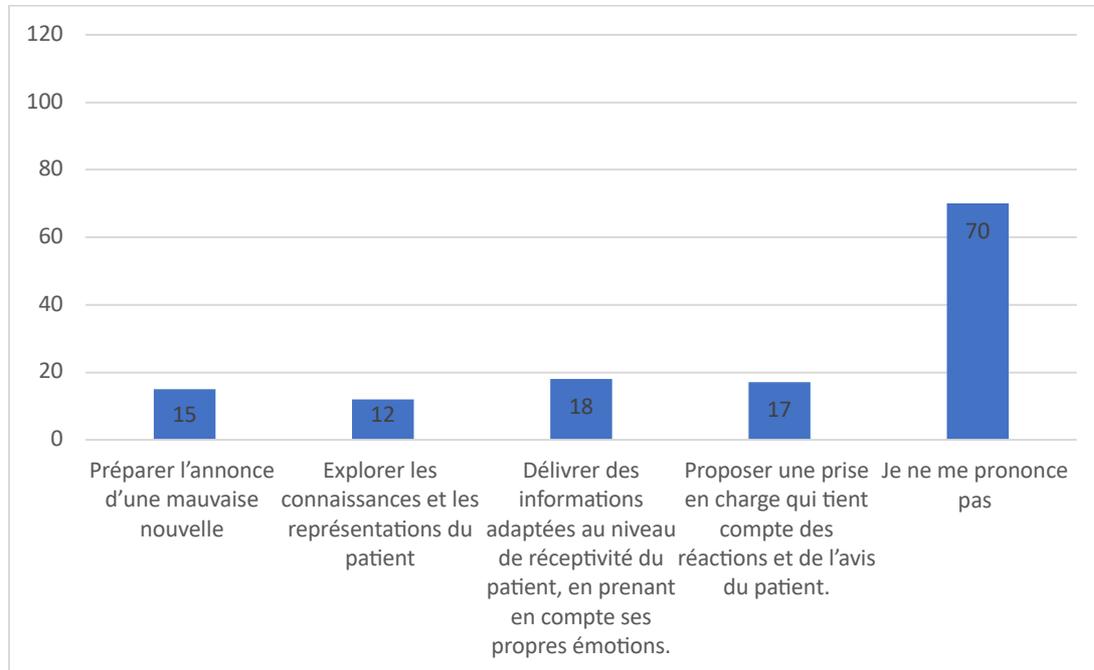


Figure 23 : points à revoir - promotions 2017-2019

(3) Dans les deux groupes

Comme pour les éléments d'améliorations, nous avons rassemblé les données et les avons converti en pourcentage.

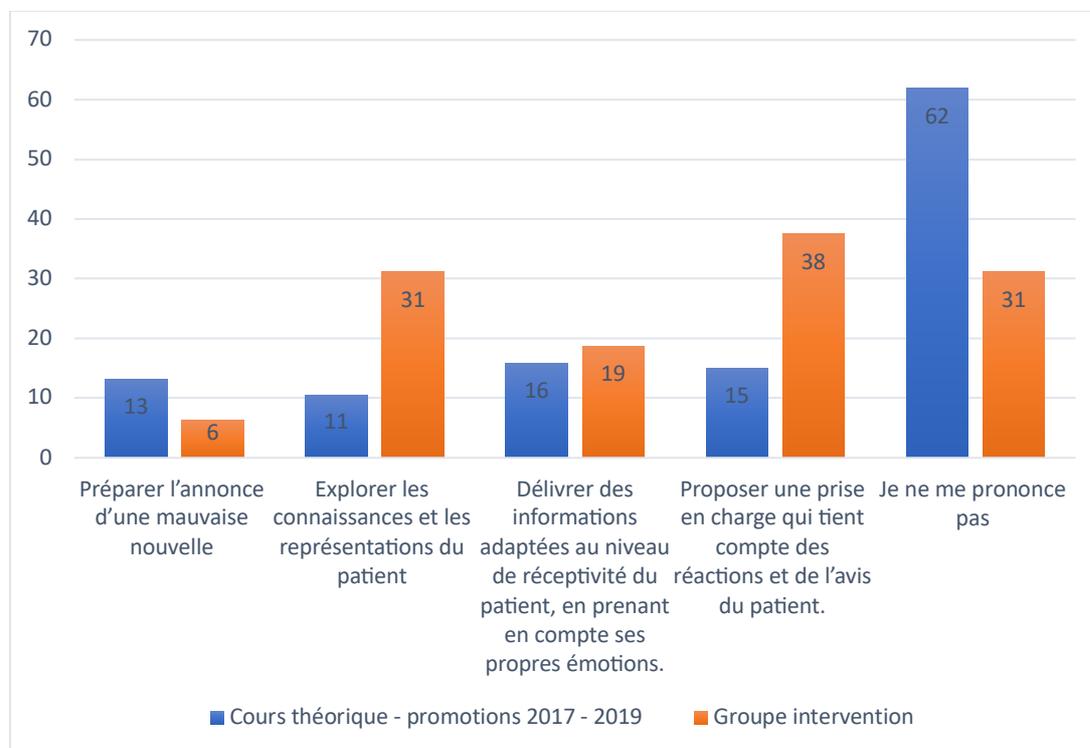


Figure 24 : Points à revoir, promotions 2017-2019 et groupe intervention

Lors de la phase de préparation, 6% du groupe intervention et 13% de l'autre groupe trouvaient qu'il y avait des éléments à revoir. Il existe une différence pour l'exploration des connaissances avec 31% qui estimaient qu'elle était à revoir dans le groupe intervention contre 11% dans l'autre groupe, différence existant également pour la proposition de prise en charge avec 38% du groupe intervention qui estimait que des éléments sont à revoir. 31% des personnes ne s'étaient pas prononcés dans le groupe intervention, pourcentage qui double, à 62% dans l'autre groupe.

On remarquait donc que dans le groupe enseignement théorique promotions précédentes, les résultats étaient très proches en fonction des phases pour les éléments à revoir, avec une majorité de personnes qui ne s'exprimaient pas. Dans le groupe intervention, ces réponses étaient disparates, mais cohérentes avec les éléments d'améliorations.

4. Caractériser l'apport de la simulation

a) *Éléments apportés par la simulation*

Les étudiants estimaient que la simulation apportait des éléments supplémentaires : 15 étudiants avaient répondu par l'affirmative (tout à fait d'accord, d'accord, ou plutôt d'accord), 1 étudiant n'était plutôt pas d'accord avec la proposition.

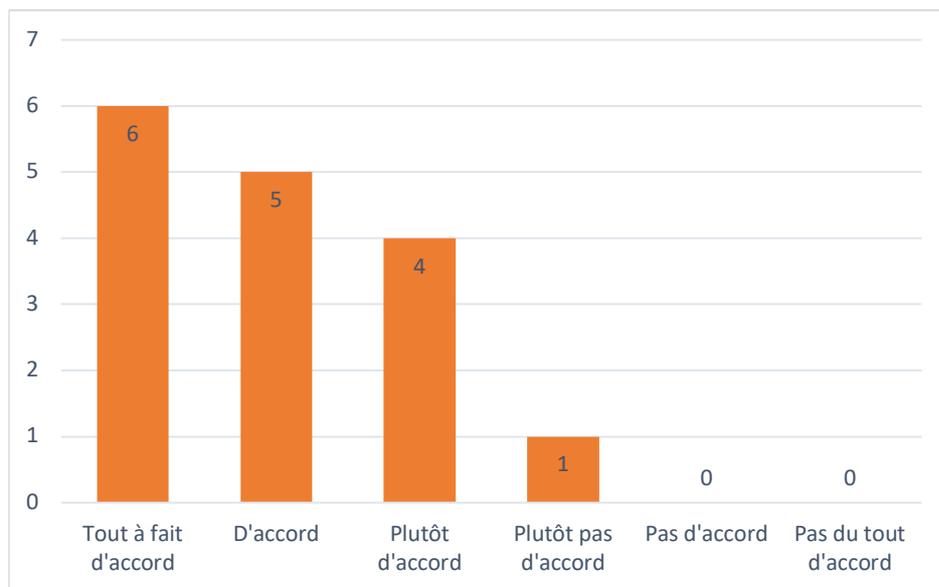


Figure 25 : La simulation apporte des éléments supplémentaires

b) *Impact sur la pratique*

Les étudiants estimaient que la simulation aurait un impact sur leur pratique future : Tous les étudiants ont répondu par l'affirmative (5 étaient tout à fait d'accord, 6 d'accord, et 5 plutôt d'accord).

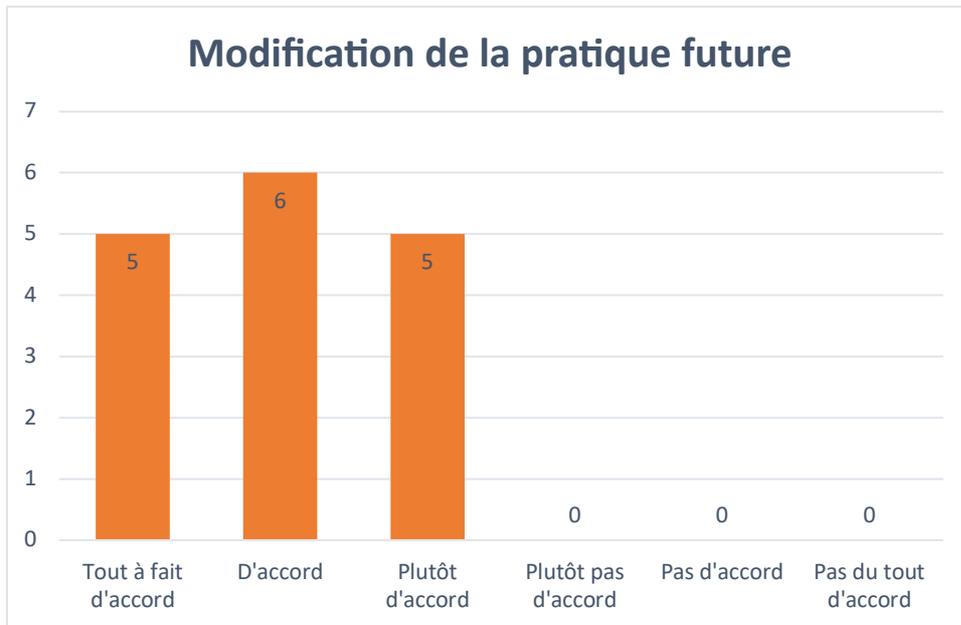


Figure 26 : Modification de la pratique future

c) *Effet sur le sentiment de confiance / assurance*

Les étudiants estimaient que la simulation avait amélioré leur sentiment de confiance et d'assurance pour une future annonce de mauvaise. 15 étudiants ont répondu par l'affirmative (tout à fait d'accord, d'accord, ou plutôt d'accord), 1 étudiant n'était pas d'accord avec la proposition.

