

2015-2016

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**INTÉRÊT DE LA FORMATION
PAR SIMULATION DES
URGENTISTES AUX
ANNONCES DE MAUVAISES
NOUVELLES**

MABIT Lise
Née le 21 août 1989 à CHOLET (49)

Sous la direction de Madame le Docteur DELMAS Véronique

Membres du jury
Monsieur le Professeur GRANRY Jean-Claude | Président
Madame le Docteur DELMAS Véronique | Directeur
Madame le Professeur BARON-HAURY Céline | Membre
Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie | Membre

Soutenue publiquement le :
20 décembre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Lise MABIT,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de document ou d'une partie
d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En
conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire
ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 19/11/2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine

GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine

WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie-virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine

PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur GRANRY

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous en suis reconnaissante et j'admire tout votre travail sur la simulation en santé.

À Madame le Docteur DELMAS

Merci à toi d'avoir accepté de diriger cette thèse. Grâce à toi, j'ai pu découvrir l'univers passionnant de la simulation en santé. Je te remercie vraiment pour le travail, l'enthousiasme et l'investissement que tu as mis dans ce projet ainsi que pour ton soutien sans faille depuis le début.

À Madame le Professeur BARON-HAURY

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse ainsi que pour les enseignements reçus au cours de ma formation de médecine générale.

À Monsieur le Professeur ROY

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Merci de m'avoir permis d'intégrer la formation de médecine d'urgence ainsi que pour les cours reçus durant mes années d'externat et d'internat.

À toute l'équipe des urgences du Centre Hospitalier du Mans

Grâce à vous, j'ai découvert et apprécié la médecine d'urgence. Votre soutien et votre aide dans ma formation m'ont permis d'avancer et de grandir. Merci à tous d'avoir accepté de participer à ce projet de thèse. L'aventure va se poursuivre avec vous pendant l'assistanat, j'en suis ravie.

À Martine et Samantha

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce projet et d'être devenu le temps d'une journée ce patient ou ce proche que nous n'avons jamais envie d'être, votre jeu d'acteur était époustouflant. Merci pour vos rires et vos pleurs.

REMERCIEMENTS

À mes parents

Merci de m'avoir toujours soutenue durant toutes ces années. Je n'en serais pas arrivée là sans vous.

À Arnaud, Nadège, Kléa et Zoé

Je vous remercie d'avoir toujours été là pour moi. Votre soutien et votre présence me sont précieux.

À tous mes super co-internes devenus bien plus que des co-internes

Aurélie, Gauthier, Cécile, Ben, Kamélia, Romain, Violette, Vlad, Daphné, JM, Maëlys, Greg, Noémie et Anne-Gaëlle, sans vous ces trois dernières années auraient été complètement différentes. Merci pour cette folie permanente.

À mes amis de fac

Camille, Claire, Graziella, Valentine, nos années de fac ensemble nous ont aidé à nous construire et continuent de nous souder.

À mes amis choletais

Athena, Mariette, Baptiste, Élodie, Évelyne, Stany, Florent, Fred, Pauline, JC, Baloo, Émilie, Camille, grâce à vous, je garde les pieds sur terre ! Merci d'être là depuis toujours.

À mes belges (ou presque) préférés

Orianne, sans toi Bruxelles et cette coloc n'auraient pas été pareil. Merci à mes belges préférés (Julie, Giulia, Pascale, Alex...). Grâce à vous, j'ai découvert que bières et frites rimaient avec joie de vivre.

Intérêt De La Formation Par Simulation Des Urgentistes Aux Annonces De Mauvaises Nouvelles

Auteurs

L. MABIT ^{a,b,c}, V. DELMAS ^{b,d}

^a Université d'Angers, UFR Santé, Département de Médecine Générale,
Rue Haute de Reculée, 49 045 ANGERS Cédex 1, France

^b Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier du Mans, 194 Avenue
Rubillard, 72 000 LE MANS, France

^c SAMU - SMUR, Centre Hospitalier du Mans, 194 Avenue Rubillard, 72 000
LE MANS, France

^d Urgences Pédiatriques, Centre Hospitalier du Mans, 194 Avenue
Rubillard, 72 000 LE MANS, France

PLAN

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Population**
- 2. Design de l'étude**
- 3. Interventions**
 - 3.1 Formation théorique**
 - 3.2 Formation par simulation en santé**
- 4. Évaluation**
 - 4.1 Questionnaires**
 - 4.2 Critères de jugement**
- 5. Éthique**
- 6. Analyses statistiques**

RÉSULTATS

- 1. Population étudiée**
- 2. Critère de jugement principal**
- 3. Critères de jugement secondaires**
 - 3.1 Connaissances théoriques**
 - 3.2 Organisation de l'annonce**
 - 3.3 Communication verbale**
 - 3.4 Communication non-verbale**
 - 3.5 Emotions**
 - 3.6 Satisfaction et utilité en pratique**

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Discussion**
- 2. Conclusion**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

- Annexe I. Questionnaire M0**
- Annexe II. Questionnaire M3**
- Annexe III. Outil d'aide**
- Annexe IV. Questionnaire de satisfaction**
- Annexe V. Avis de la CNIL**
- Annexe VI. Avis du Groupe Éthique du Centre Hospitalier du Mans**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAMU	CApacité de Médecine d'Urgence
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPSS®	Statistical Package for the Social Sciences®
UFR	Unité de Formation et de Recherche
USC	Unité de Surveillance Continue

RÉSUMÉ

Introduction : L'annonce de mauvaises nouvelles aux urgences est une pratique difficile, d'autant que les formations à ce sujet sont peu fréquentes et uniquement théoriques. La formation par simulation pourrait être un outil pour améliorer ces compétences.

Méthodes : Une étude contrôlée, randomisée, d'évaluation des pratiques a été réalisée avec les médecins seniors urgentistes du Centre Hospitalier du Mans. Les deux groupes (A et B) ont reçu une formation théorique et un outil d'aide aux annonces de diagnostics graves. Le groupe A a reçu en plus une formation par simulation sur le sujet. Des questionnaires d'évaluation des pratiques avant les formations (M0) et à trois mois (M3) permettaient d'en évaluer l'impact.

Résultats : Dans les groupes A et B, il n'y avait pas de différence significative entre M0 et M3 sur une réflexion de structuration de l'annonce en amont de celle-ci. Le groupe A augmentait significativement ses connaissances théoriques sur les annonces entre M0 et M3 ($p= 0.02719$), sans modification significative dans le groupe B. A trois mois, le groupe A évaluait la simulation comme ayant eu significativement plus d'utilité dans sa pratique que la formation théorique ($p= 0.02729$) et l'outil d'aide ($p= 0.01391$), sans différence significative entre la formation théorique et l'outil dans les deux groupes.

Conclusion : La formation par simulation aux annonces de diagnostics graves d'urgentistes n'a pas prouvé d'impact significatif sur une structuration des entretiens d'annonces en amont, mais semblait améliorer les connaissances théoriques et avoir un impact positif global supérieur aux formations théoriques seules.

Mots-clés : simulation, médecine d'urgence, annonce, mauvaises nouvelles

INTRODUCTION

L'annonce de mauvaises nouvelles en médecine est un événement marquant, pour les patients, les proches et les soignants. Cette étape est, néanmoins, pleine de paradoxes et de difficultés. Elle est autant appréhendée qu'attendue par les patients, emplie de craintes et d'espoir. Elle peut être tout au tant redoutée par les soignants, tout en étant un moment de partage et d'échange. Ce temps suspendu, où l'écoute de la personne et de ses besoins prime, est fondamental et nécessaire mais difficile. Le moindre faux pas par les soignants lors de cet échange peut entraîner une mauvaise compréhension, peut fermer le dialogue, voire engendrer un traumatisme psychique, que ce soit pour le patient, ses proches ou les soignants.

Pour réaliser ces annonces au mieux et permettre aux personnes de vivre ce moment douloureux de la façon la moins traumatique possible, il est essentiel d'avoir des compétences en communication. Mais celles-ci ne sont que peu ou pas apprises lors des formations médicales initiales et continues. Les médecins ne se sentent, d'ailleurs, généralement pas parfaitement préparés lors de leur première annonce (1). Les difficultés de communication dans ces situations sont souvent décrites comme étant le manque de temps, une crainte personnelle et le manque de formation sur le sujet. L'ensemble peut être responsable d'un manque de confiance dans sa capacité à faire ces annonces (2).

Si des techniques de communication peuvent être enseignées en conférence (3) (4) (5) ou expliquées dans des livres (6), ces outils d'aide sont parfois difficilement mis en pratique, en lien avec un apprentissage trop théorique. Ceux-ci sont toutefois très importants à maîtriser. En effet, la structuration d'un entretien reflète une réflexion en amont de celui-ci, une annonce respectant les recommandations de bonnes pratiques et donc une amélioration des compétences de communication. Il s'agit donc d'un élément important, quelle que soit la technique utilisée.

Mais la communication ne se résume pas à cela. La communication non-verbale ainsi que les mécanismes de défense des patients, mais aussi des soignants, interviennent forcément dans la boucle de communication. Ces éléments sont difficilement enseignables en cours théorique car ils nécessitent de la pratique. Ces compétences de communication influencent, lors d'une annonce, le vécu émotionnel des patients (7) mais aussi des soignants. Il a été montré que le stress des médecins est augmenté lorsqu'ils ont une faible expérience en communication ou sont fatigués (8). Il existe également un risque majeur de burn-out chez ces soignants (8). Par ailleurs, le cadre législatif français oblige et encadre la réalisation de ces annonces et de l'information aux patients. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a renforcé le droit du patient à être informé sur son état de santé (9). L'article L.1111-2 du Code de Santé Publique indique que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » (10). Il est donc important, sur les plans légal, éthique et humain, que tous les soignants soient formés pour acquérir des compétences en communication, autant pour eux que pour les patients.

Aux urgences, les annonces de mauvaises nouvelles font partie du travail quotidien des médecins. Elles concernent, pour beaucoup, des annonces de diagnostics graves tels que les pathologies engageant le pronostic vital (syndrome coronarien aigu, accident vasculaire cérébral, état de choc, traumatisme grave...) mais aussi les Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) et les décès. Nous nous sommes donc intéressés spécifiquement à ces annonces dans cette étude. Une spécificité de la médecine d'urgence est que la relation médecin-patient ou médecin-proches se créée dans un contexte particulier : fréquemment première et unique rencontre entre les personnes ; nécessité d'une gestion rapide de chaque patient, devant leur pathologie aiguë et un flux souvent important de patients ; événements fréquemment inattendus et brutaux... (11). Cependant, aucune recommandation spécifique, concernant les annonces de diagnostics graves aux urgences, n'a été créée. Une conférence parlant des compétences de communication nécessaires à acquérir en médecine d'urgence de façon générale, évoquait des compétences d'écoute, de communications verbale et non-verbale, ainsi que l'importance de savoir délivrer de mauvaises nouvelles (12). Elle proposait l'observation directe ou des simulations avec un patient-standardisé pour les améliorer, mais sans donner de directives précises. La recommandation « Éthique et urgences », de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), écrite en 2003, abordait les annonces de mauvaises nouvelles dans un contexte de fin de vie aux urgences (13). Des éléments importants peuvent être généralisés à toutes les annonces. Les soignants tentent aussi d'adapter à la médecine d'urgence les recommandations générales en vigueur sur le sujet, notamment la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2008 sur les annonces de mauvaises nouvelles (14).

En médecine générale également, l'annonce de mauvaises nouvelles fait partie des compétences à acquérir au cours de la formation d'après le Référentiel Métier et Compétences des Médecins généralistes, au travers de la « Compétence relation, communication, approche centrée sur le patient » (15). Les internes en médecine générale sont confrontés, lors d'annonces au cours de leur cursus, à une différence entre leurs connaissances théoriques et la mise en pratique dans la réalité (16). À l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) Santé de l'Université d'Angers, il existe une formation initiale, proposée aux internes durant une journée, sur « La relation médecin-malade à l'annonce de la mauvaise nouvelle ». Malheureusement, tous les internes ne peuvent pas y participer car ces formations nécessitent un travail en groupes réduits pour être pleinement efficaces. Les médecins généralistes ont eux un rôle primordial de communication avec une relation médecin-patient forte. Ils sont en première ligne pour les annonces de décès lorsqu'ils sont appelés au domicile. Ils ont un rôle de discussion avec leur patient sur les directives anticipées ainsi que les LATA. Ils font également, et en majorité, des annonces de pathologies chroniques type diabète, maladie d'Alzheimer, insuffisance cardiaque... Toutes ces pathologies peuvent impacter le quotidien des patients et les affecter lors de l'annonce ainsi que dans leur vie future. Ils voient également régulièrement les patients juste après les annonces de cancer par les oncologues. Les formations initiales et continues sur le sujet doivent donc se développer.

La simulation en santé est une méthode pédagogique d'enseignement qui s'est développée de manière plus récente en Europe comparée à l'Amérique du Nord. La simulation y est réalisée là-bas de manière routinière et est un argument d'attractivité des établissements (17). L'objectif de la simulation est avant tout éthique : « jamais la première fois sur le patient » (17). Initialement, la simulation a surtout permis l'acquisition de compétences techniques, notamment en médecine d'urgence (18) (19) (20), anesthésie-réanimation et gynécologie-obstétrique. Il s'est développé depuis quelques temps des séances de simulation pour l'apprentissage de compétences non techniques et notamment la communication lors d'annonces de diagnostics. Celles-ci ont montré leur intérêt surtout dans des domaines tels que l'oncologie, la pédiatrie et les soins palliatifs (21) (22) (23) (24). Fallowfield (25) a montré que des séances de simulation étaient plus efficaces pour améliorer la communication médecin-patient qu'une formation classique ou qu'une absence de formation (augmentation des questions ouvertes et/ou ciblées, d'empathie envers les patients, de réponses aux émotions du patient) avec un bénéfice pour les patients et les médecins en terme de compréhension, d'acceptation et d'adaptation (26). La communication non-verbale a un rôle important et est souvent négligée dans la relation médecin-patient. Son apprentissage et son acquisition sont des points forts de la formation par simulation comparés aux formations théoriques classiques. Une méta-analyse a montré que lors de simulation d'annonces, des soignants chaleureux et à l'écoute engendraient une meilleure satisfaction des patients (27).