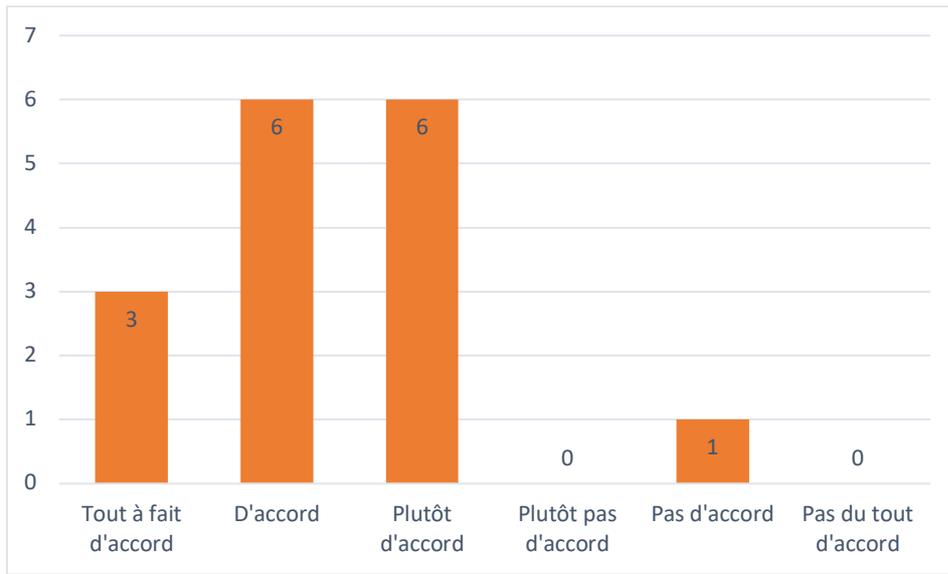


Figure 27 : Acquisition confiance et assurance dans l'annonce mauvaise nouvelle

Une fois le ressenti évalué nous leur avons demandé d'évaluer le sentiment de satisfaction général par rapport à cette formation par simulation.

d) Satisfaction

Les étudiants étaient satisfaits de la simulation : 15 étudiants avaient répondu par l'affirmative (4 tout à fait d'accord, 5 d'accord et 6 plutôt d'accord), 1 étudiant n'était plutôt pas d'accord.

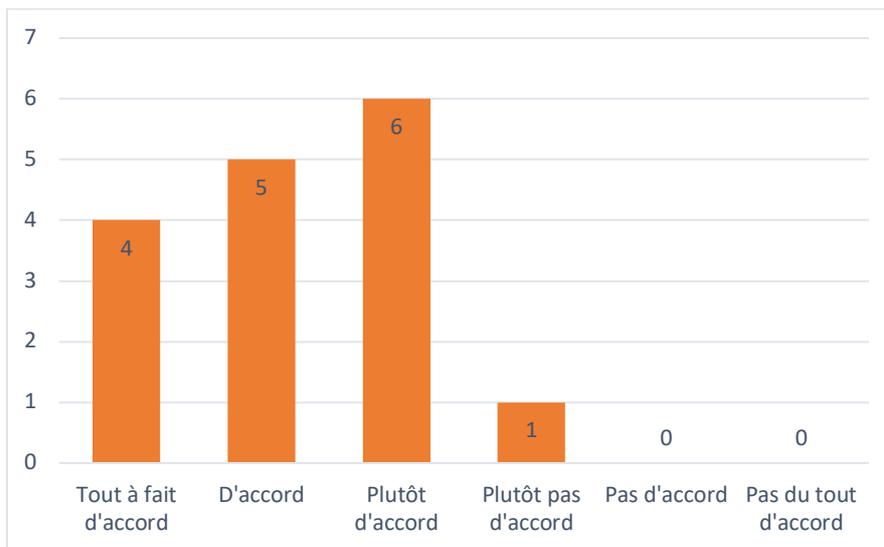


Figure 28 : Satisfaction par rapport à la formation par simulation

5. Caractérisation des étudiants simulés lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

a) *Antécédent d'annonce de mauvaise nouvelle*

Quinze participants avaient déjà annoncé une mauvaise nouvelle lors de l'enseignement par simulation, un seul ne l'avait pas fait.

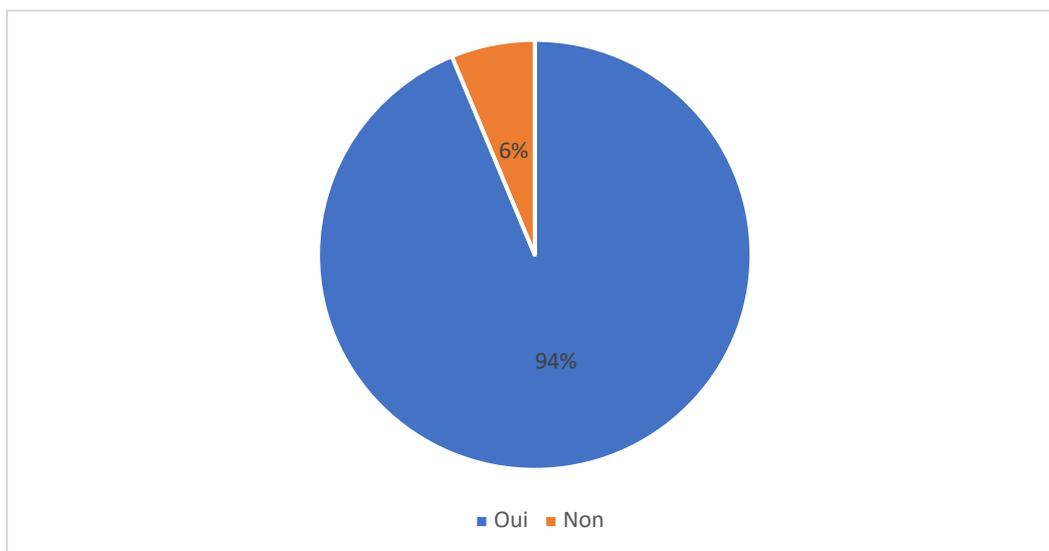


Figure 29 : Participants ayant annoncé une mauvaise nouvelle – groupe simulation

b) *Lieux de l'annonce*

Dix étudiants avaient fait l'annonce en milieu hospitalier, 2 en ambulatoire, 3 dans les deux lieux.

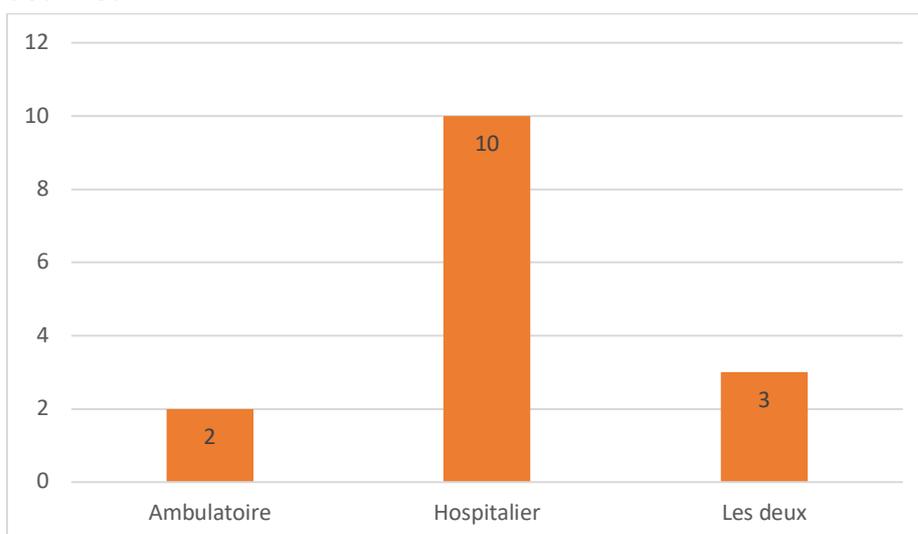


Figure 30 : Lieux de l'annonce

c) *Recueillir le ressenti lors de l'annonce*

Les étudiants exprimaient majoritairement un ressenti « difficile » (10), 8 à 9 étudiants estimaient cela « intéressant », « instructif » ou « enrichissant », 9 estimaient cela « émouvant », 5 « angoissant » et 3 « frustrant ». Personne n'avait trouvé cela « peu intéressant » ou « inutile ».