En médecine d'urgence, peu d'études ont été menées sur le sujet. Une formation avec des patients-standardisés pour des médecins aux urgences pédiatriques (28) montrait une amélioration des compétences d'annonces de mauvaises nouvelles aux parents et de la gestion des émotions de ceux-ci. Des médecins ayant eu des pratiques d'apprentissage multiples pour l'annonce de mauvaises nouvelles (cours classique, jeux de rôle, simulation) ont considéré que la simulation avait été la plus utile d'entre elles (43%) (29).

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer si, dans le cadre d'annonces de diagnostics graves, une formation par simulation chez des médecins seniors urgentistes pourrait avoir un impact dans leur pratique quotidienne, en améliorant notamment l'anticipation et la structuration des entretiens en accord avec les recommandations actuelles.

Les objectifs secondaires étaient de savoir si la formation par simulation pouvait permettre d'améliorer spécifiquement un champ de l'annonce (connaissances théoriques, organisation de l'annonce, communication verbale, communication non-verbale, vécu émotionnel) ou d'améliorer l'ensemble des champs ; et quelle était la formation la plus utile en pratique quotidienne.

MÉTHODOLOGIE

L'étude était monocentrique, contrôlée, randomisée, prospective, ouverte, interventionnelle, permettant une évaluation des pratiques professionnelles, avant et après mise en place d'interventions.

1. Population

La population source était l'ensemble des médecins seniors, travaillant au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier (CH) du Mans (72, Pays de la Loire, FRANCE), sur la période de Mai à Septembre 2016. Le SAU du CH du Mans accueille toutes les personnes adultes venant en urgence à cet hôpital, exceptées celles consultant pour une urgence de gynécologie-obstétrique.

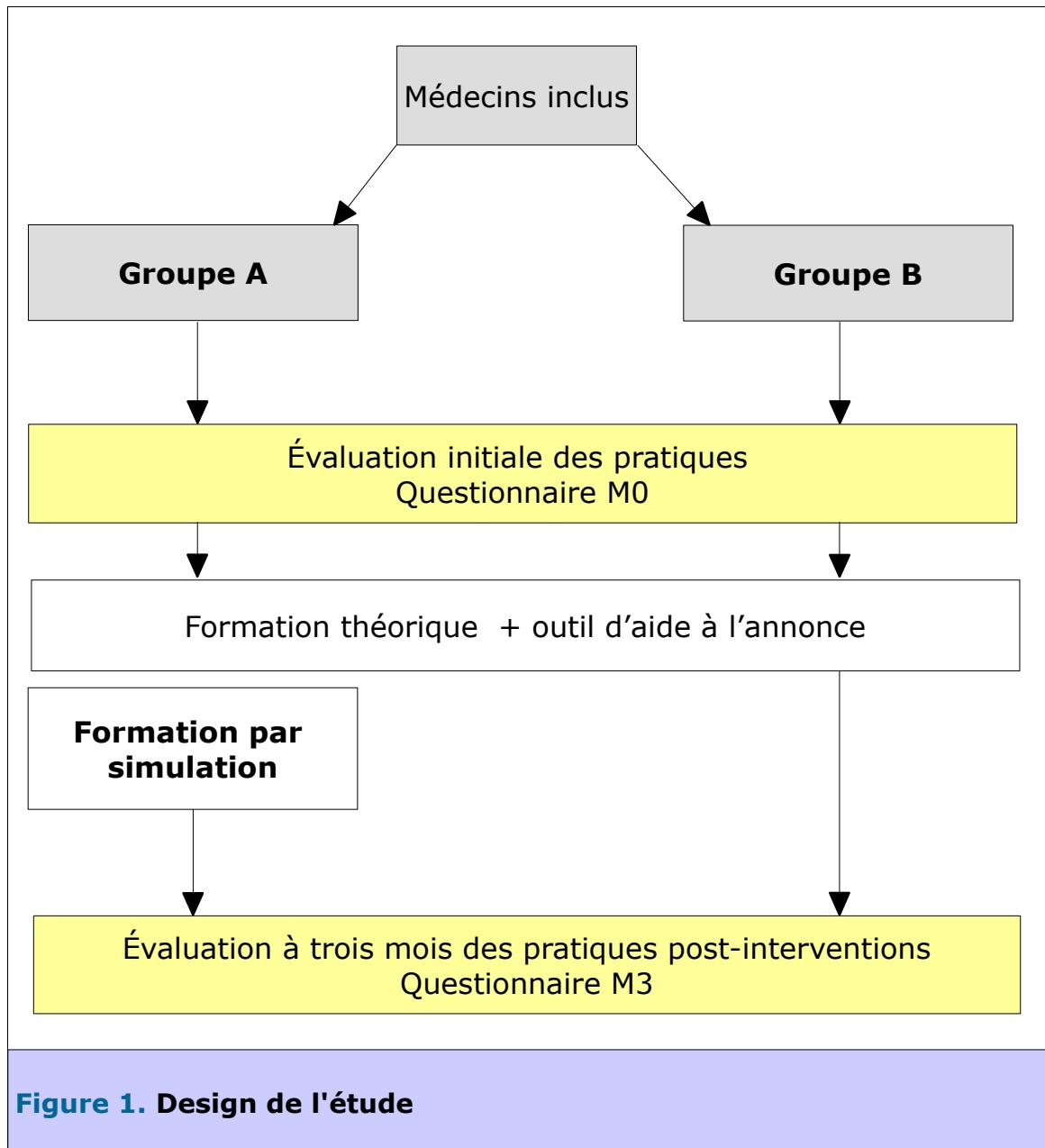
Les critères d'inclusion étaient : être médecin senior (statut de Faisant Fonction d'Interne, Assistant Spécialiste des Hôpitaux, Praticien Hospitalier Contractuel, ou Praticien Hospitalier) ; travailler à temps complet ou partiel durant la période de l'étude au SAU du CH du Mans. Le critère d'exclusion comprenait l'absence de prise en charge par le médecin des patients classifiés avec le codage CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) de grades IV et V (soit les patients ayant un pronostic vital engagé).

L'ensemble des médecins éligibles a été informé de l'étude lors d'une réunion de service ainsi que par e-mail professionnel. Ils ont participé à l'étude sur la base du volontariat, avec un taux de participation attendu de 75% de l'équipe.

Après avoir donné leur consentement de participation, les médecins étaient randomisés en deux groupes de taille égale : un groupe A et un groupe B. Cette randomisation a été effectuée avec une stratification selon les années d'expérience en tant qu'urgentiste et le(s) service(s) d'exercice via le logiciel Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS®), afin pour ce dernier point, d'harmoniser la répartition des médecins travaillant à temps plein et temps partagé entre les groupes.

2. Design de l'étude (Figure 1)

Les deux groupes ont réalisé une évaluation des pratiques initiales via un questionnaire d'auto-évaluation des pratiques sur les trois mois précédents les interventions (Questionnaire M0, Annexe I). Ils ont ensuite tous participé à une formation théorique sur les annonces de mauvaises nouvelles, avec découverte d'un outil d'aide créé à l'occasion et mis en place au SAU. Le groupe A a bénéficié en plus d'une formation pratique par simulation. Les médecins des deux groupes ont répondu à une nouvelle évaluation des pratiques à trois mois des interventions pour évaluer l'impact de celles-ci (Questionnaire M3, Annexe II).



3. Interventions

3.1 Formation théorique

Les groupes A et B ont eu ensemble une formation théorique, lors d'un staff médical. Celle-ci s'est déroulée via une conférence sur les annonces de mauvaises nouvelles aux urgences, et plus particulièrement sur les annonces de diagnostics graves. L'ensemble des médecins participant à l'étude devait y assister.

Cette conférence abordait les différentes recommandations sur le sujet (13) (14), les techniques de communication enseignées (3) (4) (5) (6) ainsi que les éléments importants à prendre en compte tels que les mécanismes de défense et la communication non-verbale.

A partir des recommandations actuelles et des techniques de communication, un outil d'aide à l'annonce de diagnostics graves a été créé et synthétisé sous format écrit, pour être utilisé spécifiquement dans les services d'urgences. Cet outil d'aide (Annexe III) a été présenté à l'ensemble des médecins lors de cette conférence. Il a ensuite été mis en place dans le service sous format papier et affichage, pour permettre son intégration et utilisation par l'ensemble des équipes médicales et para-médicales.

3.2 Formation par simulation en santé

Le groupe A a bénéficié, quelques jours après, d'une formation par simulation en santé avec un patient-standardisé. Cette formation durait une demi-journée pour chaque médecin du groupe A. Ils étaient accompagnés d'Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et de cadres de santé du SAU pour reproduire au plus près la pratique quotidienne des annonces. La formation se déroulait au Centre de simulation du CH du Mans. Il y a eu quatre séances de simulation, d'une demi-journée chacune, avec à chaque fois, les mêmes scénarios et les mêmes objectifs pédagogiques abordés lors des débriefings.

Le formateur, porteur d'un Diplôme Universitaire de « Formateur à l'enseignement médical sur simulateur », était identique à chaque séance. Il était déjà responsable de la formation « Développement des compétences collectives pluri-professionnelles par la formation en situation simulée » réalisé jusqu'à présent au Centre de simulation du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers et destiné aux équipes médicales et paramédicales du SAU du CH du Mans depuis 2013. Elles étaient ainsi familiarisées avec la formation par simulation. Jusqu'à présent, elles avaient participé à des simulations avec simulateurs procéduraux ou simulateurs patients, à basse ou haute fidélité.

Chaque séance de simulation comportait trois mises en situation d'annonce où les médecins faisaient face, chacun leur tour, à un patient-standardisé, accompagné d'un infirmier ou d'un cadre de santé. Ils y étaient filmés, les autres participants pouvant voir le déroulement de l'entretien par vidéo retransmission dans une salle adjacente. Une banque de trois scénarios a été constituée préalablement par le formateur, avec des objectifs pédagogiques bien définis autour de l'annonce, où chaque situation simulée correspondait à une annonce au patient ou au proche d'un diagnostic grave (pathologie engageant le pronostic vital, LATA, décès...).

Le patient-standardisé, représentant un patient ou un proche, était interprété par un acteur amateur bénévole (deux personnes se sont relayées au cours des formations). Il a reçu en amont des explications sur le déroulement et son rôle au cours de ces séances par le formateur. L'acteur était également orienté pour chaque scénario sur le contexte, le comportement général à avoir et des phrases à prononcer au cours de l'annonce.

La formation par simulation a été organisée selon les recommandations de bonnes pratiques de formation en santé par la simulation (30) (31). Son contenu a également été créé à partir des recommandations sur les annonces de mauvaises nouvelles (13) (14) et des différentes techniques de communication (3) (4) (5) (6). Chaque séance de formation débutait par une explication initiale sur le déroulement de la formation. Il y était rappelé le déroulement de la séance, l'importance de l'absence de jugement, de la confidentialité, l'instauration d'un climat de confiance et une visite de l'environnement était réalisée.

Puis à chacune des trois situations simulées, trois étapes se succédaient :

1. le briefing : il y était expliqué le contexte court de la situation médicale.
2. la mise en situation : cela correspondait à l'annonce du diagnostic en tant que telle au patient-standardisé dans un box ou un salon des familles. Les participants à la mise en situation pouvaient, s'ils le souhaitaient, faire un briefing d'équipe, avant d'entrer dans le box ou le salon des familles.
3. le débriefing : il comportait une phase descriptive, une phase d'analyse et une phase de synthèse. Chaque participant donnait une description de son ressenti, des différentes étapes qu'il a réalisées. Puis, une analyse des événements, avec une recherche de solutions, était proposée. Une synthèse avec l'identification des axes de maîtrise et des axes d'amélioration pour chacun clôturait le débriefing.

La formation se concluait par une synthèse des éléments appris et une enquête de satisfaction (Annexe IV).

4. Évaluation

4.1 Questionnaires

Pour permettre l'évaluation de l'impact de ces formations sur la pratique, les médecins participant à l'étude ont dû répondre à un questionnaire avant les formations et trois mois après celles-ci.

Le premier questionnaire (Questionnaire M0), avant le début des interventions, permettait une évaluation initiale des pratiques sur les trois mois précédents ainsi que l'identification des caractéristiques de la population médicale (Annexe I). À trois mois des formations, un nouveau questionnaire (Questionnaire M3) permettait une évaluation des pratiques durant les trois mois post-interventions ainsi qu'une évaluation de l'utilité des formations (Annexe II).

Ces deux questionnaires ont été envoyés par e-mail avec réponse en ligne ou au format papier selon le souhait des médecins.

4.2 Critères de jugement

Le critère de jugement principal de l'étude était l'utilisation d'une structuration de l'entretien par une technique de communication. Celle-ci était évaluée grâce à la réponse à la question : « Vous avez élaboré un schéma, une structuration de votre entretien, avant la rencontre à quelle fréquence ? ». Le seuil de positivité de l'item a été fixé arbitrairement à une pratique dans plus de 50% des cas, considérant que si elle était pratiquée dans plus de 50% des cas, cela était un élément ancré dans la pratique quotidienne.

Les critères de jugement secondaires étaient : l'organisation de l'annonce ; la communication verbale ; la communication non-verbale ; le vécu émotionnel de la situation. Ceux-ci étaient évalués et considérés positifs de la même manière que le critère de jugement principal lors d'un seuil de réalisation de plus de 50% des cas. La

connaissance de recommandations sur le sujet, le taux de satisfaction à la fin de la formation par simulation et l'utilité en pratique quotidienne des formations à trois mois étaient également des critères de jugement secondaires. L'utilité était mesurée par une note sur 10.

Les groupes A et B étaient évalués pour chaque critère au temps M0 pour vérifier la comparabilité initiale des groupes. Les résultats à trois mois de chaque groupe étaient ensuite comparés aux résultats du groupe correspondant au temps initial, pour connaître l'évolution des pratiques dans chaque groupe.

5. Éthique

L'étude a obtenu l'accord du Comité Scientifique du Département de Médecine d'Urgence du CHU d'Angers, de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (Numéro 1958738 v 0) (Annexe V), ainsi que du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier du Mans (Annexe VI).

6. Analyses statistiques

L'ensemble des données a été collecté dans une base de données sur le logiciel OpenOffice® (Open Calc®). L'analyse statistique a été faite sur le site BiostaTGV®. Elle comprenait pour les variables quantitatives, des moyennes et extrêmes, pour les variables qualitatives, des fréquences. Les comparaisons des données indépendantes

ont été effectuées par un test Chi2 corrigé de Yates ou un test de Fisher pour les variables qualitatives et par un test de Student ou un test de Mann-Whitney (selon le respect ou non d'une loi normale) pour les variables quantitatives. Pour les données appariées, un test de Fisher a été fait pour les variables qualitatives. Et les tests de Student apparié et Wilcoxon apparié ont été utilisés pour les variables quantitatives selon si la variable respectait une loi normale ou non.

Il s'agissait d'une étude bilatérale, avec un seuil de significativité à 5% ($p<0.05$). Il n'y a pas eu de contrôle de la puissance de l'étude.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

24 des 27 médecins (88,89%) travaillant durant la période de l'étude ont été inclus et randomisés (Figure 2). L'analyse des données a été réalisée à partir de 22 médecins (un médecin n'ayant pas participé à la formation théorique et un médecin n'ayant pas répondu au questionnaire M3) soit 81,48% des médecins. Le groupe A comprenait 12 médecins et le groupe B se composait de 10 médecins.

Les deux groupes étaient comparables sur l'ensemble des caractéristiques de la population (Tableau 1). L'âge moyen était de 34,9 ans dans le groupe A et 36,7 ans dans le groupe B. 100% des médecins des deux groupes avaient une formation initiale en médecine générale et une formation spécialisée en médecine d'urgence (CApacité de Médecine d'Urgence [CAMU] ou Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires [DESC] de Médecine d'urgence). Leur durée d'expérience en tant qu'urgentiste était de 6,8 ans contre 5,9 ans, respectivement pour les groupes A et B. La majorité travaillait à la fois en service d'urgence et au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (41,67% contre 60% pour les groupes A et B). Seulement 18,18% des médecins du groupe A et 20% des médecins du groupe B avaient déjà reçu une formation antérieure sur les annonces de mauvaises nouvelles. Par contre, 100% des médecins dans les deux groupes avaient déjà réalisé des formations par simulation, avec pour la majorité d'entre eux, entre deux et dix séances (75% dans le groupe A et 70% dans le groupe B).

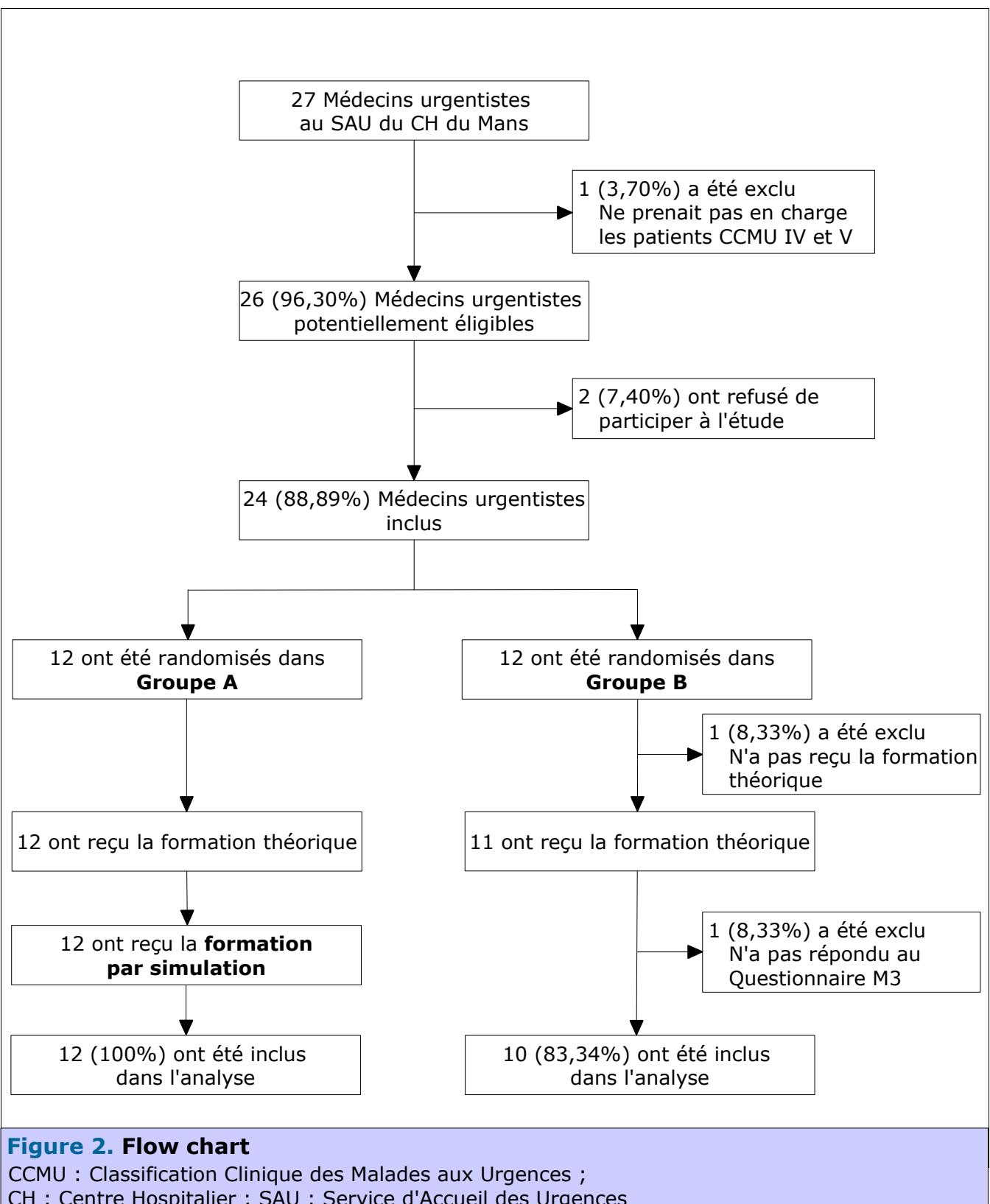


Figure 2. Flow chart

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences ;
 CH : Centre Hospitalier ; SAU : Service d'Accueil des Urgences

Tableau I. Caractéristiques de la population

CAMU: CApacité de Médecine d'Urgence; DES : Diplôme d'Études Spécialisées; DESC: Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires; SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente; SAU: Service d'Accueil des Urgences; USC: Unité de Surveillance Continue

Caractéristiques	Groupe A (N=12)	Groupe B (N=10)
Âge		
Âge en années – moyenne (extrêmes)	34,9 (28-43)	36,7 (29-62)
Sexe		
Homme – nombre/nombre total (%)	6/12 (50%)	8/10 (80%)
Femme – nombre/nombre total (%)	6/12 (50%)	2/10 (20%)
Spécialités diplômantes		
DES Médecine générale – nombre/nombre total (%)	12/12 (100%)	10/10 (100%)
DES Spécialité médicale – nombre/nombre total (%)	0/12 (0%)	0/10 (0%)
CAMU – nombre/nombre total (%)	4/12 (33,33%)	2/10 (20%)
DESC Médecine d'urgence – nombre/nombre total (%)	8/12 (66,67%)	8/10 (80%)
Autres – nombre/nombre total (%)	3/12 (25%)	1/10 (10%)
Expérience urgentiste		
Durée d'expérience en années – moyenne (extrêmes)	6,8 (0,5-16)	5,9 (1-20)
Classification selon l'expérience		
5 ans ou moins d'expérience – nombre/nombre total (%)	5/12 (41,67%)	6/10 (60%)
6 à 10 ans d'expérience – nombre/nombre total (%)	5/12 (41,67%)	3/10 (30%)
Plus de 10 ans d'expérience – nombre/nombre total (%)	2/12 (16,66%)	1/10 (10%)
Lieu d'exercice		
SAU uniquement – nombre/nombre total (%)	1/12 (8,33%)	2/10 (20%)
SAU et SAMU – nombre/nombre total (%)	5/12 (41,67%)	6/10 (60%)
SAU et Urgences pédiatriques – nombre/nombre total (%)	0/12 (0%)	1/10 (10%)
SAU, USC et réanimation médico-chirurgicale – nombre/nombre total (%)	3/12 (25%)	1/10 (10%)
SAU et Autres – nombre/nombre total (%)	3/12 (25%)	0/10 (0%)
Formations antérieures aux annonces de diagnostics graves		
Oui – nombre/nombre total (%)	2/11 (18,18%)	2/10 (20%)
Cours théorique – nombre/nombre Oui	1/2	1/2
Présentation orale en congrès – nombre/nombre Oui	0/2	0/2
Simulation – nombre/nombre Oui	2/2	2/2
Autres – nombre/nombre Oui	0/2	0/2
Non – nombre/nombre total (%)	9/11 (81,82%)	8/10 (80%)
Formations antérieures par simulation (quel qu'en soit le sujet)		
Oui – nombre/nombre total (%)	12/12 (100%)	10/10 (100%)
1 – nombre/nombre Oui (%)	2/12 (16,67%)	1/10 (10%)
2-5 – nombre/nombre Oui (%)	6/12 (50%)	4/10 (40%)
6-10 – nombre/nombre Oui (%)	3/12 (25%)	3/10 (30%)
11-15 – nombre/nombre Oui (%)	1/12 (8,33%)	1/10 (10%)
> 15 – nombre/nombre Oui (%)	0/12 (0%)	1/10 (10%)
Non – nombre/nombre total (%)	0/12 (0%)	0/10 (0%)

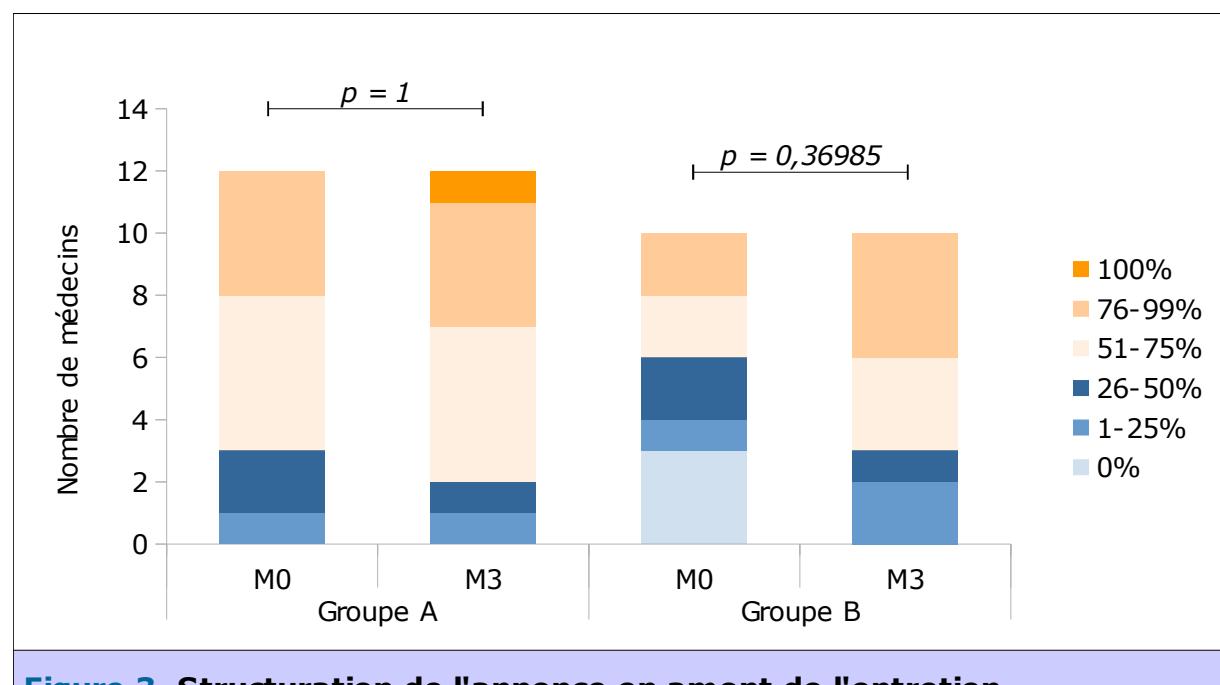
La répartition du nombre moyen d'annonces de diagnostics graves était sans différence significative entre les groupes A et B à M0 et à M3. Majoritairement, les médecins ont rapporté avoir eu entre 5 et 10 annonces par mois en moyenne.

2. Critère de jugement principal

Les médecins ayant élaboré une structuration de l'entretien avant l'annonce, dans plus de 50% des cas, étaient à M0 9/12 dans le groupe A et 4/10 dans le groupe B ($p = 0,19195$) (Tableau II). A M3, ils étaient 10/12 dans le groupe A et 7/10 dans le groupe B, sans différence significative par rapport à leur groupe respectif à M0 ($p = 1$ pour le groupe A et $p = 0,36985$ pour le groupe B) (Figure 3).