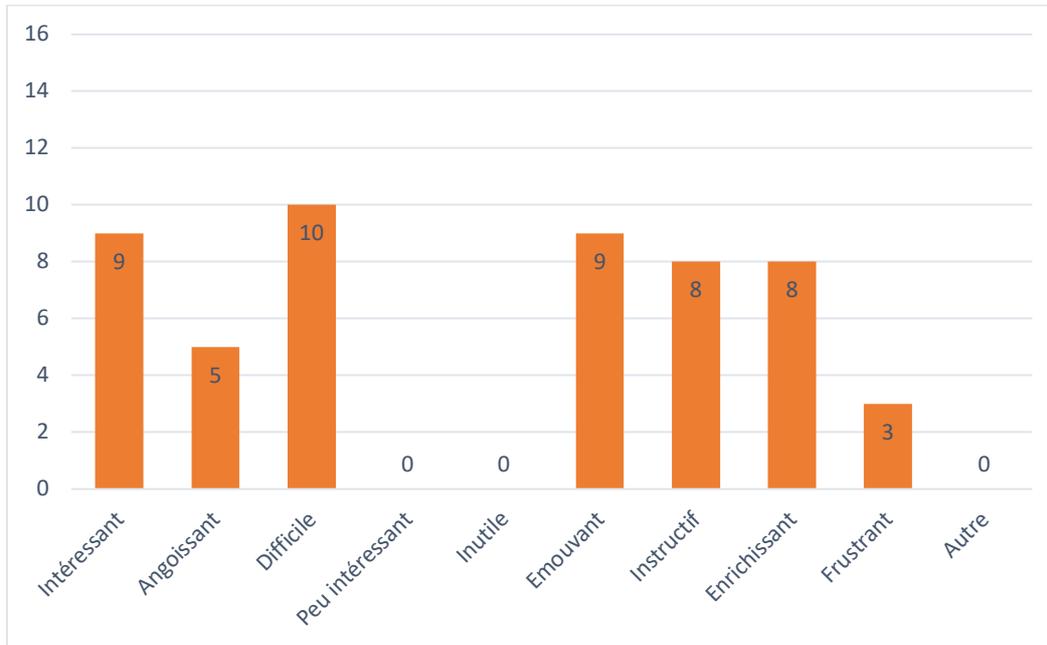


Figure 31 : Ressenti lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

IV. Discussion

A. Forces et limites

1. Forces

a) Originalité

Le bénéfice de la simulation dans l'enseignement est validé par la littérature, grâce à des études réalisées auprès d'externes, ou de « residents » en médecine, toutes spécialités confondues. Dans l'optique de modifier l'enseignement à l'annonce de la mauvaise nouvelle pour les internes en DES de MG à Poitiers, nous nous sommes spécifiquement intéressés aux internes de médecine générale, ce qui fait l'originalité de notre étude.

b) Validité interne

Étude comparative non randomisée : grade B.

Le scénario sélectionné était adapté aux critères de la simulation sans grande difficulté d'un point de vue des connaissances théoriques. Il présentait une situation simple et habituelle(23).

Le débriefing étant le cœur même de la simulation(22), celui-ci a été réalisé par des médecins formés et habitués à cet exercice.

Utilisation d'échelles validées pour les questionnaires.

Le questionnaire de connaissance quant à lui a été réfléchi sous forme de cas clinique, et suivant le déroulé des phases d'annonce du protocole SPIKES.

Anonymisation des résultats garantissant la liberté d'expression.

Correction standardisée des QCMs et QCU.

Analysée croisée des résultats grâce à une triple lecture par trois examinateurs différents.

L'analyse statistique a été validée par un docteur en biostatistiques.

c) Validité externe

Les résultats de notre étude sont cohérents avec les résultats de la littérature.

d) Applicabilité à court terme

Bien que la littérature oriente vers un enseignement répété au cours du cursus de médecine, un seul enseignement est actuellement dédié à l'annonce de la mauvaise nouvelle pour les internes en DES de MG à Poitiers. L'organisation de plusieurs enseignements impliquerait de mobiliser plus d'enseignants. Notre étude a donc été réalisée sans modifier les ressources actuellement dédiées à cet enseignement à la faculté de Poitiers. Ces résultats sont donc exploitables pour une application à court terme.

2. Limites et biais

a) Biais de sélection

Nous n'avons pas procédé à la randomisation. En effet, le groupe de GEP 79 a été sélectionné comme groupe interventionnel car seuls ces deux enseignants étaient formés au débriefing. L'attribution des groupes de GEP n'a pas été pas randomisée. Néanmoins les caractéristiques démographiques des différents promotions d'internes étaient comparables.

Par ailleurs la constitution des groupes ne dépendait pas de critères imposés, comme un niveau de connaissance par exemple. Les internes choisissaient leur groupe en début de première année. La réalisation de l'étude n'a été décidée que 3 ans après leur choix.

b) Biais d'échantillonnage

Il existe un biais d'échantillonnage. Il n'existait pas de différence statistiquement significative pour certaines variables du fait de la petite taille de l'échantillon. Du fait des contraintes de faisabilité de l'étude nous avons opté pour un échantillonnage ciblé, permettant de se focaliser sur une population particulière, réduite, et d'utiliser les résultats à des fins de comparaison.

c) Biais d'attrition

Il existe un biais d'attrition du fait du peu de réponses obtenues dans le groupe témoin. Ceci a limité la disproportion entre les deux groupes, le groupe témoin étant initialement 5 fois plus important que le groupe intervention ce qui finalement a été bénéfique pour les calculs statistiques.

d) Biais de mémorisation

Un autre biais était dû au fait que les intervalles entre le cours ainsi que le questionnaire de connaissance différaient légèrement. En effet, le calendrier universitaire avait fait que le groupe témoin avait eu environ 3 mois entre l'enseignement et le questionnaire, contre 2 mois pour le groupe intervention. Cependant ce biais était pondéré, par le fait que la mémoire à long terme était sollicitée pour les deux groupes. Il n'avait par ailleurs pas été proposé ni indiqué par quelconque indice que ce soit au niveau du cours ou bien après qu'un questionnaire allait être distribué, ce qui permettait de limiter l'éventuelle volonté de certains étudiants à réviser.

e) Biais de codage

Il existait un biais lié au codage de données, le codage manuel des données est une source potentielle d'erreur qui doit donc être soulignée, même si celui-ci a été vérifié à 2 reprises avant analyse.

f) Biais de prévarication

Le questionnaire de satisfaction était formulé sous forme de questions à choix multiples. Les réponses ont ainsi pu être suggérées. Ce choix a permis une correction standardisée et les questionnaires ont été élaborés sur la base de ceux retrouvés dans la littérature.

g) Effet Hawthorne :

Il a pu y avoir un effet Hawthorne pendant la simulation, cependant notre critère de jugement principal ne portait pas sur la performance pendant l'exercice de simulation, mais bien sur la mémorisation de connaissances quant à l'annonce de la mauvaise nouvelle.

h) Limites liées au design de l'étude

Du fait de la contrainte liée au calendrier universitaire, et à la complexité de la mise en œuvre d'une étude non financée, nous n'avons pas pu, pour des questions de logistique, distribuer le questionnaire de satisfaction à toute la promotion 2020. Nous avons donc fait le choix de distribuer le questionnaire de satisfaction aux internes du groupe intervention et d'utiliser les réponses au Limesurvey© des promotions précédentes, dans la mesure où les réponses étaient restées stables sur plusieurs années et que les caractéristiques de la promotion 2020 étaient comparables à celles des années précédentes. Nous avons cependant pris le soin d'intégrer des questions identiques à celles du Limesurvey© dans notre questionnaire de satisfaction.

B. Concernant la population étudiée

À Poitiers, l'enseignement de l'annonce aux internes de médecine générale est dispensée lors de la troisième et dernière année de DES. C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés à cette population. Dans la littérature, des études existent à tout stade de la carrière médicale, des étudiants(18,32), en passant par les internes de différentes spécialités médicales(17,19,33,34) aux médecins diplômés, tels que les oncologues(26). De cette manière, nous avons pu confronter nos résultats à ceux d'autres études.

Dans l'étude de Park (34), il est déclaré qu'il est tout aussi questionnable d'un point de vue éthique de laisser un novice sans formation spécifique annoncer une mauvaise nouvelle que de laisser quelqu'un réaliser une procédure médicale complexe sans formation préalable.

Ceci démontre qu'il serait pertinent de proposer une formation par simulation le plus tôt possible dans le cursus médical, c'est-à-dire avant que les étudiants ne soient confrontés à l'annonce d'une mauvaise nouvelle sans y avoir préalablement été préparés.

Cependant un enseignement en troisième année, voire à d'autres stades de la formation médicale, reste licite. En effet, dans une revue des stratégies d'enseignement, Rosenbaum déclarait que l'enseignement a plus de chances d'être efficace s'il est dispensé de manière précoce et répétée(25). Dans son étude sur la formation à l'annonce de la mauvaise nouvelle destinées aux internes en médecine générale, Ungar déclarait également que l'enseignement devait être effectué en plusieurs modules adaptés selon l'avancée dans le cursus médical(19).

C. Concernant la méthode d'évaluation

Nous nous sommes intéressés à l'acquisition de connaissances théoriques et avons fait le choix d'utiliser un questionnaire de connaissances et d'en faire notre critère de jugement principal.

La littérature offre plusieurs études sur l'évaluation de la qualité de l'annonce au cours de la simulation (18,33,35) mais elle est moins riche concernant la quantité d'informations mémorisées par les étudiants après une formation par simulation. Nous avons également retrouvé des études évaluant le sentiment de confiance à distance d'un enseignement par simulation par rapport à un autre type d'enseignement mais les études évaluant le maintien des connaissances à distance d'un enseignement par simulation par rapport à un enseignement théorique sont plus rares, c'est que qui fait l'originalité de notre étude.

Afin de comparer une partie de nos résultats à ceux décrits dans la littérature (19,34), nous avons recueilli l'auto-évaluation des étudiants à l'aide d'une échelle de Likert.

D. Concernant l'objectif principal

Les étudiants du groupe témoin avaient une moyenne de 6,13 et ceux du groupe intervention de 7,54. Les notes étaient exprimées sur 10. Cette différence était statistiquement significative, avec un $p=0,014$, ce qui était en faveur d'une meilleure acquisition des connaissances théoriques dans le groupe simulation.

Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de Supiot et al (18), dont les étudiants ayant bénéficié, à la fois du cours théorique et de la simulation avaient obtenu de meilleurs résultats à l'examen final. Une autre étude réalisée aux États-Unis en 2019 arrivait à la même conclusion, soit une amélioration significative des compétences d'annonce de mauvaise nouvelle, après réalisation des cours par simulation(36). Enfin, les conclusions de la thèse de R Badiola allaient également dans ce sens, avec un gain mémoriel pour les étudiants ayant bénéficié de la simulation (29).

Le groupe contrôle travaillait sur une situation clinique authentique, c'est à dire une situation réelle, vécue et choisie par les internes eux-mêmes, garantissant ainsi leur implication et leur intérêt.

Dans le groupe simulation la situation était imposée par le scénario prédéfini (cancer colo rectal). Ceci aurait pu susciter moins d'intérêt pour les internes. Pour autant, les résultats obtenus concernant la mémorisation restent meilleurs que ceux du groupe contrôle.

L'apport de la simulation peut donc être considéré d'autant plus important que le groupe contrôle partait avec un avantage.