Tableau II. Structuration des annonces de diagnostics graves

Caractéristiques	Questionnaire M0	Questionnaire M3	Valeur de p
Élaboration d'une structuration de l'annonce avant l'entretien dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	10/12 (83,33%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	4/10 (40%)	7/10 (70%)	0.36985



3. Critères de jugement secondaires

Les groupes A et B étaient comparables à M0 sans aucune différence significative sur l'ensemble des critères de jugement secondaires.

3.1 Connaissances théoriques (Tableau III)

Les médecins connaissant des recommandations sur les annonces de mauvaises nouvelles (Figure 4) étaient dans le groupe A 1/12 à M0 et 7/12 à M3, avec une différence significative ($p = 0.02719$). Dans le groupe B, il n'y avait pas de différence significative entre M0 et M3 ($p = 1$).

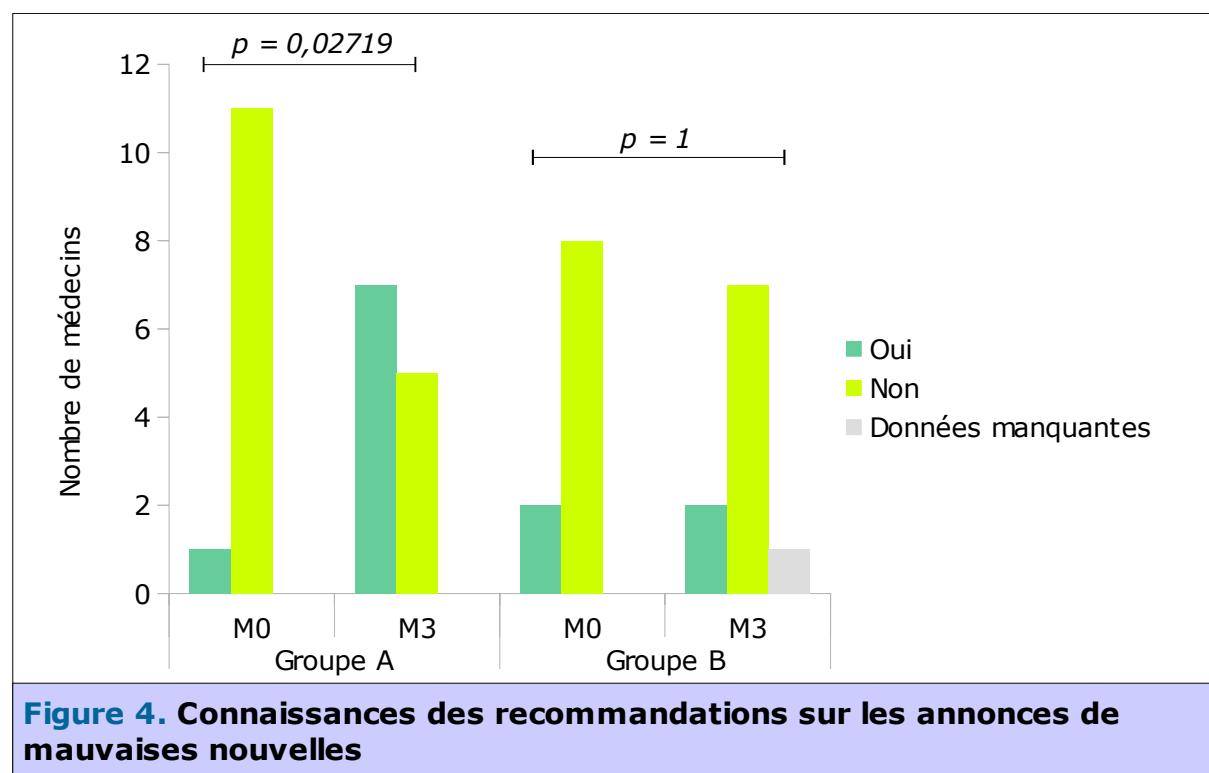


Tableau III. Critères de jugement secondaires – première partie

Caractéristiques	Questionnaire M0	Questionnaire M3	Valeur de p
Connaissances théoriques			
Connaissances des recommandations			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	1/12 (8,33%)	7/12 (58,33%)	0.02719
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	2/10 (20%)	2/9 (22,22%)	1
Organisation de l'annonce			
Annonce dans un lieu dédié dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	8/12 (66,67%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	7/10 (70%)	7/10 (70%)	1
Annonce dans un box de patient dans 1 à 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	6/12 (50%)	0.40032
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	7/10 (70%)	6/10 (60%)	1
Annonce aux proches uniquement dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	6/12 (50%)	3/12 (25%)	0,40032
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	4/10 (40%)	4/10 (40%)	1
Annonce au patient et aux proches en même temps dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	5/12 (41,67%)	4/12 (33,33%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	1/10 (10%)	2/10 (20%)	1
Médecin seul à l'annonce dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	2/12 (16,67%)	2/12 (16,67%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	3/10 (30%)	1/10 (10%)	0,58204
Médecin accompagné d'un infirmier dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	6/12 (50%)	7/12 (58,33%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	4/10 (40%)	7/10 (70%)	0,36985
Médecin accompagné d'un cadre de santé dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	2/12 (16,67%)	5/12 (41,67%)	0,37071
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	2/10 (20%)	3/10 (30%)	1
Traçabilité de l'entretien dans le dossier médical dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	8/12 (66,67%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	8/10 (80%)	8/10 (80%)	1

3.2 Organisation de l'annonce (Tableau III)

A M0 et M3, la durée moyenne des annonces était majoritairement entre 11 et 20 minutes dans les groupes A et B (Groupe A : 10/12 à M0 et 6/12 à M3 ; Groupe B : 7/10 à M0 et 6/9 à M3), sans différence significative, mais avec une harmonisation de la répartition des durées à M3 dans le groupe A (Figure 5).

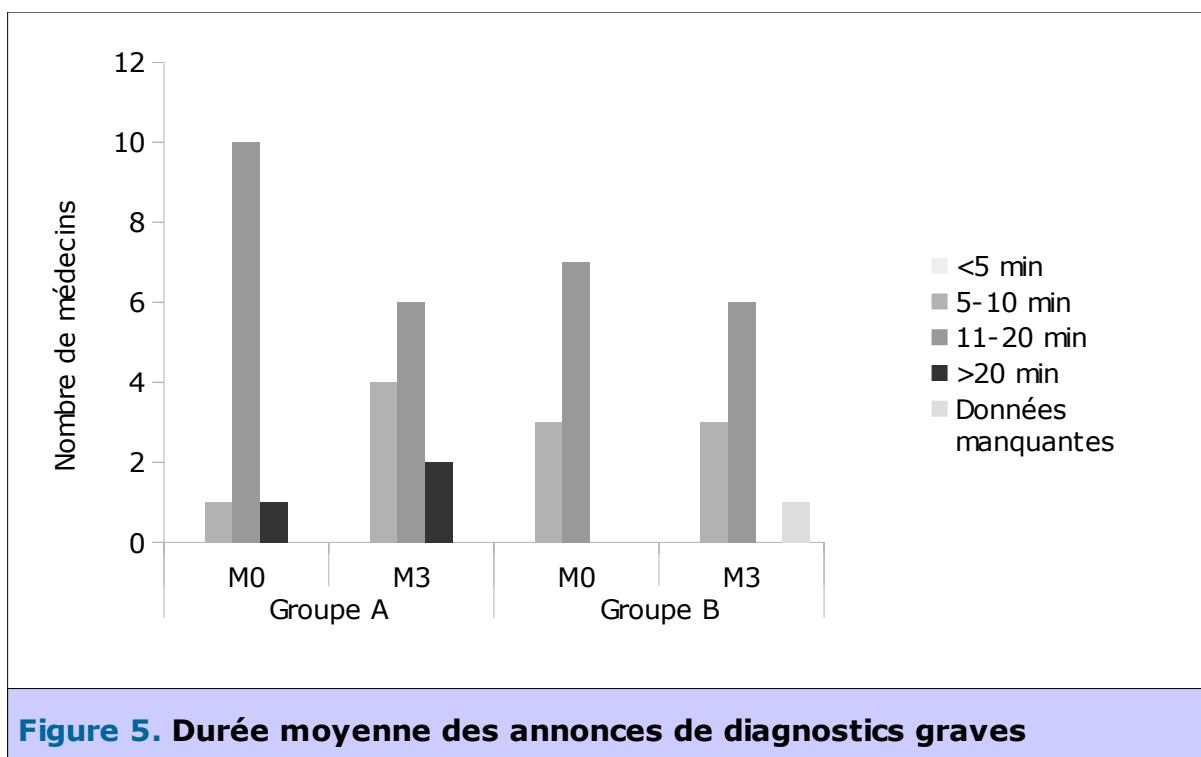


Figure 5. Durée moyenne des annonces de diagnostics graves

Les annonces étaient réalisées majoritairement par les médecins dans un lieu dédié dans les groupes A et B (à M0 : Groupe A 9/12, Groupe B 7/10 dans plus de 50% des cas), sans différence significative entre M0 et M3. Les médecins rapportant des annonces dans le box du patient, dans 1 à 50% des cas, étaient dans le groupe A 9/12 et dans le groupe B 7/10 à M0, sans différence significative à M3.

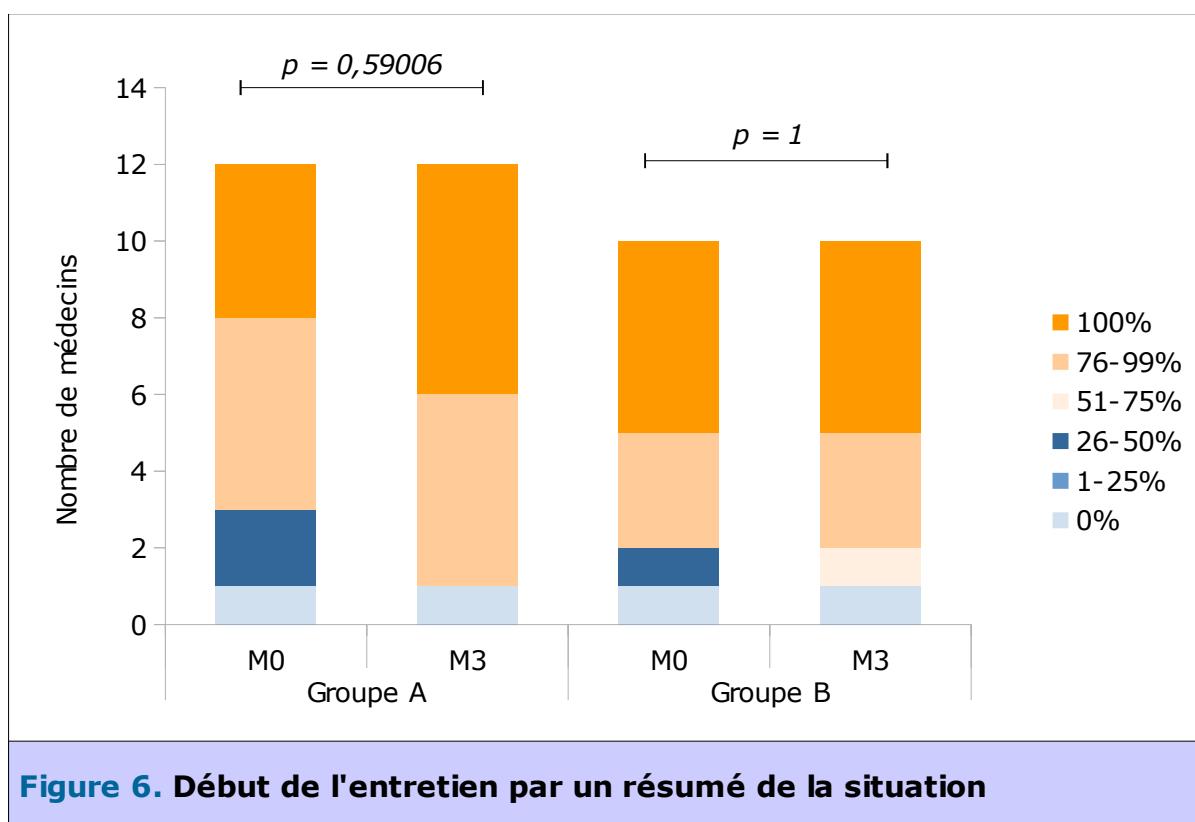
Il n'y avait pas de différence significative concernant les personnes à qui étaient annoncées les mauvaises nouvelles à M0 et M3 dans les deux groupes. Les médecins faisant les annonces aux proches uniquement, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 6/12 à M0 et dans le groupe B 4/10 à M0, sans différence significative à M3. Les médecins faisant les annonces au patient et aux proches en même temps, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 5/12 et dans le groupe B 1/10 à M0, sans différence significative à M3.

Les médecins faisant les annonces avec un infirmier, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 6/12 à M0 et 7/12 à M3 ; et dans le groupe B 4/10 à M0 et 7/10 à M3 sans différence significative dans les deux groupes. Le nombre de médecins faisant les annonces avec un cadre de santé, dans plus de 50% des cas, était dans le groupe A de 2/12 à M0 et 5/12 à M3 ; et dans le groupe B de 2/10 à M0 et 3/10 à M3, sans différence significative dans les deux groupes.

Les médecins notifiant l'entretien dans le dossier médical, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 9/12 et dans le groupe B 8/10 à M0, sans différence significative à M3. Il y avait un médecin à M0, dans le groupe B, qui ne traçait jamais les siens ; à M3, il n'y a aucun médecin qui ne notifiait jamais les entretiens.

3.3 Communication verbale (Tableau IV)

Les médecins débutaient majoritairement les annonces par un résumé de la situation dans les deux groupes à M0 et M3, sans différence significative. Ils étaient dans le groupe A 9/12 à M0 et 11/12 à M3 ; et dans le groupe B 8/10 à M0 et 9/10 à M3, à le faire dans plus de 50% des cas (Figure 6).



Le nombre de médecins donnant le nom exact du diagnostic durant l'annonce, dans plus de 50% des cas, était dans le groupe A de 9/12 à M0 et 12/12 à M3 ($p = 0,21739$) ; et dans le groupe B de 10/10 à M0 et 8/10 à M3 ($p = 0,47368$) (Figure 7).

Tableau IV. Critères de jugement secondaires – deuxième partie

Caractéristiques	Questionnaire M0	Questionnaire M3	Valeur de p
Communication verbale			
Début par un résumé de la situation dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	11/12 (91,67%)	0,59006
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	8/10 (80%)	9/10 (90%)	1
Nom du diagnostic donné dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	12/12 (100%)	0,21739
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	10/10 (100%)	8/10 (80%)	0,47368
Termes médicaux et familiers couplés dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	11/12 (91,67%)	12/12 (100%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	9/10 (90%)	8/9 (88,89%)	1
Annonce d'un décès par le mot « mort » dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	2/12 (16,67%)	3/11 (27,27%)	0,64041
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	3/10 (30%)	4/10 (40%)	1
Annonce d'un décès par le mot « décédé » dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	9/12 (75%)	8/11 (72,73%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	8/10 (80%)	9/10 (90%)	1
Répétition par le patient ou les proches des éléments compris dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	8/12 (66,67%)	10/12 (83,33%)	0,64041
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	7/10 (70%)	7/10 (70%)	1
Communication non-verbale			
Posture « proche » dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	10/12 (83,33%)	6/12 (50%)	0,19303
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	5/10 (50%)	6/10 (60%)	1
Posture « à hauteur » dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	11/12 (91,67%)	8/12 (66,67%)	0,31677
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	7/10 (70%)	9/10 (90%)	0,58204
Contact physique dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	4/12 (33,33%)	4/12 (33,33%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	2/10 (20%)	2/10 (20%)	1
Maintien du contact oculaire dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	8/12 (66,67%)	12/12 (100%)	0,09317
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	9/10 (90%)	10/10 (100%)	1
Émotions			
Stressé avant l'annonce dans 100% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	1/12 (8,33%)	0/12 (0%)	1
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	0/10 (0%)	0/10 (0%)	1
Mal-à-l'aise avant l'annonce dans 100% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	2/12 (16,67%)	0/12 (0%)	0,47826
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	0/10 (0%)	0/10 (0%)	1
Gestion des émotions du patient/des proches facilement dans plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	8/12 (66,67%)	10/12 (83,33%)	0,64041
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	5/10 (50%)	6/10 (60%)	1
Gestion des émotions du patient/des proches avec difficulté plus de 50% des cas			
Groupe A – Nombre/Nombre total (%)	0/12 (0%)	2/12 (16,67%)	0,47826
Groupe B – Nombre/Nombre total (%)	2/10 (20%)	3/10 (30%)	1

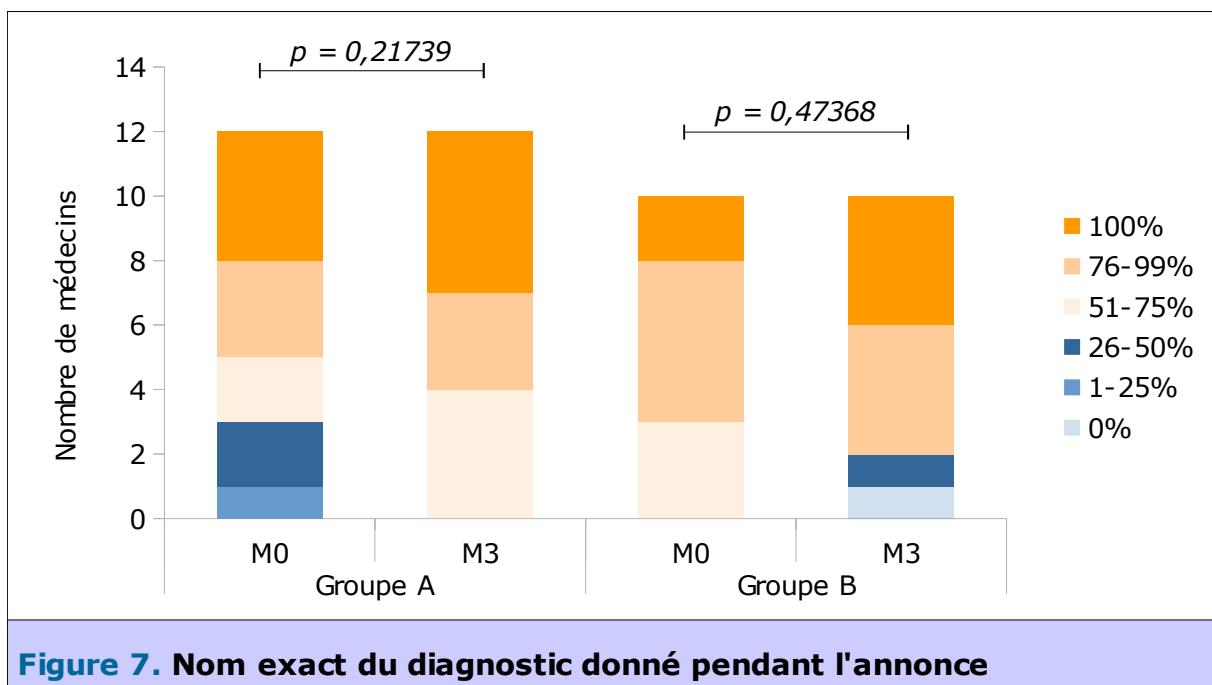


Figure 7. Nom exact du diagnostic donné pendant l'annonce

Les médecins couplant les termes médicaux et familiers pendant l'annonce, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 11/12 à M0 et 12/12 à M3 ; et dans le groupe B 9/10 à M0 et 8/9 à M3 (Figure 8).

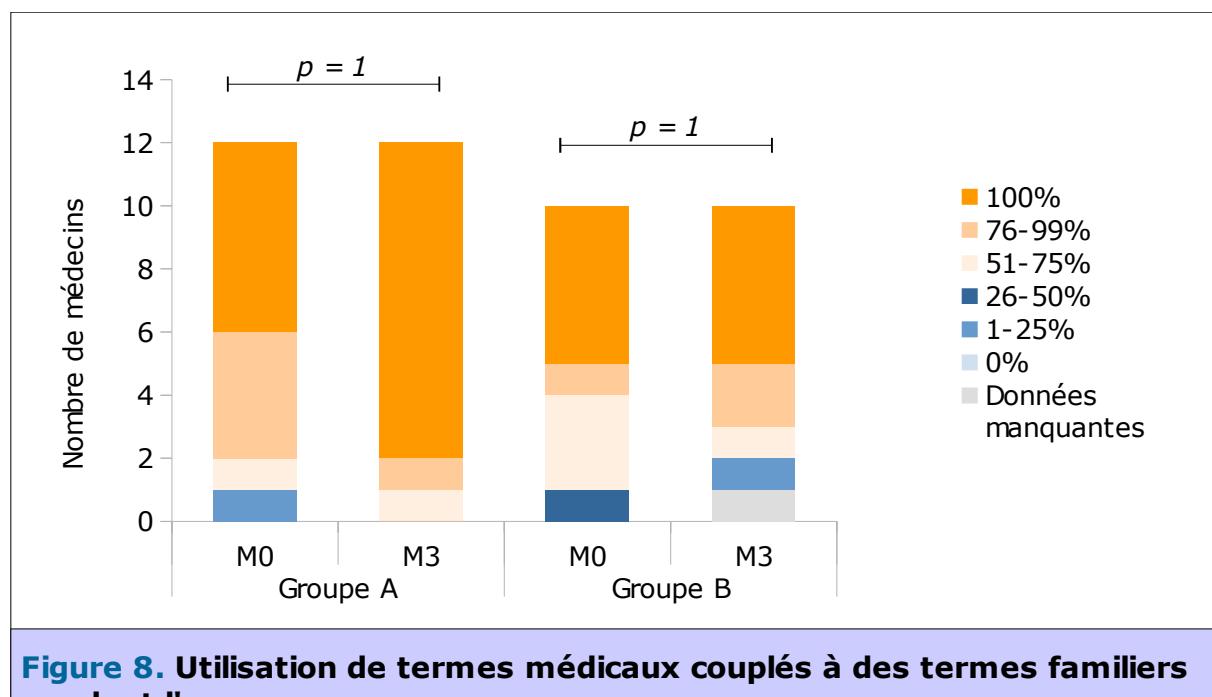


Figure 8. Utilisation de termes médicaux couplés à des termes familiers pendant l'annonce

Les médecins employaient, dans plus de 50% des cas, les mots « mort » et « décédé », principalement, pour annoncer un décès aux proches dans les deux groupes à M0 et M3, sans différence significative.

Les médecins ayant fait répéter au patient ou aux proches pour vérifier leur compréhension, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 8/12 à M0 et 10/12 à M3; et dans le groupe B 7/10 à M0 et M3, sans différence significative dans les deux groupes.

3.4 Communication non-verbale (Tableau IV)

Les deux principales postures des médecins dans les deux groupes, lors des annonces, étaient les positions « proche » et « à hauteur », sans différence significative entre M0 et M3. Les médecins proches des patients, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 10/12 et dans le groupe B 5/10 à M0, sans différence significative à M3. Les médecins étant à hauteur des patients, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 11/12 et dans le groupe B 7/10 à M0, sans différence significative à M3.

Le nombre de médecin ayant un contact physique avec le patient ou les proches, dans plus de 50% des cas, était identique à M0 et M3 dans les deux groupes.

Les médecins cherchant à maintenir le contact oculaire avec le patient ou les proches, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 8/12 à M0 et 12/12 à M3 ($p = 0,09317$) ; et dans le groupe B 9/10 à M0 et 10/10 à M3 ($p = 1$) (Figure 9).

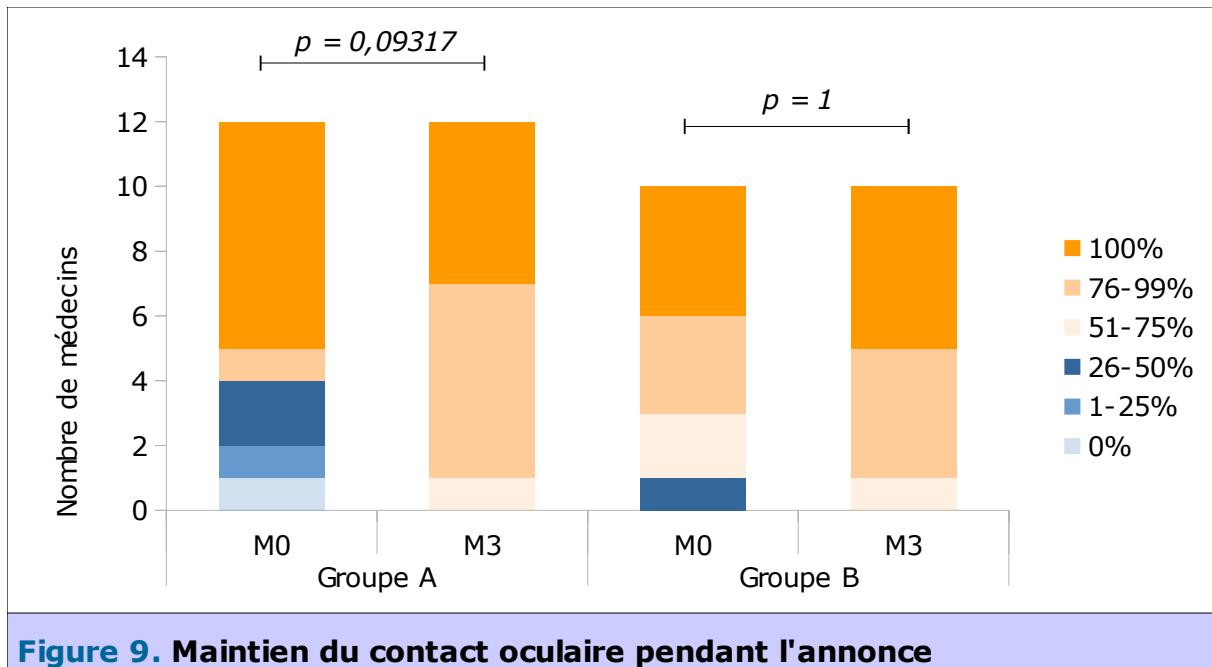


Figure 9. Maintien du contact oculaire pendant l'annonce

3.5 Émotions (Tableau IV)