E. Concernant les objectifs secondaires

1. Concernant la mesure de l'acquisition des connaissances selon les phases de l'annonce

Nous nous sommes intéressés à l'acquisition des connaissance en fonction des phases.

L'étude de Back et Al(33) a évalué l'acquisition de connaissances concernant les points du protocole SPIKES. Le premier point, « setting up » n'était pas traité mais leurs résultats ont montré une différence significative pour tous les autres points. La différence avec notre étude résidait donc dans le fait que nous ayons eu accès aux données concernant l'apprentissage des connaissances relatives au « setting up », donc avant l'entretien. Nous avons constaté une meilleure acquisition des connaissances théoriques pour les questions portant sur l'étape « Avant la consultation », avec une différence statistiquement significative ($p<0,001$). La

différence n'était pas significative pour les étapes « pendant » et « après l'annonce », même si les internes ont obtenu de meilleurs résultats dans le groupe intervention.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Supiot (18), basée sur le six step protocol. Les étudiants ayant bénéficié à la fois de discussions et de simulation ont eu de meilleurs résultats concernant les étapes « setting up », « what the patient knows » et « what the patient wants to know » (différence significative pour les 2 derniers). La différence n'était pas statistiquement significative pour les phases « giving information », « responding to the patient's reaction » et « treatment and follow up ».

Cette acquisition de connaissances est également mesurée dans une autre étude, en se basant expressément sur le 6 steps protocol, elle retrouvait que deux tiers des étudiants se souvenant à distance des étapes 1, 4, 5 et 6 (*welcoming the patient, giving information, responding to the patient's reaction, treatment and follow up*) mais moins de la moitié se rappelaient des notions des points 2 et 3 c'est à dire, de «*what the patient knows* » et «*what the patient wants to know* »(37).

L'ensemble de ces éléments conforte le bénéfice de la simulation pour l'acquisition de connaissances, bien qu'il existe des différences en fonction des étapes de l'annonce.

Il est, par ailleurs, intéressant de noter que, dans l'étude de Supiot(18), les étudiants avaient moins bien réussi les questions portant sur l'item « responding to the patient's reaction ». Dans notre étude, les étudiants simulés ont moins bien répondu à une seule question. Cette dernière concernait également la gestion de la réaction du patient. En effet, les étudiants du groupe intervention ont eu une moyenne de 0,46 à cette question, tandis les étudiants du groupe témoin ont obtenu une moyenne de 0,64.

Cette donnée pourrait être interprétée grâce aux quatre étapes de la connaissance décrites par Martin M. Broadwell, puis par Abraham Maslow dans son modèle pyramidal.

- celle de l'étudiant « incompetent inconscient » qui ne sait pas qu'il ne sait pas,
- celle de l'étudiant « incompetent conscient » qui a pris conscience de ses lacunes et qui sait qu'il ne sait pas,
- celle de l'étudiant « competent conscient » qui sait qu'il sait et qui fait appel à son cerveau analytique pour réaliser une action,
- celle de l'étudiant « competent inconscient » qui ne sait pas qu'il sait et qui réalise l'action de manière automatique.

Ainsi l'étudiant qui n'aurait pas été confronté à l'annonce, ne serait pas conscient de la difficulté que représente le fait d'être interrompu par le patient. Il penserait donc, en toute

innocence, pouvoir répondre à l'ensemble des questions au fur et à mesure, sans être conscient de la difficulté que peut représenter l'interruption de tâche.

Les étudiants simulés, plus avancés dans leur acquisition de connaissances, seraient plus conscients de ce que cette difficulté et préféreraient répondre en fin d'entretien, alors même qu'il est recommandé d'y répondre au fur et à mesure(21). Cette réflexion sur le modèle des quatre étapes de la connaissance a également été mentionnée par Brouwers dans sa discussion des résultats de son étude sur l'expérience des étudiants par rapport à l'enseignement sur l'annonce de la mauvaise nouvelle(38).

2. Concernant la comparaison entre l'enseignement théorique – promotions 2017-2019 et la simulation – groupe intervention

a) Évaluation du sentiment de progression général

De manière générale, les étudiants déclaraient un sentiment de progression, dans les deux groupes, témoin et intervention, avec respectivement 92 et 94%. Ce sentiment semblait plus tranché dans le groupe intervention avec 81,3% des internes qui se déclaraient « totalement d'accord » ou « d'accord » contre 55,7% dans le groupe témoin. La différence n'est pas statistiquement significative (tableaux 8 et 9 et figures 15 et 16). La petite taille de nos échantillons (13 et 19 internes) a probablement induit un manque de puissance.

La littérature est riche d'études concernant le sentiment de progression post simulation. Ainsi, Fortin dans son étude sur l'apprentissage de la communication par simulation, déclarait que les étudiants en médecine estimaient l'enseignement par simulation globalement efficace. Von Lenkerge dans son étude sur la formation à la communication des étudiants en médecine montrait que l'enseignement par simulation était perçu par ces derniers comme le plus utile pour la progression(39,40).

Nos résultats concernant la progression générale ont été obtenus, comme dans les études précédentes, par auto-évaluation mais aussi par hétéro- évaluation. Ce sentiment était ainsi confirmé par la progression effective mesurée par notre questionnaire de connaissances. Colletti et Al, confirmaient également cette progression dans leur étude sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle par simulation(41).

b) Identification des points d'améliorations ressentis

Les réponses aux questionnaires LimeSurvey© des promotions antérieures (cours théorique uniquement) étaient stables sur l'ensemble des années interrogées, pour chacune des phases d'annonce (Phase 1 : Préparer l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Phase 2 :

Explorer les connaissances et les représentations du patient. Phase 3 : Délivrer des informations adaptées au niveau de réceptivité du patient, en prenant en compte ses propres émotions. Phase 4 : Proposer une prise en charge qui tient compte des réactions et de l'avis du patient).

Par décision du DMG, les étudiants de la promotion concernés par notre étude n'avaient pas à remplir un questionnaire Limesurvey©. Nous avons donc ajouté un questionnaire de satisfaction destiné aux étudiants bénéficiant de l'enseignement par simulation, en reprenant des items identiques à ceux du Limesurvey© rempli par les promotions antérieures.

Les résultats concernant les points d'amélioration ressentis des promotions antérieures étaient de 59,5% en moyenne pour les quatre phases (Phase 1= 61%, Phase 2=60%, Phase 3=60%, Phase 4=57%, Ecart type = 1,96).

Dans le groupe intervention, les résultats étaient plus disparates. Quarante-huit pour cent des internes déclaraient un sentiment de progression pour la phase 1 « préparer l'annonce ». Les questions portant sur la phase 1 du questionnaire de connaissances ont été mieux réussies que les autres, avec une différence statistiquement significative.

Les résultats du questionnaire de connaissances étaient donc concordants avec l'auto évaluation du groupe intervention.

Pour la phase « exploration des connaissances », les résultats sont similaires dans les deux groupes.

Pour les deux dernières phases, « délivrer les informations » et « proposer une prise en charge », 60% des étudiants des promotions antérieures estimaient avoir progressé. Dans le groupe intervention, seuls 30% des étudiants avaient un sentiment de progression alors qu'ils avaient obtenu de meilleures notes que le groupe contrôle aux questions concernant ces deux phases. Cette discordance entre l'auto évaluation et les capacités réelle n'est pas étonnante, en effet dans la revue de littérature de MacLaine, il estime qu'il est peu probable que les étudiants soit cohérents dans l'évaluation de leur propre capacité à annoncer une mauvaise nouvelle(42), comme le témoigne également l'étude de Burn, où selon le sexe des étudiants, l'auto évaluation différaient(43).

c) Identification des points à revoir

Soixante-deux pour cent des étudiants des promotions antérieures ne se prononçaient pas quant aux points de leur formation qu'ils estimaient être à revoir.

Dans le groupe intervention seuls 31% des étudiants ne se prononçaient pas laissant supposer qu'ils étaient plus impliqués. Ces résultats peuvent s'expliquer par le concept d'apprentissage actif, ou « active learning ». Dans son étude sur les stratégies d'implantation de l'apprentissage actif dans l'enseignement médical, Graffam déclarait que les étudiants trouvaient cette méthode plus intéressante et augmentait l'implication(44).

3. Concernant la caractérisation de l'apport de la simulation

a) *éléments apportés par la simulation*

Quinze participants sur 16 estimaient que la simulation apportait des éléments supplémentaires par rapport à un cours théorique, soit 94% de l'effectif du groupe intervention. Ce sentiment était également présent dans l'étude de Tork et Al (32), avec 95% des étudiants qui estimaient que la simulation améliorerait leur compréhension et leur compétence dans l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Dans l'étude de von Lengerke et Al, en Allemagne, ils déclaraient que les étudiants en deuxième année de médecine avaient évalué la simulation comme la meilleure méthode d'enseignement. dont les résultats étaient statistiquement significatifs (40).

b) *impact sur la pratique future*

La totalité des étudiants du groupe intervention considérait que la simulation aurait un impact sur la pratique future. Cet élément est confirmé par l'étude de Tork et Al, dans laquelle, ils avaient distribué un questionnaire à 6 mois d'une formation à l'annonce de la mauvaise nouvelle et 70% des étudiants appliquaient les compétences acquises et ceci dans une mesure qu'ils estimaient efficace. Rosenbaum et Al, dans leur étude sur l'enseignement de l'annonce de la mauvaise nouvelle retrouvaient que l'enseignement par simulation avait un impact sur le sentiment de confiance jusqu'à un an après (27,32).

Dans une revue de la littérature, il ne résultait pas de conclusion particulière concernant le meilleur moment pour effectuer une formation à l'annonce de la mauvaise nouvelle chez les externes en médecine. Les internes et médecins diplômés ne faisaient pas parti de la population incluse(42).

Dans l'étude de van Weel-Baumgarten et Al, réalisée au Pays-Bas de manière multicentrique (7 universités), plus de 40% des étudiants de 2 des 7 facultés trouvaient que l'enseignement était proposé trop tôt dans le cursus, les auteurs recommandaient donc une approche plutôt longitudinale(45). Une revue des stratégies d'enseignement réalisée par Rosenbaum en 2002 allait dans le même sens et proposait d'effectuer de multiples formations tout au long du cursus afin de mieux ancrer les compétences(25).

c) effet sur le sentiment de confiance et d'assurance

Le sentiment de confiance et d'assurance dans l'annonce de la mauvaise nouvelle, était amélioré pour 94% des internes du groupe simulation.