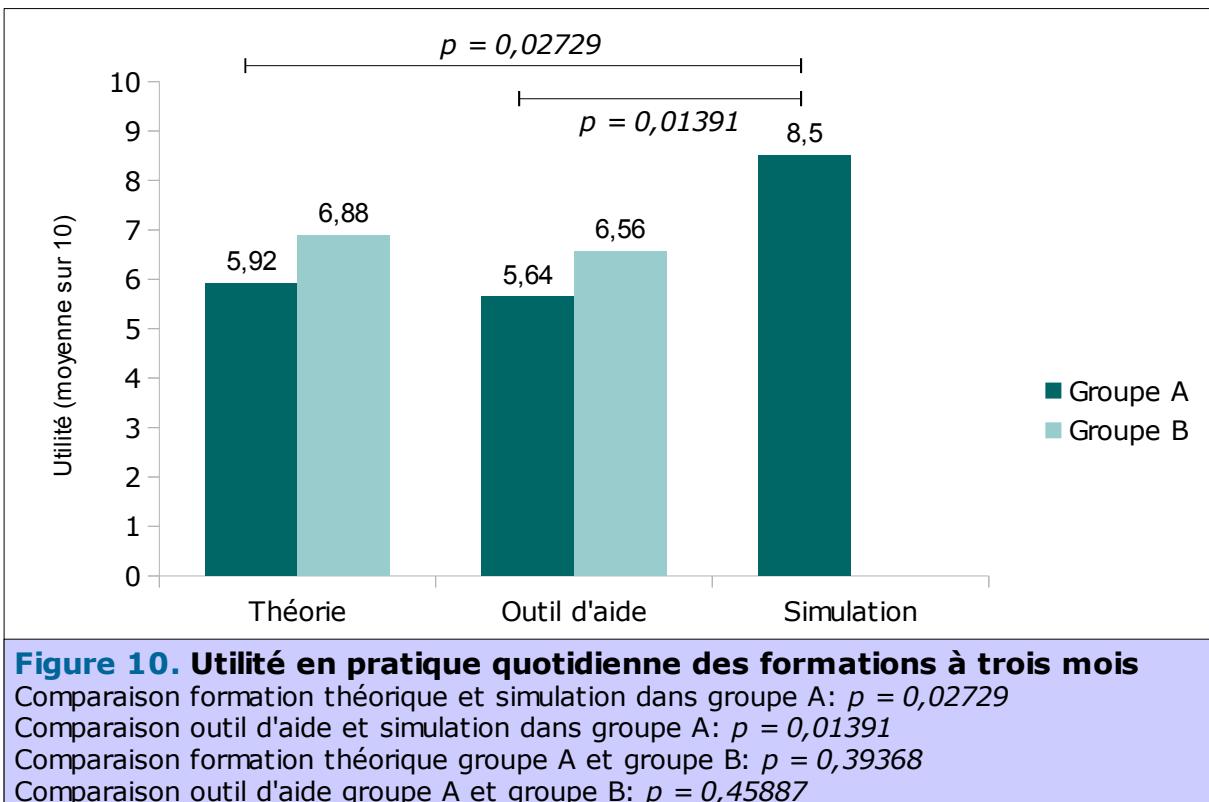
Certains médecins du groupe A étaient stressés ou mal-à-l'aise dans 100% des cas avant l'annonce à M0 (Stressé : 1/12; Mal-à-l'aise : 2/12). À M3, il n'y a plus aucun médecin dans cette situation dans les deux groupes, sans différence significative entre M0 et M3.

Les médecins appréhendant la gestion des émotions du patient ou des proches avec facilité, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 8/12 à M0 et 10/12 à M3 ; dans le groupe B 5/10 à M0 et 6/10 à M3, sans différence significative. Les médecins appréhendant la gestion des émotions du patient ou des proches avec difficulté, dans plus de 50% des cas, étaient dans le groupe A 0/10 à M0 et 2/12 à M3 ; et dans le groupe B 2/10 à M0 et 3/10 à M3, sans différence significative.

3.6 Satisfaction et utilité en pratique

Le taux de satisfaction de la séance de simulation était de 100%, pour l'ensemble des médecins, infirmiers et cadre de santé ayant participé.

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'utilité dans la pratique quotidienne de la formation théorique entre les groupes A et B (Moyennes respectives : 5,92/10 et 6,88/10, $p= 0.39368$), ni de l'outil d'aide (Moyennes respectives : 5,64/10 et 6,56/10, $p= 0.45887$). Dans le groupe A, il y avait une différence significative dans l'utilité en pratique quotidienne de la formation par simulation par rapport à la formation théorique (Moyennes respectives : 8,5/10 et 5,92/10, $p= 0.02729$), ainsi que dans l'utilité de la formation par simulation par rapport à l'outil d'aide (Moyennes respectives : 8,5/10 et 5,64/10, $p= 0.01391$) (Figure 10). Il n'y avait pas de différence significative de l'utilité entre la formation théorique et l'outil dans le groupe A ($p= 0.76077$).



DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Discussion

Cette étude randomisée, contrôlée, d'évaluation des pratiques professionnelles, sur les annonces de diagnostics graves faites par les urgentistes, nous apportait de nombreux éléments.

Nous notions une augmentation dans les deux groupes de la fréquence de structuration de l'entretien en amont entre M0 et M3, avec une augmentation globale du nombre de médecins anticipant cette structuration dans plus de 50% des cas (13/22 [59,09%] à M0 et 17/22 [77,27%] à M3). Sans toutefois que nous puissions mettre en évidence de différence significative de fréquence de structuration d'entretien avant l'annonce, à trois mois d'une formation par simulation ou d'une formation théorique seule.

Cependant, cette étude avait certaines limites. Le premier biais était le caractère subjectif des critères de jugement. En effet, il s'agissait d'une auto-évaluation des compétences. Il n'existe pas de questionnaire validé d'auto-évaluation de compétences dans les annonces de mauvaises nouvelles. Seuls des questionnaires généraux de confiance en soi (22) (25) (26) (28) ou des évaluations vidéos par un tiers selon des grilles d'expression et de comportement (25) (32) ont été utilisés dans les études

antérieures. Nous souhaitions initialement faire une hétéro-évaluation des pratiques par vidéo, méthode de référence sur le sujet, mais nous n'avons pas pu pour une question de faisabilité. Notre second choix s'est porté pour une évaluation par questionnaire proche des points étudiés en vidéo, tant sur les comportements verbal et non-verbal que sur le vécu émotionnel. Cette auto-évaluation, dépendante de chaque individu, a pu sous-estimer ou sur-estimer les résultats obtenus.

Le second et principal biais était l'effectif restreint et l'aspect monocentrique de l'étude. Cela peut expliquer la difficulté à mettre en avant une différence significative sur le critère de jugement principal et sous-estimer le potentiel de la formation par simulation.

Toutefois, l'étude a montré une augmentation significative des connaissances des recommandations sur les annonces de diagnostics graves chez les médecins du groupe A (M0 : 1/12 et M3 : 7/12, soit de 8,33% à 58,33%, $p= 0.02719$), sans gain dans le groupe B ($p= 1$). L'association formation théorique et simulation a permis une meilleure intégration des recommandations enseignées au cours des interventions. D'autres études ont également prouvé l'amélioration des connaissances théoriques et une rétention d'information plus importante après une formation par simulation (33). Ceci est cohérent avec la « pyramide d'apprentissage » (34) qui a évalué le taux de rétention d'information par les étudiants selon la méthode pédagogique d'enseignement. Selon celle-ci, il peut être espéré un taux de rétention d'information de 75% lors d'enseignement par la pratique (donc la simulation) contre un taux de rétention d'information de 5 à 10% lors de cours magistral ou conférence (donc la formation

théorique). Il s'agit donc d'une meilleure méthode pédagogique. Il semblerait intéressant d'améliorer les techniques d'apprentissage en mélangeant la formation traditionnelle et la formation par simulation (35) et en réalisant une formation théorique sur le sujet avant la formation par simulation correspondante pour majorer la rétention d'information.

Concernant l'impact sur les pratiques en terme d'organisation des annonces, l'étude ne montrait pas de différence significative dans les deux groupes entre M0 et M3.

Nous n'objectivions pas de différence significative dans la répartition de la durée des entretiens d'annonces, mais il semblait y avoir un étalement de répartition à M3 dans le groupe A avec plus d'annonces plus rapides en 5 à 10 minutes et plus d'annonces longues de plus de 20 minutes (Figure 5), sans modification dans le groupe B. Nous pouvons supposer que la simulation a permis une meilleure adaptabilité des médecins lors des annonces selon les besoins des personnes en face d'eux, la gravité du patient et la gestion du flux des urgences.

Pour les lieux des annonces, la majorité privilégiait, déjà avant les formations, les annonces dans un lieu dédié, ce qui était en accord avec les recommandations actuelles sur les annonces. Il y avait également un nombre non négligeable d'annonces dans le box des patients. Ceci correspond probablement à une contrainte des urgences (temps limité, patients non déplaçables des box...).

Entre M0 et M3, une majoration, non significative, de l'accompagnement par des cadres de santé lors des annonces dans le groupe A et une majoration plus légère de l'accompagnement par des infirmiers dans les groupes A et B se sont produites. Une des

raisons est probablement les discussions multiples sur l'intérêt de la pluridisciplinarité dans les annonces et des rôles de chaque soignant qui ont eu lieu durant les séances de simulation. L'aspect avait été abordé lors de la formation théorique mais sans échange pluridisciplinaire.

La notification de l'entretien dans le dossier médical doit être améliorée. Atteindre 100% de traçabilité des entretiens est un objectif idéal mais forcément difficile aux urgences en lien avec un flux important de patients et une nécessité d'actions multiples et simultanées. Mais la formation théorique a permis qu'un médecin ne notifiant jamais les entretiens change ses pratiques.

Concernant le comportement verbal, il se dessinait une tendance à l'amélioration de différents indicateurs après simulation, mais sans différence significative.

En effet, dans le groupe A, on notait une augmentation de l'identification dans plus de 50% des cas, d'un début de l'entretien par un résumé, de l'emploi du nom du diagnostic et de termes médicaux couplés à des termes familiers ainsi que de la reformulation des explications par le patient ou les proches. Ces éléments sont révélateurs d'une augmentation de structuration des entretiens d'annonces, d'un rapprochement par rapport aux recommandations actuelles sur le déroulé de celles-ci après simulation.

L'emploi de termes clairs et précis, pour l'annonce de décès, ne laissant pas de doute d'interprétation aux proches (type « mort » ou « décédé »), était déjà fait majoritairement à M0 en accord avec les recommandations, sans modification entre M0 et M3.

Concernant le comportement non-verbal, il n'y avait pas de différence significative objectivée dans les deux groupes entre M0 et M3.

Les deux principales postures utilisées durant les annonces étaient « proche » et « à hauteur » des personnes dans les deux groupes, à M0 et M3 sans différence significative. Ceci était conforme aux recommandations actuelles dès la première évaluation.

L'augmentation non significative du nombre de médecins maintenant le contact oculaire, dans plus de 50% des cas, était présente dans les deux groupes, mais de façon plus importante dans le groupe A que B. Ceci a pu être favorisé lors de la simulation par un abord plus pratique et précis du comportement non-verbal qu'en formation théorique.

Sur le plan émotionnel, l'analyse était plus compliquée. En effet, il y a une forte influence du vécu personnel antérieur des patients, des proches et des soignants sur le vécu émotionnel des situations qui sont chacune singulière. Il y avait une augmentation à M3 par rapport à M0 du nombre de médecins gérant facilement les émotions des patients et des proches, mais également une augmentation du nombre de médecins les gérant avec difficulté. L'explication est peut-être une plus grande conscience de ce champ de l'annonce, après les formations et notamment la simulation.

Un élément majeur était une sensation d'utilité plus importante dans la pratique quotidienne des médecins via la formation par simulation que par les apports théoriques (formation théorique [p= 0.02729] et outil d'aide [p= 0.01391]) de manière significative. La formation par simulation aux annonces de mauvaises nouvelles est

probablement une méthode adaptée car elle permet une rétention d'information importante (34). Au delà d'une meilleure rétention des connaissances théoriques, elle a permis, par la mise en pratique d'annonces de complexité minime à difficile, une analyse de pratique individuelle et collective lors des discussions pluridisciplinaires des débriefings. Durant les séances, ces débriefings étaient riches d'expériences, de questionnements, d'échanges... Les discussions notamment autour des difficultés des participants, de la communication non-verbale, du contact avec les patients... ont permis à chacun de s'enrichir et de trouver des clés pour faciliter ces annonces. Ces échanges ont participé aussi probablement à l'obtention d'un taux de satisfaction élevé de 100% après la formation par simulation.

Cette étude avait plusieurs autres points forts. Elle était une des premières sur le sujet des annonces de diagnostics graves aux urgences. En effet, peu d'études ont eu lieu en France sur la simulation d'annonces de mauvaises nouvelles et quasiment aucune, à notre connaissance, en médecine d'urgence. Elle va permettre d'ouvrir un champ de recherche et surtout ensuite de développer une méthode pédagogique connue mais dans un domaine encore peu exploité.

De plus, cette étude a été réalisée de façon randomisée avec un groupe contrôle, ce qui est rare dans les études sur la simulation en santé. Ceci a permis d'évaluer l'impact réel de la formation par simulation. Un autre élément intéressant est le taux de participation des médecins seniors urgentistes important (88,89% de participation avec une analyse sur 81,48% des médecins). Ces formations ont, par ailleurs, été réalisées selon les recommandations de bonnes pratiques de simulation en santé (30) (31) et

avec un formateur unique, compétent dans son domaine, réalisant une formation identique à chaque session. Les barrières souvent reprochées à la simulation (36) que sont le manque de temps et la peur du jugement n'ont pas été retrouvées dans les discussions lors des séances de simulation et dans le questionnaire de satisfaction post-simulation. En effet, celles-ci ne duraient qu'une demi-journée et l'habitude des participants aux formations de simulation a permis de dépasser cette crainte du jugement, même pour un sujet personnel comme celui-ci.

L'étude a évalué l'impact des formations par simulation à trois mois, ce qui était souvent réalisé dans d'autres études en simulation en santé (25) (37). Cependant, nous pouvons nous poser la question de l'impact à plus long terme de ces formations. Une étude (38), en réanimation pédiatrique, après simulation sur l'accueil de parents d'enfants hospitalisés, a montré un changement des pratiques à un an de la formation pour tous les soignants interrogés. Une autre étude (32) retrouvait une persistance identique des modifications de pratiques à trois mois et à douze mois d'une formation par simulation. Les formations par simulation ont donc a priori un impact au long cours sur la pratique des soignants. Une étude complémentaire plus à distance de ces formations pourrait avoir un intérêt pour le confirmer.