Bien que l'annonce d'une mauvaise nouvelle soit perçue comme un stress (3,4,11), la simulation améliore le sentiment de progression des étudiants et participe à leur réassurance (27,36,37,46). Mac Laine et Al, dans leur revue de la littérature sur la place de la simulation dans les études de médecine dans l'annonce de la mauvaise nouvelle, rappelaient que l'auto évaluation, bien qu'utile pour la réflexivité ne peut se substituer à une évaluation plus formelle des compétences. Ils estimaient également qu'une étude longitudinale qui s'intéresserait à la compétence acquise et à sa longévité serait utile (42).

Le moment où est proposé l'auto évaluation à son importance, car celle-ci peut différer en fonction de la distance par rapport à l'enseignement. Dans une étude néerlandaise, il était retrouvé que les étudiants s'auto évaluaient moins bien concernant leurs compétences à distance de l'enseignement qu'immédiatement après, résultats qui étaient également discutés en rapport avec le modèle pyramidal de Maslow (38). Résultats également constatés chez certains étudiants d'une étude anglaise, qui après des exercices pratiques estimaient que leur niveau de confiance avait diminué, ils restaient minoritaires (47). Dans une étude suisse réalisée par Burn et Al, les étudiants qui initialement s'étaient estimés compétents et confiants par rapport à leur capacité d'annonce, ayant pris conscience de la difficulté de la tâche avaient par la suite diminué leur auto évaluation (43).

d) satisfaction par rapport à la simulation

Dans notre étude, 94% des internes étaient satisfaits par la simulation. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature, où les formations par simulations sont bien accueillies par les étudiants, les résultats sont similaires aux nôtres (34,37,39,40,48).

Dans l'édito « La simulation en santé, quels enjeux ? » , le Président de la Société francophone de simulation en santé (SoFraSimS), Jean-Claude Granry, affirme qu'un enjeu très important est celui d'ordre pédagogique, car les nouvelles générations toléreraient moins les « enseignements à l'ancienne » et que l'évolution des types de formation est inéluctable (49).

4. Concernant la caractérisation des étudiants simulés

a) Antécédents d'annonce

L'annonce de la mauvaise est une situation retrouvée en médecine générale, il semble donc licite que 94% des participants du groupe simulation, en 5^{ème} semestre de DES de MG aient déjà été confrontée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

b) Lieux de l'annonce

Quatre-vingt-sept pour cent des internes avaient effectué cette annonce à l'hôpital, 33% en ambulatoire. Ceci peut s'expliquer par l'organisation du DES de MG. En effet, en 5^{ème} semestre, tous les étudiants n'ont pas effectué leur stage de SAPSAS, et la majorité des stages se déroule à l'hôpital. S'agissant d'une formation destinée à des internes en DES de MG, nous avons proposé un scénario de MG, bien que le choix du scénario n'influerait pas la performance de l'annonce. En effet Colletti et Al dans leur étude sur l'enseignement de l'annonce de la mauvaise nouvelle avaient analysé ce paramètre. Vingt et un étudiants avaient bénéficié d'un enseignement par simulation, si ces derniers avaient mieux réussi à l'examen final que ceux n'ayant pas eu de simulation, le choix du scénario de simulation n'avait pas modifié cette performance. L'examen final portait sur un cas de fausse couche et lors de l'enseignement la moitié des étudiants avait eu un scénario d'annonce de fausse couche et l'autre moitié un scénario sur l'annonce d'un cancer colo rectal. Il n'y avait pas de différence entre les deux sous-groupes (41).

c) Recueil du ressenti

Nous avons posé la question du ressenti vis à vis de l'annonce d'une mauvaise nouvelle aux internes du groupe intervention. Le sentiment qui était le plus ressorti était « difficile ». C'est le sentiment décrit dans la littérature, y compris par Buckman dans le titre même de son étude (3,7,11).

Nous avons également noté que les sentiments « intéressant », « instructif » et « enrichissant » étaient bien représentés. Nous avons repris les mêmes items que Badiola R. dans sa thèse pour cette question qui, pour sa part, retrouvait « intéressant » comme sentiment bien représenté (29). Ces résultats étaient attendus car elle s'intéressait à une population d'externes qui avaient non pas effectué, mais assisté à des annonces. Dans notre étude, en revanche, les internes ont également répondu « intéressant », « instructif » et « enrichissant », alors même que 8 d'entre eux déclaraient avoir annoncé une mauvaise nouvelle en autonomie. Il pourrait donc s'agir de réponses plutôt en rapport avec leur réflexivité sur cette tâche.

Par ailleurs, cette question, bien que formulée par rapport à leur expérience d'annonce de mauvaise nouvelle, a été posée suite à l'enseignement par simulation. Il se peut que les étudiants aient caractérisé leur sentiments par rapport à l'enseignement et non par rapport aux situations vécues précédemment ce d'autant que 94% se disaient satisfaits et 94% estimaient avoir progressé.

V. Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence un bénéfice de l'enseignement par simulation pour l'acquisition des connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle chez les internes en médecine générale.

Ce bénéfice a été évalué par le biais d'un questionnaire de connaissances avec des résultats statistiquement significatifs. La simulation a permis une amélioration de certaines phases de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, ceci étant à la fois retrouvé dans l'hétéro-évaluation théorique et dans l'auto-évaluation. Ces derniers résultats n'étant significatifs que pour la phase d'« avant la consultation » une étude explorant plus spécifiquement les freins et les leviers d'amélioration en fonction des différentes étapes de l'annonce permettrait de conforter ces résultats.

Par ailleurs, nous avons montré également que l'enseignement par simulation a été bien perçu par les étudiants. Nous avons pu observer que la simulation leur a apporté un sentiment de confiance et d'assurance et qu'un tel enseignement modifierait positivement leur pratique future.

Les étudiants estiment que l'annonce de la mauvaise nouvelle est un exercice difficile mais intéressant, enrichissant et instructif. Ces résultats suggèrent une réflexivité de la part des étudiants.

Les bénéfices de la simulation ont été démontrés objectivement sans augmenter les ressources actuellement disponibles. Nous avons obtenus des résultats significatifs malgré l'absence de financement, ce qui encourage la conception d'études réalisées avec plus de moyens. Notre étude était mono centrique. Son protocole pourrait être repris et adapté par d'autres facultés afin de répondre aux attentes des étudiants (49).

La diffusion de l'enseignement par simulation est essentielle pour le bénéfice du plus grand nombre, et correspond aux nouvelles réformes de l'enseignement médical.

Résumé :

Titre : Effet de la simulation sur l'acquisition de connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle, étude quantitative chez les internes en médecine générale

Introduction : L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une situation rencontrée de manière incontournable dans la vie professionnelle d'un médecin. Il s'agit d'une situation difficile qui pourrait mieux vécue grâce à une formation médicale en communication adaptée. La simulation a toute sa place dans l'acquisition de cette compétence mais reste marginale. Cet étude a pour but d'évaluer les bénéfices de la simulation pour les internes de médecine générale.

Objectif principal : Mesurer l'effet de la simulation sur l'acquisition de connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle chez les internes de médecine générale

Méthode : Étude quantitative prospective, interventionnelle, contrôlée non randomisée. Pour répondre à notre objectif principal, nous avons réparti les internes en 5^{ème} semestre de MG lors de l'enseignement sur l'annonce de la mauvaise nouvelle en deux groupes : 1 groupe intervention composé de 16 étudiants recevant un enseignement par simulation et théorique et 1 groupe témoin composé de 94 étudiants recevant uniquement un enseignement théorique. L'acquisition des connaissances et la satisfaction ont été évaluées par questionnaires.

Résultats : La simulation a permis une meilleure acquisition des connaissances théoriques dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle. La différence est statistiquement significative ($p=0,014$). Elle a un impact plus important sur la phase précédent l'annonce. D'après les réponses des étudiants, cette formation apporte des éléments supplémentaires, modifierait la pratique future, améliore la confiance en soi et est globalement bien accueillie.

Conclusion : L'enseignement par simulation est plus performant dans l'acquisition des connaissances théoriques et semble répondre aux attentes des étudiants.

Mots clés :

Annonce, mauvaise nouvelle, enseignement, simulation, internes, médecine générale.

Abstract :

Title : Effect of simulation on the acquisition of theoretical knowledge when breaking bad news, quantitative study among residents in general medicine

Introduction: Breaking bad news is a situation inevitably encountered in the professional life of a physician. It's a difficult situation that could be better dealt with through appropriate medical communication training. Simulation has its place in the acquisition of this skill, but remains marginal. This study aims to evaluate the benefits of simulation for general medical residents.

Main objective: To measure the effect of simulation on the acquisition of theoretical knowledge in breaking bad news among general practitioner (GP) residents.

Method : Prospective, interventional, non-randomized, controlled quantitative study. To meet our main objective, we divided interns in their 5th semester of GP residency into two groups: 1 intervention group comprising 16 students receiving simulation and theoretical instruction, and 1 control group comprising 94 students receiving theoretical instruction only. Knowledge acquisition and satisfaction were assessed by questionnaire.

Results: This simulation-based teaching led to a better acquisition of theoretical knowledge in breaking bad news. The difference was statistically significant ($p=0.014$). It had a greater impact on the phase preceding the announcement. According to the students' responses, this training provides additional elements, modifies future practice, improves self-confidence and is generally well received.

Conclusion: Simulation-based teaching is more effective in acquiring theoretical knowledge and seems to meet students' expectations.

Keywords:

Announcement, bad news, teaching, simulation, residents, general medicine.