Cependant, prouver l'intérêt de la simulation par des études est compliqué. En effet, peu d'entre elles arrivent à prouver de façon significative l'impact des formations par simulation et surtout d'identifier cet impact (39). Le modèle de Kirkpatrick (40) est un modèle d'évaluation de formation utilisé dans de nombreux domaines. Lors des formations par simulation, les niveaux 1 et 2 de ce modèle peuvent être évalués par des

questionnaires de satisfaction et de connaissances théoriques pures. Le niveau 3 d'évaluation des modifications de pratiques, fait dans cette étude, est beaucoup plus compliqué à prouver, notamment pour des questions de moyens humains et financiers importants lors de la simulation sur un grand nombre de personnes. Par ailleurs, l'évaluation idéale de l'impact clinique (niveau 4) serait là une évaluation de l'impact de ces annonces sur les patients et leurs proches. Cette évaluation pose cependant des questions de faisabilité mais aussi éthiques. Cependant, nous pouvons regarder comment cela se déroule dans le domaine de l'aviation pour comparer. Leurs situations d'urgence et de gestion d'équipe sont proches de celles en médecine (41) et la formation par simulation est complètement intégrée dans leurs formations initiales et continues. Néanmoins, aucune étude n'a prouvé de façon certaine le lien direct des formations par simulation avec l'amélioration de la sécurité des passagers. Pourtant, personne ne remet en question leur utilité.

Cette étude est une première étape. Il faudrait poursuivre avec des études de plus grande ampleur pour confirmer l'intérêt et identifier l'impact des formations par simulation sur les annonces de diagnostics graves. Ceci permettrait à cette méthode d'apprentissage d'être intégrée dans les formations initiales et continues des urgentistes, pour améliorer leurs compétences en communication. Il pourrait être intéressant de réaliser des études également sur l'impact dans la pratique des paramédicaux de simulation d'annonces de mauvaises nouvelles.

En médecine générale, il pourrait y avoir également un intérêt à faire des études pour développer ces formations de simulation afin d'augmenter leurs compétences en

communication, avec des scénarios de prise en charge de patients en médecine générale.

Il est important de développer en Europe la simulation en santé en médecine d'urgence, car il s'agit d'une méthode connue, éprouvée dans d'autres domaines que la santé (41), et utilisée de façon routinière dans les formations médicales en Amérique du Nord. Il faut continuer à faire des études sur le sujet, développer des centres de simulation, y faire des simulations d'annonces en médecine d'urgence, mais aussi dans d'autres spécialités, pour que cela devienne un élément essentiel et indispensable de la formation. Cela pourrait permettre également de mieux protéger, psychologiquement, les patients, les proches et les soignants et de favoriser le dialogue entre eux.

2. Conclusion

La formation par simulation sur les annonces de mauvaises nouvelles par les urgentistes n'a pas prouvé d'impact significatif sur une réflexion en amont pour structurer les entretiens d'annonces. Cependant, l'étude a montré une amélioration significative des connaissances théoriques sur le sujet après les formations par simulation. Elle a également montré une utilité en pratique quotidienne significativement plus importante de la simulation par rapport aux apports théoriques. Il serait intéressant de faire une étude avec un plus grand effectif pour identifier de façon plus précise les éléments améliorés par les formations de simulation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Orlander JD, Graeme Fincke B, Hermanns D, Johnson GA. Medical Residents' First Clearly Remembered Experiences of Giving Bad News. *J Gen Intern Med.* nov 2002;17(11):825-40.
2. Supe AN. Interns' perspectives about communicating bad news to patients: a qualitative study. *Educ Health (Abingdon).* déc 2011;24(3):541.
3. 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.* 8 janv 2000;5(4):302-11.
4. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician.* 15 déc 2001;64(12):1975-8.
5. Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The Educational Intervention « GRIEV_ING » Improves the Death Notification Skills of Residents. *Academic Emergency Medicine.* 1 avr 2005;12(4):296-301.
6. Buckman R, Kason Y. *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.* Guide du professionnel de santé. Masson. 2001.
7. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling.* août 2007;67(3):315-8.
8. Brown R, Dunn S, Byrnes K, Morris R, Heinrich P, Shaw J. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med.* nov 2009;84(11):1595-602.
9. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Code de la Santé Publique* mars 4, 2002.
10. Article L1111-2. *Code de la santé publique* janv 28, 2016.
11. Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death Notification in the Emergency Department: Survivors and Physicians. *West J Emerg Med.* mars 2013;14(2):181-5.
12. Hobgood CD, Riviello RJ, Jouriles N, Hamilton G. Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. *Academic Emergency Medicine.* 1 nov 2002;9(11):1257-69.
13. SFMU. *Ethique et urgences.* 2003.
14. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. HAS; 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle

15. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.
16. Dalmières A. Le vécu des internes de médecine générale d'Angers en début d'internat quant à l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient [Thèse d'exercice]. [UFR Santé]: Université d'Angers; 2015.
17. Dr Molle, Pr Granry. HAS Rapport de mission: État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé [Internet]. HAS; 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-rapport.pdf
18. Ilgen JS, Sherbino J, Cook DA. Technology-enhanced Simulation in Emergency Medicine: A Systematic Review and Meta-Analysis. Acad Emerg Med. 1 févr 2013;20(2):117-27.
19. Ghazali A, Boureau-Voultoury A, Scépi M, Mimoz O, Oriot D. La simulation: du Task-Trainer au Crisis Resource Management, un défi pédagogique pour la médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence. 8 oct 2012;2(6):384-92.
20. Jabre P, Jbeili C, Combes X, Coignard H, Margenet A, Lecarpentier E, et al. Intérêt de la simulation haute-fidélité dans l'évaluation de l'application de procédures de soins par les médecins urgentistes. Ann Fr Med Urgence. 30 sept 2011;1(6):379-86.
21. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. British Journal of Cancer. 13 juill 2010;103(2):171-7.
22. Tobler K, Grant E, Marczinski C. Evaluation of the impact of a simulation-enhanced breaking bad news workshop in pediatrics. Simul Healthc. août 2014;9(4):213-9.
23. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsky JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. Academic Medicine. 2006;81(11):1008-1012.
24. Bays AM, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, et al. Interprofessional Communication Skills Training for Serious Illness: Evaluation of a Small-Group, Simulated Patient Intervention. Journal of Palliative Medicine. févr 2014;17(2):159-66.
25. 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. The Lancet. 23 févr 2002;359(9307):650-6.

26. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 24 janv 2004;363(9405):312-9.
27. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MAM, Eggy S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. mars 2012;86(3):297-315.
28. Chumpitazi CE, Rees CA, Chumpitazi BP, Hsu DC, Doughty CB, Lorin MI. Creation and Assessment of a Bad News Delivery Simulation Curriculum for Pediatric Emergency Medicine Fellows. *Cureus*. 2016;8(5):e595.
29. 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*. 2010;3(4):385-8.
30. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Internet]. HAS; 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
31. Boet S, Granry J-C, Savoldelli G. La simulation en Santé. De la théorie à la pratique. Springer. 2013.
32. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer*. 2003;89(8):1445-9.
33. Fonseca LMM, Aredes NDA, Fernandes AM, Batalha LM da C, Apóstolo JMA, Martins JCA, et al. Computer and laboratory simulation in the teaching of neonatal nursing: innovation and impact on learning 1. *Rev Lat Am Enfermagem*. 10 oct 2016;24.
34. National Training Laboratories, Bethel, Maine. La pyramide d'apprentissage.
35. Jacques AP, Adkins EJ, Knepel S, Boulger C, Miller J, Bahner DP. Educating the delivery of bad news in medicine: Preceptorship versus simulation. *Int J Crit Illn Inj Sci*. juill 2011;1(2):121-4.
36. Savoldelli GL, Naik VN, Hamstra SJ, Morgan PJ. Barriers to use of simulation-based education. *Can J Anaesth*. nov 2005;52(9):944-50.
37. Szmilowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. *J Palliat Med*. avr 2010;13(4):439-52.
38. Hureaux J, Herbreteau F, Cartier-Chatron I, Berton J, Urban T, Granry J-C. Formation par la simulation : étude-pilote sur l'accueil des parents par une équipe de réanimation pédiatrique. *Archives de Pédiatrie*. déc 2014;21(12):1316-21.

39. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2011;306(9):978-988.
40. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating Training Programs: The Four Levels. 3rd edition. Berret-Koehler; 2006.
41. Eisen LA. What Went Right: Lessons for the Intensivist From the Crew of US Airways Flight 1549. *CHEST Journal*. 1 sept 2009;136(3):910.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Design de l'étude.....	11
Figure 2. Flow chart.....	20
Figure 3. Structuration de l'annonce en amont de l'entretien.....	22
Figure 4. Connaissances des recommandations sur les annonces de mauvaises nouvelles.....	23
Figure 5. Durée moyenne des annonces de diagnostics graves.....	25
Figure 6. Début de l'entretien par un résumé de la situation.....	27
Figure 7. Nom exact du diagnostic donné pendant l'annonce.....	29
Figure 8. Utilisation de termes médicaux couplés à des termes familiers pendant l'annonce.....	29
Figure 9. Maintien du contact oculaire pendant l'annonce.....	31
Figure 10. Utilité en pratique quotidienne des formations à trois mois.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Caractéristiques de la population.....	21
Tableau II. Structuration des annonces de diagnostics graves.....	22
Tableau III. Critères de jugement secondaires – première partie.....	24
Tableau IV. Critères de jugement secondaires – deuxième partie.....	28

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODOLOGIE.....	9
1. Population.....	9
2. Design de l'étude.....	10
3. Interventions.....	12
3.1 Formation théorique	12
3.2 Formation par simulation en santé.....	13
4. Évaluation.....	15
4.1 Questionnaires.....	15
4.2 Critères de jugement.....	16
5. Éthique.....	17
6. Analyses statistiques.....	17
RÉSULTATS.....	19
1. Population étudiée.....	19
2. Critère de jugement principal	22
3. Critères de jugement secondaires.....	23
3.1 Connaissances théoriques.....	23
3.2 Organisation de l'annonce.....	25
3.3 Communication verbale.....	27
3.4 Communication non-verbale.....	30
3.5 Émotions.....	31
3.6 Satisfaction et utilité en pratique.....	32
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	34
1. Discussion.....	34
2. Conclusion.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
LISTE DES FIGURES.....	47
LISTE DES TABLEAUX.....	48
TABLE DES MATIÈRES.....	49
ANNEXES.....	50
Annexe I. Questionnaire M0.....	50
Annexe II. Questionnaire M3.....	54
Annexe III. Outil d'aide.....	59
Annexe IV. Questionnaire de satisfaction.....	61
Annexe V. Avis de la CNIL.....	63
Annexe VI. Avis du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier du Mans.....	64

ANNEXES

Annexe I. Questionnaire M0

Questionnaire M0 « Intérêt de la formation par simulation des urgentistes aux annonces de mauvaises nouvelles »

L'étude s'intéresse uniquement aux **annonces de diagnostics graves aux patients et/ou aux proches** donc lorsque le patient a une pathologie qui engage son pronostic vital (arrêt cardio-respiratoire, état de choc, syndrome coronarien aigu ST+, thrombolyse, traumatisme grave...) ; lorsqu'il est mis en place une Limitation et Arrêt des thérapeutiques Actives (LATA) ; ou que le patient décède.

Pour chaque question, vous pouvez cocher la case correspondante à votre réponse ou répondre dans la zone de texte.

Explication Partie 2 : Vos annonces de diagnostics graves

Il ne s'agit pas de décrire la meilleure façon de réaliser les annonces de diagnostics graves, mais votre pratique réelle, dans le contexte de l'urgence et des contraintes du service. Les questions étudient vos situations d'annonces concrètes lors de votre travail principalement aux urgences adultes, mais aussi aux urgences pédiatriques, au SAMU, en Unité de Surveillance Continue et en Réanimation Médico-Chirurgicale.

Merci d'évaluer la **fréquence de chaque item dans votre pratique** au cours des **trois derniers mois**. L'ensemble des réponses à la question peut parfois ne pas correspondre à une somme de 100% (certains items étant indépendants les uns des autres, la somme peut être égale, inférieure ou supérieure à 100%).

Merci d'évaluer également, à chaque question, si **cette attitude était spontanée** (spontanée ou induite par le quotidien, l'environnement) **ou réfléchie en amont** (définie avant ou pendant la rencontre de manière consciente).

NA : réponse non applicable, ne pas répondre.

Mai 2016

Numéro d'identification :

Partie 1 : Questions générales

Q1/ Quelles sont vos spécialités diplômantes ? (une ou plusieurs réponses possible)

DES Médecine générale DES Spécialité médicale Laquelle ?
CAMU DESC d'urgences
Autres :

Q2/ Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que médecin senior dans un Service d'Accueil des Urgences ? (précisez SVP si réponse en mois ou en années) :

Q3/ Quel est votre lieu d'exercice actuel ? (une ou plusieurs réponses possible)

Urgences adultes SAMU
Urgences pédiatriques Unité de Surveillance Continue
Réanimation médico-chirurgicale
Autres :

Q4/ Avez-vous déjà participé à des formations sur l'annonce de diagnostics graves au cours de votre formation initiale ou continue ? (une seule réponse)

Oui Non
Si Oui, répondez à la question Q5. Si Non, passez à la question Q6 directement.

Q5/ Si vous avez participé à des formations sur l'annonce de diagnostics graves, sous quelle(s) forme(s) étaient ces formations ? (une ou plusieurs réponses possible)

Cours théorique Présentation orale en congrès
Simulation Autres :

Q6/ Avez-vous déjà fait des formations sous un format de simulation (quel qu'en soit le sujet) ? (une seule réponse)

Oui Non
Si Oui, répondez à la question Q7. Si Non, passez à la question Q8 directement.