VI. Bibliographie :

1. **Buckman R. S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades : guide du professionnel de santé. Paris : Masson; 2001. 224 p.**
2. **Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.**
3. **Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet Lond Engl.* 24 janv 2004;363(9405):312-9.**
4. **Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 août 2015;33(22):2437-43.**
5. **Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* mars 2001;35(3):197-205.**
6. **Miller EM, Porter JE, Barbagallo MS. The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliat Support Care.* juin 2022;20(3):433-44.**
7. **Francis L, Robertson N. Healthcare Practitioners' Experiences of Breaking Bad News: A Critical Interpretative Meta Synthesis. *Patient Educ Couns.* 1 nov 2022;107:107574.**
8. **Vegni E, Zannini L, Visioli S, Moja EA. Giving bad news: a GPs' narrative perspective. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* juill 2001;9(5):390-6.**
9. **Friedrichsen M, Milberg A. Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patients with cancer: physicians' perspective. *J Palliat Med.* juin 2006;9(3):673-82.**
10. **Kerr D, Milnes S, Ammentorp J, McKie C, Dunning T, Ostaszkievicz J, et al. Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: A focus group study. *J Clin Nurs.* févr 2020;29(3-4):416-28.**
11. **Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J Clin Res Ed.* 26 mai 1984;288(6430):1597-9.**
12. **VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician.* 15 déc 2001;64(12):1975-8.**
13. **Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med.* oct 1999;171(4):260-3.**

14. Narayanan V, Bista B, Koshy C. « BREAKS » Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*. mai 2010;16(2):61-5.
15. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: A Communication-based model for breaking bad news. *Commun Educ*. 1 juill 2010;59:220-34.
16. Bragard I, Razavi D, Serge M, Merckaert I, Nicole D, Libert Y, et al. Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: A Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 1 juin 2006;14:454-61.
17. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne AM, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer*. 13 juill 2010;103(2):171-7.
18. Supiot S, Bonnaud-Antignac A. Using simulated interviews to teach junior medical students to disclose the diagnosis of cancer. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. 2008;23(2):102-7.
19. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structured training for family medicine residents. *Patient Educ Couns*. sept 2002;48(1):63-8.
20. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. mai 1998;16(5):1961-8.
21. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
22. Oriot D, Alinier G. *La simulation en santé - Le débriefing clés en mains*. Elsevier Masson; 2019. 192 p.
23. HAS. *Bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. 2024.
24. Lamba S, Tyrie LS, Bryczkowski S, Nagurka R. Teaching Surgery Residents the Skills to Communicate Difficult News to Patient and Family Members: A Literature Review. *J Palliat Med*. janv 2016;19(1):101-7.
25. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. févr 2004;79(2):107-17.
26. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 23 févr 2002;359(9307):650-6.
27. Rosenbaum M, Kreiter C. Teaching Delivery of Bad News Using Experiential Sessions With Standardized Patients. *Teach Learn Med*. 1 févr 2002;14:144-9.

28. Schildmann J, Kupfer S, Burchardi N, Vollmann J. Teaching and evaluating breaking bad news: a pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters. *Patient Educ Couns.* févr 2012;86(2):210-9.
29. Badiola, Raphaëlle. Bénéfice de la simulation dans l'enseignement de l'annonce d'une mauvaise nouvelle [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2012.
30. Mathieu I. Enseigner l'annonce d'une mauvaise nouvelle en pédiatrie : élaboration et validation d'une grille d'évaluation des compétences et évaluation d'un programme de formation par la simulation [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2022.
31. Gest M. Mise en place de l'expérimentation du parcours personnalisé en cancérologie appuyé sur l'intervention d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) sur le pôle de santé du pays Thouarsais. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2016.
32. Torke AM, Quest TE, Kinlaw K, Eley JW, Branch WT. A workshop to teach medical students communication skills and clinical knowledge about end-of-life care. *J Gen Intern Med.* mai 2004;19(5 Pt 2):540-4.
33. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med.* 12 mars 2007;167(5):453-60.
34. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock.* oct 2010;3(4):385-8.
35. Bowyer MW, Hanson JL, Pimentel EA, Flanagan AK, Rawn LM, Rizzo AG, et al. Teaching breaking bad news using mixed reality simulation. *J Surg Res.* mars 2010;159(1):462-7.
36. Vermylen JH, Wayne DB, Cohen ER, McGaghie WC, Wood GJ. Promoting Readiness for Residency: Embedding Simulation-Based Mastery Learning for Breaking Bad News Into the Medicine Subinternship. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* juill 2020;95(7):1050-6.
37. Bonnaud-Antignac A, Champion L, Pottier P, Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology.* sept 2010;19(9):975-81.
38. Brouwers MH, Bor H, Laan R, van Weel C, van Weel-Baumgarten E. Students' experiences with a longitudinal skills training program on breaking bad news: A follow-up study. *Patient Educ Couns.* sept 2018;101(9):1639-44.
39. Fortin AH, Haeseler FD, Angoff N, Cariaga-Lo L, Ellman MS, Vasquez L, et al. Teaching pre-clinical medical students an integrated approach to medical interviewing: Half-day workshops using actors. *J Gen Intern Med.* sept 2002;17(9):704-8.

40. von Lengerke T, Kursch A, Lange K. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. *GMS Z Für Med Ausbild.* 15 nov 2011;28:Doc54.
41. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D. Teaching students to break bad news. *Am J Surg.* 1 juill 2001;182(1):20-3.
42. Dale MacLaine T, Lowe N, Dale J. The use of simulation in medical student education on the topic of breaking bad news: A systematic review. *Patient Educ Couns.* nov 2021;104(11).
43. Layat Burn C, Hurst SA, Ummel M, Cerutti B, Baroffio A. Telling the truth: medical students' progress with an ethical skill. *Med Teach.* mars 2014;36(3):251-9.
44. Graffam B. Active learning in medical education: strategies for beginning implementation. *Med Teach.* févr 2007;29(1):38-42.
45. van Weel-Baumgarten EM, Brouwers M, Grosfeld F, Jongen Hermus F, Van Dalen J, Bonke B. Teaching and training in breaking bad news at the Dutch medical schools: a comparison. *Med Teach.* 2012;34(5):373-81.
46. Kiluk J, Dessureault S, Quinn G. Teaching Medical Students How to Break Bad News with Standardized Patients. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* 8 févr 2012;27:277-80.
47. Cushing AM, Jones A. Evaluation of a breaking bad news course for medical students. *Med Educ.* nov 1995;29(6):430-5.
48. Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ.* 5 juill 2014;14:135.
49. Granry JC. La simulation en santé : quels enjeux ? *Rev Mal Respir.* 1 déc 2015;32:966-8.

VII. Annexes

Annexe 1 : Cours théorique

22/05/2024


Université
de Poitiers
Département de médecine générale

**Annoncer un
diagnostic grave**
DMG Poitiers


1

Définition 

- Fait nouveau qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient ou son entourage, de son être et de son avenir (*Buckman*)
- Maladie chronique : HTA, diabète...
- Maladie grave : cancer, SLA, maladie d'Alzheimer...



2

Objectifs 

- Limiter la détresse
- Aider le patient à s'adapter
- Maintenir un climat de confiance



3

Différence ville / hôpital

Spécificités inhérentes au type d'exercice:
(connaissance du patient et de ses proches, équipe pluridisciplinaire, environnement, etc..)

Protocole d'annonce reste similaire.

4

1



I

Dans le cas d'un suivi

Un patient que l'on connaît bien

5

Avant l'entretien

- Choisir un lieu calme, confortable, propice (éclairé, mouchoirs à disposition, places assises pour tout le monde, si possible avec un para médical qui suit le patient au domicile)
- Proposer au patient de venir accompagné
- Prévoir assez de temps, s'assurer de ne pas être dérangé
- Anticiper et préparer son entretien (maîtriser le sujet, le dossier)

6

Anticiper



- Dès la prescription d'un examen de dépistage ou diagnostic +++
- Lors des résultats :
 - Anticiper les réactions possibles du patient
 - Anticiper ses propres émotions +++
 - Anticiper les questions du patient : connaissance de la maladie, du traitement, du plan de soins

7

Pendant l'entretien : introduction

- Se présenter et présenter l'équipe (ne pas dire je suis le Docteur, voici l'infirmière, donner son nom notamment pour les proches qui ne vous connaissent pas déjà)
- Inviter les proches du patient à se présenter, s'intéresser aux liens intra familiaux
- Assis, en face, distance d'un bras
- Présenter le contexte de la consultation

8

Pendant l'entretien : perception

- Partir de ce que le patient sait.
- Demander ce qu'il sait de son problème de santé (ou de celui de son proche), ce qu'on lui a dit
- Poser des questions si besoin « avez vous compris pourquoi nous avons réalisé cet examen ? »
- Réexpliquer si besoin
- Demander quelles sont ses craintes, ses croyances par rapport à la situation actuelle
- Comprendre ce qu'il veut savoir (identifier quand le patient est prêt à recevoir l'information)

9

Pendant l'entretien : information

- L'introduire, avertir : « j'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer » ou phrase du même type
- Respecter les silences
- Mots clairs, sans euphémisme, sans sujet à l'interprétation (mort, cancer etc...), expliquer les mots utilisés si besoin
- Eviter les doubles négations
- Être attentif à la communication non verbale (ne pas croiser les bras, observer les réactions du patient et de ses proches)
- Il recueille l'avis des personnes présentes (et a recueilli l'avis du patient au préalable s'il est en capacité de le faire et qu'il n'est pas présent lors de la discussion)
- Il rassure sur le caractère médical de la prise de décision, notamment en situation d'arrêt de soins

10

Fin de l'entretien

- Résumer l'annonce
- Vérifier la compréhension, s'assurer qu'il ne reste pas de questions
- Permettre à l'infirmière si elle est présente de reformuler, faire reformuler le patient et/ou ses proches
- Donner la possibilité au patient de poser des questions avant de clôturer l'entretien ou ultérieurement

11

Suivi

- Proposer un plan pour l'avenir
- Proposer des objectifs à court terme
- Proposer un nouvel entretien dans un délais court, (avec personne de confiance)
- Proposer l'aide de tiers
- L'assurer de notre disponibilité dans le suivi

12

3



II Patient inconnu Résultat ou évènement imprévu

13

Être prudent




- Relation médecin-patient qui débute...
- Le patient n'est la plupart du temps pas disposé à entendre le diagnostic mais disposé à mobiliser les énergies en vue de participer « à ce qu'il faut faire »
- Respecter les mêmes étapes
- **Délivrer l'information sur plusieurs consultations.**

14

Conclusion



- Eviter les réactions de défense :
 - *Communiquer trop rapidement*
 - *Entretenir de faux espoirs*
 - *Adopter une attitude distante*
 - *Parler avec des mots trop techniques*
- Se préparer aux émotions : par une écoute empathique
- Centrer l'entrevue sur le patient : ce qu'il sait, ce qu'il accepte d'entendre
- Préparer l'avenir de façon positive : plan d'intervention par étape.

15

Bibliographie



1. "Annoncer une mauvaise nouvelle. Quelques principes à adapter selon les circonstances et la personne" *Rev Prescrire* 2015 ; 35 (377) : 199-203
2. Boulé R et Girard G - L'annonce d'une mauvaise nouvelle - In Richard C et Lussier MT 3 La communication professionnelle en santé -. Editions du nouveau pédagogique, Québec 2005 : 267-289.
3. Haute Autorité de santé (HAS). Annoncer une mauvaise nouvelle. HAS, 2008
4. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer Walter F. Baile, Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale and Andrzej P. Kudelka *Oncologist* 2000;5:302-311
5. Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie ? Analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle A. Desauv - V. Christophe - P. Antoine - S. Cattian -J.-L. Nandrin. *Psycho-Oncol.* (2008) 3:124-139

16

Annexe 2 : Scénario annonce mauvaise nouvelle

SCENARIO 2 (version médecin)

Camille Lefebvre 52 ans, aucun antécédent.

Marié(e) 2 garçons de 14 et 18 ans. Cadre dans un supermarché et conjoint(e) VRP.

Coloscopie récente suite à un test de dépistage positif.

Anatomopathologie : ADK colique.

Il a été convenu que le(la) patient(e) serait accompagné(e) de son(sa) conjoint(e) et que l'IDE coordinatrice de parcours complexes spécialisée en cancérologie se joindrait à vous pour ce RDV (Annonce de mauvaise nouvelle).

CONSIGNES PATIENT (E) SCENARIO 2

Camille Lefebvre 52 ans, aucun antécédent.

Marié(e) 2 garçons de 14 et 18 ans.

- Coloscopie prescrite après un test de dépistage du cancer du côlon positif. Le gastro-entérologue vous avait prévenu(e) qu'il avait enlevé un polype lors de celle-ci et que c'est votre médecin traitant qui aurait les résultats de l'analyse.

- Vous n'avez aucun symptôme. La coloscopie s'est bien passée (juste le côté désagréable de la purge).

- Vous n'arrivez plus à dormir depuis cet examen.

- Votre conjoint(e) est VRP. Il (elle) est souvent absent(e) bien qu'il (elle) ait pu se libérer aujourd'hui. Vous vous entendez bien. Vous êtes cadre, votre métier vous plaît - Vous êtes très occupé(e) par votre travail et vos enfants. Vous n'avez jamais été soigné(e) pour maladie grave. Vous ne fumez, ni ne buvez, vous n'avez pas d'activité sportive.

- Votre belle-mère a eu un cancer de l'intestin à 75 ans avec résection chirurgicale et une « poche » de colostomie.

Vos inquiétudes sont les suivantes (si le médecin vous le demande) :

- « est-ce grave ? »

- « est-ce qu'il s'agit d'un cancer ? » - « faudra-t-il m'opérer ? »

- « est-ce que j'aurai une poche ? »

- « est-ce que je vais m'en tirer ? »

- Il/elle doit répondre difficilement en cherchant ses mots

- Et il/elle a peur de tout ce que ça va bousculer dans sa vie

- Il/elle a un métier qui lui plaît et qui est prenant et perçoit que ça va tout bousculer. Quoi dire aux enfants ?

- Il y a aussi la peur de la mutilation de la souffrance, de la perte de cheveux

- Peur de la mort

L'objectif du scénario étant relationnel, le(la) patient(e) n'abordera pas la question technique du traitement (chimio-radiothérapie).

Mari et femme restent calmes durant l'entretien bien qu'inquiets. L'un ou l'autre peut pleurer.

Annexe 3 : Questionnaire de connaissances :

Questionnaire réalisé dans le cadre d'un travail de thèse il est donc :

ANONYME, NON NOTE ET NE COMPTE PAS POUR LA VALIDATION DU DES MEG.

Seule information OBLIGATOIRE : Votre groupe de GEP : (16, 17, 79, 86) =

Questionnaire annonce mauvaise nouvelle

- 1- Vous avez un patient chez qui vous suspectez un cancer du colon . Il vous appelle affolé par ses résultats de biopsie (en faveur d'un ADK colique) juste avant votre pause déjeuner (plusieurs réponses)**
- A. Vous lui dites de venir tout de suite avant la reprise des consultations pour en discuter.
 - B. Vous lui proposez un rendez sur un créneau dédié.
 - C. Vous lui proposez une téléconsultation dans la journée.
 - D. Vous ouvrez votre logiciel d'imagerie et vous lui faites l'annonce par téléphone.
 - E. Vous lui proposez de venir accompagné.
 - F. Vous contactez l' IDE coordinatrice de cancérologie de votre territoire et lui demandez si elle peut se joindre à vous pour l'annonce.
- 2- Vous recevez votre patient de 72 ans afin de discuter des résultats de la biopsie réalisée lors d'une coloscopie de contrôle ayant retrouvé un ADK colique in situ. Votre patient arrive accompagné de sa femme : (plusieurs réponses)**
- A. Vous faites entrer les deux, vous demandez au patient s'il souhaite la présence de sa femme lors de la consultation.
 - B. Vous lui demandez son accord pour que l'infirmière coordinatrice se joigne à l'entretien.
 - C. Vous faites d'emblée l'annonce lors la consultation en présence de sa femme.
 - D. Vous appelez sa femme en amont de la consultation pour lui annoncer la mauvaise nouvelle afin qu'elle l'accompagne car vous savez que Mr est fragile.
 - E. Vous lui (leur) demandez ce qu'il (ils) veut(lent) savoir.
- 3- Pour annoncer cette mauvaise nouvelle, quelle serait pour vous une bonne manière de commencer l'entretien, (après vous être présenté). (une réponse)**
- A. J'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer. La biopsie montre qu'il s'agit d'un cancer.
 - B. J'ai récupéré les résultats de votre biopsie: il s'agit d'un cancer.
 - C. Malheureusement les nouvelles que j'ai à vous donner ne sont pas bonnes. La biopsie que vous avez faite montre que vous avez un cancer.
 - D. Je ne vais pas vous faire patienter d'avantage : vous avez un cancer.

- E. Suite à votre test hemocult positif, le gastroentérologue a réalisé une coloscopie avec des biopsies. J'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer. Les résultats de cette biopsie montrent qu'il s'agit d'un cancer.

4- Lors cette annonce : (une réponse)

- A. Vous dites au patient qu'il a polype, rien de méchant mais qu'il faut enlever un bout de l'intestin pour plus de sécurité.
- B. Vous dites au patient que le polype est un adénocarcinome colique bien différencié, et qu'il faudra réséquer une partie du colon.
- C. Vous dites au patient qu'il présente un cancer du colon débutant et qu'il faudra probablement une intervention chirurgicale.
- D. Vous dites au patient de demander le résultat à son gastroentérologue car c'est lui qui a réalisé le geste.

5- Le patient inquiet vous coupe à de nombreuses reprises : (multiples)

- A. Vous répondez à ses questions à chaque fois
- B. Vous reformulez votre annonce car vous remarquez que les questions sont similaires.
- C. Vous lui faites remarquer que ses questions sont similaires.
- D. Vous lui dites qu'il pourra poser ses questions à la fin de votre explication.

6- Le patient se met à pleurer. (Plusieurs réponses possibles)

- A. Assis en face de lui, vous posez une main sur son genou pour le rassurer.
- B. Vous la regardez de façon empathique et sincère et lui tendez un mouchoir.
- C. Vous prenez l'air abattu et désolé.
- D. Vous mettez une main sur son épaule
- E. Vous sortez de la pièce pour le laisser tranquille.

7- La bonne attitude à avoir lors d'un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle est : (multiples)

- A. Vous restez debout pendant que le patient est allongé sur la table d'examen.
- B. Vous vous asseyez en face du patient bras croisés.
- C. Vous gardez les mains et les bras ouverts et vous regardez le patient en face.
- D. Vous restez à distance d'un bras.
- E. Vous préférez ne pas regarder le patient dans les yeux.

8- A la fin de votre entretien, vous concluez de quelle façon : (multiples)

- A. Vous proposez à l'IDE coordinatrice de s'exprimer.
- B. Vous sortez et vous laissez l'IDE coordinatrice clôturer l'entretien.
- C. Vous faites un résumé de l'entretien.
- D. Vous programmez un prochain RDV de suivi avec votre patient.

E. Vous demandez s'il reste des questions.

9- Votre patient vous demande comment il peut vous contacter, vous lui répondez que : (multiples)

- A. Vous lui demandez de vous contacter par la plateforme de prise de RDV en ligne.
- B. Vous lui donnez les coordonnées de l'infirmière de coordination locale.
- C. Vous lui donnez votre adresse mail privé / numéro de téléphone privé.
- D. Vous lui dites de ne pas s'inquiéter pour ça car vous le voyez dans 3 semaines.
- E. Vous lui donnez votre numéro de téléphone professionnel.

10- A la fin de votre entretien, vous concluez de quelle façon : (multiples)

- A. Au revoir. Je vous revois dans une semaine.
- B. Je reste à votre disposition si vous souhaitez me contacter. Vous pouvez me joindre à ce numéro.
- C. Je suis désolé pour ces mauvaises nouvelles.
- D. Si vous avez besoin, n'hésitez pas à discuter avec l'infirmière de coordination. Voici son numéro.
- E. N'hésitez pas à m'interpeller si des questions vous viennent à l'esprit, même dans quelques semaines ou mois.

Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction :

Questionnaire de satisfaction – Formation annonce mauvaise nouvelle

- 1- Avez - vous déjà eu à annoncer une mauvaise nouvelle ?
- Oui
 - Non
- 2- Si oui l'avez - vous fait de manière : (cocher un seul item)
- Autonome
 - En présence d'un sénior
 - Les deux
- 3- Lors d'un stage : (cocher un seul item)
- ambulatoire
 - hospitalier
 - les deux
- 4- Quel type d'annonce : (cocher le ou les item(s) qui vous correspondent)
- Décès
 - Maladie grave
 - Annonce de cancer
 - Handicap
 - Imminence de décès
 - Don d'organe
 - Leucémie
 - Autre
- 5- Vous avez trouvé cela : (cocher le ou les item(s) qui vous correspondent)
- Intéressant
 - Angoissant
 - Difficile
 - Peu intéressant
 - Inutile
 - Émouvant
 - Instructif
 - Enrichissant
 - Autre
- 6- Vous avez l'impression d'avoir progressé lors de cette formation. (cocher un seul item)
- Pas du tout d'accord
 - Pas d'accord
 - Plutôt pas d'accord
 - Plutôt d'accord
 - D'accord

Tout à fait d'accord

7- Vous avez le sentiment que la simulation vous a apporté des éléments supplémentaires.
(cocher un seul item)

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

8- Vous estimez que la simulation a favorisé la participation de tous, la production des groupes et la convivialité.

Oui

Non

9- Vous estimez qu'il y a des points à revoir concernant la simulation pour favoriser la participation de tous, la production des groupes et la convivialité.

Oui

Non

10- Parmi les points suivants : où avez-vous le plus progressé ? (cocher le ou les item(s) qui vous correspondent).

Préparer l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Explorer les connaissances et les représentations du patient

Délivrer des informations adaptées au niveau de réceptivité du patient, en prenant en compte ses propres émotions.

Proposer une prise en charge qui tient compte des réactions et de l'avis du patient.

Ne se prononce pas / Aucun

11- Cocher le ou les point(s) à revoir :

Préparer l'annonce d'une mauvaise nouvelle

Explorer les connaissances et les représentations du patient

Délivrer des informations adaptées au niveau de réceptivité du patient, en prenant en compte ses propres émotions.

Proposer une prise en charge qui tient compte des réactions et de l'avis du patient.

Ne se prononce pas / Aucun

12- Cette formation va modifier votre pratique future (cocher un seul item)

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

13 – Vous avez acquis lors de cette formation plus de confiance en vous/d'assurance pour annoncer une mauvaise nouvelle : (cocher un seul item)

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

14 – Vous êtes satisfait de cette formation : (cocher un seul item)

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

Annexe 5 : Autorisation droit à l'image

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Demeurant : _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise le Département de médecine générale de POITIERS dont le siège est situé au 6 rue de la Millétrie 86 000 POITIERS et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue vidéographiques ou des captations numériques lors de l'enseignement « ANNONCE d'un diagnostic grave » qui aura lieu le 30 mars 2023 à Lamairé.

Les images pourront être exploitées à des fins pédagogiques et utilisées directement par la structure.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à POITIERS, le 30 mars 2023.

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Annexe 6 : Check-List Debriefing

Accueil des participants Recueil émotions et expériences antérieures

Présentation du modèle de simulation :	
<input type="checkbox"/> P	Pédagogie expérientielle
<input type="checkbox"/> E	« Probabilité qu'il y aura des erreurs »
<input type="checkbox"/> R	Réassurance sur la structure
<input type="checkbox"/> R	Règles : <ul style="list-style-type: none"> - Respect - Neutralité - Confiance mutuelle - Bienveillance - Confidentialité
<input type="checkbox"/> I	Implication : <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliser - « Réflexion à voix haute » - Contrat tacite passé
<input type="checkbox"/> E	Évaluation performance et déficit performance
<input type="checkbox"/> R	Réflexion sur performance
<input type="checkbox"/> S	Structure de la séance
Phase de questions	

Déroulé du scénario

Phase de débriefing :	
<input type="checkbox"/> TOSS	<input type="checkbox"/> Remerciements participation <input type="checkbox"/> Objectifs ↑ performance <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Structure
<input type="checkbox"/> Réactions	« Quelles ont été vos impressions, votre vécu de la séance ? »
<input type="checkbox"/> Analyse	<input type="checkbox"/> « Qu'est-il arrivé à ce patient ? » <input type="checkbox"/> « Quels ont été les éléments satisfaisants ? » <input type="checkbox"/> « Quels ont été vos difficultés pendant le scénario ? »
<input type="checkbox"/> Advocacy-inquiry	
<input type="checkbox"/> Synthèse	<input type="checkbox"/> Résumé de la séance ; « si la situation se reproduit ? » <input type="checkbox"/> Questions en suspens <input type="checkbox"/> Toolbox si disponible
<input type="checkbox"/> Clotûre	<input type="checkbox"/> Remerciements participation <input type="checkbox"/> Sécurité, confidentialité <input type="checkbox"/> « J'espère que cette séance vous sera bénéfique »

Fin de la séance

Annexe 7 : Grille d'évaluation d'une annonce de mauvaise nouvelle

ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE

PREPARER L'ENTRETIEN

RDV dédié / avoir suffisamment de temps devant soi			
Encourager le patient à venir accompagné			
S'assurer de la présence d'une infirmière pour l'annonce			
Pièce éclairée, avec une fenêtre, tranquille, sans passage			
Éviter les possibles interruptions (téléphone/bip...)			
Préparer l'entretien en reprenant les éléments du dossier			
Absence de différence numérique significative entre les soignants et les membres de la famille (ou proches) présents avec le(la) patient(e) (maximum un soignant en plus)			
Places assises pour tout le monde			
S'installer à hauteur du patient			
Distance d'un bras			
Absence d'obstacle entre la famille et l'équipe soignante			
Mouchoirs à disposition (mais pas en évidence)			

CONSTRUIRE UNE RELATION THERAPEUTIQUE

Le médecin se présente.			
Il présente chaque membre de l'équipe présent.			
Il invite les membres de la famille à se présenter.			
Il s'intéresse aux liens existants entre les personnes de la famille à qui il s'adresse.			
Il évalue ce que le patient sait de la situation avec une phrase du type « savez - vous pourquoi nous organisons cet entretien ».			
Il s'enquiert des attentes du patient avant de résumer l'ensemble des objectifs de l'entretien.			
Il évalue jusqu'où le patient souhaite être informé.			

DELIVRER L'INFORMATION ET BIEN COMMUNIQUER

Utilise une phrase qui annonce la gravité de la situation du type « J'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer »			
Utilise la plupart du temps des mots simples			
Délivre une information honnête			
Explique les mots dont la compréhension est difficile ou			

permet à son équipe de les expliquer			
Prononce le mot d'intérêt « MORT », « CANCER » (critère obligatoire)			
Aborde la question du pronostic (gravité, chronicité)			
Évite les euphémismes, les paraphrases et les doubles négations			
Maîtrise le dossier			
Questionne ses interlocuteurs sur la compréhension de ce qui est expliqué			
Adapte son vocabulaire au patient (à la patiente)			
GERER LES REACTIONS DU PATIENT, ENCOURAGER ET VALIDER LES EMOTIONS			
Maintient le contact avec le patient (regard dans les yeux, acquiesce verbalement ou physiquement dans le patient parle, touche son bras / épaule si cela paraît opportun)			
Encourage l'expression des émotions du patient			
Écoute les personnes présentes			
Est attentif aux réactions non verbales et réagit avec intérêt et empathie			
Respecte des temps de silence			
Donne autant d'informations que le patient souhaite			
Veille à son comportement non verbal (ne croise pas les bras, ne regarde pas l'heure, ne soupire pas)			
Il a formé son équipe en amont pour qu'elle puisse adopter le même discours non verbal.			
PRESENTER LA STRATEGIE ET RESUMER L'ENTRETIEN			
Prépare l'avenir de manière positive, propose une prise en charge par étapes avec des objectifs à court moyen et long terme			
Vérifie que le patient à bien compris les informations en l'invitant à reformuler ainsi que ses proches			
Invite les membres de son équipe à participer (pour reformuler ou donner des précisions)			
Identifie les inquiétudes du patient notamment en termes de qualité de vie			
Recueille l'avis du patient et de ses proches quant à la prise en charge			
Rassure quant au caractère médical de la prise de décision notamment en situation d'arrêt de soins			
Résume les informations délivrées			

ORGANISER LE SUIVI

Propose l'aide d'un tiers			
Propose de réaliser l'annonce aux proches			
Il propose de rencontrer d'autres soignants (IDE, psychologue...)			
Il se met à disposition ainsi que les membres de son équipe pour des questions ultérieures à l'entretien du jour en donnant une solution concrète pour le faire (numéro de téléphone, jours et heures de présence)			

Annexe 8 : Lien QR code questionnaire de connaissance

22/05/2024

Questionnaire – Thèse Annonce mauvaise nouvelle

Dan REVITEA

Directrice de thèse : Dr Carneiro Yaritza

1

- <https://forms.gle/kwQNZJTCuLPCDrbA>



2

1

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé :

Titre : Effet de la simulation sur l'acquisition de connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle, étude quantitative chez les internes en médecine générale

Introduction : L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une situation rencontrée de manière incontournable dans la vie professionnelle d'un médecin. Il s'agit d'une situation difficile qui pourrait mieux vécue grâce à une formation médicale en communication adaptée. La simulation a toute sa place dans l'acquisition de cette compétence mais reste marginale. Cet étude a pour but d'évaluer les bénéfices de la simulation pour les internes de médecine générale.

Objectif principal : Mesurer l'effet de la simulation sur l'acquisition de connaissances théoriques dans l'annonce de la mauvaise nouvelle chez les internes de médecine générale

Méthode : Étude quantitative prospective, interventionnelle, contrôlée non randomisée. Pour répondre à notre objectif principal, nous avons réparti les internes en 5^{ème} semestre de MG lors de l'enseignement sur l'annonce de la mauvaise nouvelle en deux groupes : 1 groupe intervention composé de 16 étudiants recevant un enseignement par simulation et théorique et 1 groupe témoin composé de 94 étudiants recevant uniquement un enseignement théorique. L'acquisition des connaissances et la satisfaction ont été évaluées par questionnaires.

Résultats : La simulation a permis une meilleure acquisition des connaissances théoriques dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle. La différence est statistiquement significative ($p=0,014$). Elle a un impact plus important sur la phase précédent l'annonce. D'après les réponses des étudiants, cette formation apporte des éléments supplémentaires, modifierait la pratique future, améliore la confiance en soi et est globalement bien accueillie.

Conclusion : L'enseignement par simulation est plus performant dans l'acquisition des connaissances théoriques et semble répondre aux attentes des étudiants.

Mots clés :

Annonce, mauvaise nouvelle, enseignement, simulation, internes, médecine générale.