Q7/ Si oui, combien de formation par simulation avez-vous fait ? (une seule réponse)

1 2-5 6-10 11-15 >15

Partie 2 : Vos annonces de diagnostics graves

Merci de relire l'explication page 1 pour remplir le tableau

Q8/ Connaissez-vous une ou des recommandation(s) sur le sujet ? (une seule réponse)

Oui Non
Si Oui, répondez à la question Q9. Si Non, passez à la question Q10 directement.

Q9/ Quelle(s) recommandation(s) connaissez-vous ?

Q10/ Combien d'annonces de diagnostics graves avez-vous fait en moyenne, sur les trois derniers mois ? (une seule réponse)

<5/mois 5-10/mois 10-20/mois >20/mois

Q11/ Combien de temps duraient en moyenne ces entretiens d'annonces ? (une seule réponse)

<5min 5-10min 11-20min >20min

Au cours des trois derniers mois, lors d'annonces de diagnostics graves	Avec une fréquence de :						Cette attitude était :	
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-99%	100%	Spontanée	Réfléchie en amont
Q12/ Vous avez élaboré un schéma, une structuration de votre entretien, avant la rencontre :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
Q13/ Si vous avez utilisé une ou des technique(s), quelle(s) était(en)t-elle(s) ?								
Q14/ Quel étaient le lieu où vous avez réalisé vos annonces de diagnostics ?								
- Dans le box :	<input type="checkbox"/>							
- Dans le couloir :	<input type="checkbox"/>							
- Dans un lieu dédié :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q15/ Vous avez fait les entretiens d'annonces :								
- Au patient seul, lorsqu'il en était capable :	<input type="checkbox"/>							
- Aux proches uniquement :	<input type="checkbox"/>							
- Au patient avec les proches présents :	<input type="checkbox"/>							
- Au patient et aux proches séparément :	<input type="checkbox"/>							
Q16/ Vous étiez lors de vos entretiens d'annonces :								
- Seul(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Accompagné(e) d'un interne :	<input type="checkbox"/>							
- Accompagné(e) d'un infirmier :	<input type="checkbox"/>							
- Accompagné(e) d'un cadre :	<input type="checkbox"/>							
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q17/ Vous avez commencé l'entretien par :								
- Nommer le diagnostic :	<input type="checkbox"/>							
- Résumer la situation :	<input type="checkbox"/>							
- Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q18/ Vous avez donné le nom exact du diagnostic :								
Q19/ Vous avez utilisé :								
- Des mots familiers uniquement :	<input type="checkbox"/>							
- Des termes médicaux uniquement :	<input type="checkbox"/>							
- Des termes médicaux couplés aux mots familiers :	<input type="checkbox"/>							
Q20/ En cas de décès, quel mot utilisez-vous ?								
- Mort :	<input type="checkbox"/>							
- Décédé :	<input type="checkbox"/>							
- Parti :	<input type="checkbox"/>							
- C'est fini :	<input type="checkbox"/>							
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							

Au cours des trois derniers mois, lors d'annonces de diagnostics graves	Avec une fréquence de :						Cette attitude était :	
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-99%	100%	Spontanée	Réfléchie en amont
Q21/ Vous avez fait répéter au(x) patients/proches ce qu'ils ont compris :	<input type="checkbox"/>							
Q22/ Vous finissiez vos entretiens d'annonces par :								
- L'information sur le diagnostic :	<input type="checkbox"/>							
- L'information sur le pronostic :	<input type="checkbox"/>							
- Le ressenti du patient/des proches :	<input type="checkbox"/>							
- Un résumé de la situation :	<input type="checkbox"/>							
- Les étapes suivantes pour le patient :	<input type="checkbox"/>							
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q23/ Quelle était votre posture ?								
- Au lit du patient :	<input type="checkbox"/>							
- Proche du patient/des proches :	<input type="checkbox"/>							
- A distance, derrière le bureau :	<input type="checkbox"/>							
- Debout :	<input type="checkbox"/>							
- Assis :	<input type="checkbox"/>							
- A la hauteur du patient/des proches :	<input type="checkbox"/>							
Q24/ Vous aviez un contact physique avec le patient/les proches :	<input type="checkbox"/>							
Q25/ Vous cherchiez à maintenir le contact oculaire avec le patient/les proches :	<input type="checkbox"/>							
Q26/ Avant et pendant un entretien d'annonces, vous vous sentiez :								
- Stressé(e) :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
- Mal-à-l'aise :	<input type="checkbox"/>							
- En difficulté :	<input type="checkbox"/>							
- Compatissant(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Détendu(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Neutre :	<input type="checkbox"/>							
Q27/ Après une annonce de diagnostics graves, vous avez déjà :								
- Été en colère contre vous :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
- Été en colère contre le patient/les proches :	<input type="checkbox"/>							
- Pleuré :	<input type="checkbox"/>							
- Été bouleversé(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Été satisfait(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Été sans sentiment particulier :	<input type="checkbox"/>							
Q28/ Vous gériez les émotions du patient/des proches :								
- Facilement :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
- Avec difficulté :	<input type="checkbox"/>							
Q29/ Vous avez notifié l'entretien dans le dossier médical :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					

Annexe II. Questionnaire M3

Questionnaire M3

« Intérêt de la formation par simulation des urgentistes aux annonces de mauvaises nouvelles »

L'étude s'intéresse uniquement aux **annonces de diagnostics graves aux patients et/ou aux proches** donc lorsque le patient a une pathologie qui engage son pronostic vital (arrêt cardio-respiratoire, état de choc, syndrome coronarien aigu ST+, thrombolyse, traumatisme grave...) ; lorsqu'il est mis en place une Limitation et Arrêt des thérapeutiques Actives (LATA) ; ou que le patient décède.

Pour chaque question, vous pouvez cocher la case correspondante à votre réponse ou répondre dans la zone de texte.

Explication Partie 1 : Vos annonces de diagnostics graves

Il ne s'agit pas de décrire la meilleure façon de réaliser les annonces de diagnostics graves, mais votre pratique réelle, dans le contexte de l'urgence et des contraintes du service. Les questions étudient vos situations d'annonces concrètes lors de votre travail principalement aux urgences adultes, mais aussi aux urgences pédiatriques, au SAMU, en Unité de Surveillance Continue et en Réanimation Médico-Chirurgicale.

Merci d'évaluer la **fréquence de chaque item dans votre pratique** au cours des **trois derniers mois**. L'ensemble des réponses à la question peut parfois ne pas correspondre à une somme de 100% (certains items étant indépendants les uns des autres, la somme peut être égale, inférieure ou supérieure à 100%).

Merci d'évaluer également, à chaque question, si **cette attitude était spontanée** (spontanée ou induite par le quotidien, l'environnement) **ou réfléchie en amont** (définie avant ou pendant la rencontre de manière consciente).

NA : réponse non applicable, ne pas répondre.

Septembre 2016

Numéro d'identification :

Partie 1 : Vos annonces de diagnostics graves

Merci de relire l'explication page 1 pour remplir le tableau

Q1/ Connaissez-vous une ou des recommandation(s) sur le sujet ? (une seule réponse)

Oui

Non

Si Oui, répondez à la question Q2. Si Non, passez à la question Q3 directement.

Q2/ Quelle(s) recommandation(s) connaissez-vous ?

Q3/ Combien d'annonces de diagnostics graves avez-vous fait en moyenne, sur les trois derniers mois ? (une seule réponse)

<5/mois

5-10/mois

10-20/mois

>20/mois

Q4/ Combien de temps duraient en moyenne ces entretiens d'annonces ? (une seule réponse)

<5min

5-10min

11-20min

>20min

Au cours des trois derniers mois, lors d'annonces de diagnostics graves	Avec une fréquence de :						Cette attitude était :	
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-99%	100%	Spontanée	Réfléchie en amont
Q5/ Vous avez élaboré un schéma, une structuration de votre entretien, avant la rencontre :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
Q6/ Si vous avez utilisé une ou des technique(s), quelle(s) était(en)t-elle(s) ?								
Q7/ Quel était le lieu où vous avez réalisé vos annonces de diagnostics ?								
- Dans le box :	<input type="checkbox"/>							
- Dans le couloir :	<input type="checkbox"/>							
- Dans un lieu dédié :	<input type="checkbox"/>							
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q8/ Vous avez fait les entretiens d'annonces :								
- Au patient seul, lorsqu'il en était capable :	<input type="checkbox"/>							
- Aux proches uniquement :	<input type="checkbox"/>							
- Au patient avec les proches présents :	<input type="checkbox"/>							
- Au patient et aux proches séparément :	<input type="checkbox"/>							
Q9/ Vous étiez lors de vos entretiens d'annonces :								
- Seul(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Accompagné(e) d'un interne :	<input type="checkbox"/>							
- Accompagné(e) d'un infirmier :	<input type="checkbox"/>							
- Accompagné(e) d'un cadre :	<input type="checkbox"/>							
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q10/ Vous avez commencé l'entretien par :								
- Nommer le diagnostic :	<input type="checkbox"/>							
- Résumer la situation :	<input type="checkbox"/>							
- Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Q11/ Vous avez donné le nom exact du diagnostic :	<input type="checkbox"/>							
Q12/ Vous avez utilisé :								
- Des mots familiers uniquement :	<input type="checkbox"/>							
- Des termes médicaux uniquement :	<input type="checkbox"/>							
- Des termes médicaux couplés aux mots familiers :	<input type="checkbox"/>							
Q13/ En cas de décès, quel mot utilisiez-vous ?								
- Mort :	<input type="checkbox"/>							
- Décédé :	<input type="checkbox"/>							
- Parti :	<input type="checkbox"/>							
- C'est fini :	<input type="checkbox"/>							
- Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							

Au cours des trois derniers mois, lors d'annonces de diagnostics graves	Avec une fréquence de :						Cette attitude était :	
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	76-99%	100%	Spontanée	Réfléchie en amont
Q14/ Vous avez fait répéter au(x) patient/proches ce qu'ils ont compris :	<input type="checkbox"/>							
Q15/ Vous finissez vos entretiens d'annonces par :								
- L'information sur le diagnostic :	<input type="checkbox"/>							
- L'information sur le pronostic :	<input type="checkbox"/>							
- Le ressenti du patient/des proches :	<input type="checkbox"/>							
- Un résumé de la situation :	<input type="checkbox"/>							
- Les étapes suivantes pour le patient :	<input type="checkbox"/>							
- Autres :	<input type="checkbox"/>							
Q16/ Quelle était votre posture ?								
- Au lit du patient :	<input type="checkbox"/>							
- Proche du patient/des proches :	<input type="checkbox"/>							
- A distance, derrière le bureau :	<input type="checkbox"/>							
- Debout :	<input type="checkbox"/>							
- Assis :	<input type="checkbox"/>							
- A la hauteur du patient/des proches :	<input type="checkbox"/>							
Q17/ Vous aviez un contact physique avec le patient/les proches :	<input type="checkbox"/>							
Q18/ Vous cherchiez à maintenir le contact oculaire avec le patient/les proches :	<input type="checkbox"/>							
Q19/ Avant et pendant un entretien d'annonces, vous vous sentiez :								
- Stressé(e) :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
- Mal-à-l'aise :	<input type="checkbox"/>							
- En difficulté :	<input type="checkbox"/>							
- Compatissant(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Détendu(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Neutre :	<input type="checkbox"/>							
Q20/ Après une annonce de diagnostics graves, vous avez déjà :							NA	NA
- Été en colère contre vous :	<input type="checkbox"/>							
- Été en colère contre le patient/les proches :	<input type="checkbox"/>							
- Pleuré :	<input type="checkbox"/>							
- Été bouleversé(e) :	<input type="checkbox"/>							
- Été satisfait(e) :	<input type="checkbox"/>							
Q21/ Vous gériez les émotions du patient/des proches :							NA	NA
- Facilement :	<input type="checkbox"/>							
- Avec difficulté :	<input type="checkbox"/>	NA	NA					
Q22/ Vous avez notifié l'entretien dans le dossier médical :	<input type="checkbox"/>							

Partie 2 : Évaluation des formations et outils reçus

Les questions suivantes évaluent les formations et outils sur les annonces de diagnostics graves que vous avez reçu, au cours de l'étude.

Q23/ Donnez une note entre 0 et 10 en terme d'utilité sur votre pratique quotidienne, au cours des trois derniers mois, à :

- La présentation théorique réalisée en staff scientifique :
- L'outil d'aide à l'annonce mis en place dans le service :
- La formation par simulation (si vous l'avez réalisée) :

Q24/ Des remarques/suggestions, des points positifs et négatifs sur les formations :

Annexe III. Outil d'aide



Annonce de diagnostics graves aux urgences
SAU - CH Le Mans

Juin 2016

Annonce de diagnostics graves aux urgences

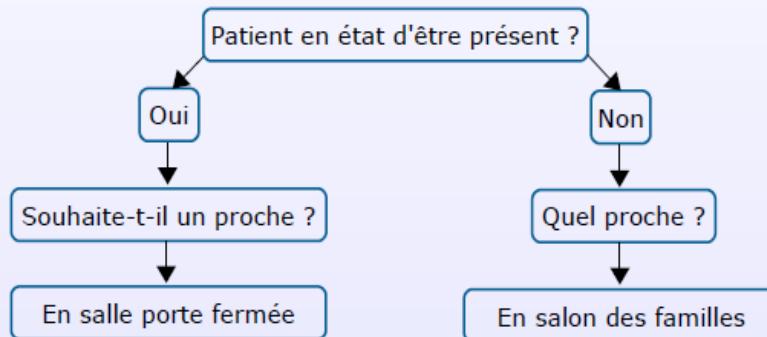
Service d'Accueil des Urgences - Centre Hospitalier du Mans

A utiliser avant, pendant et après une annonce de diagnostics graves (pathologie engageant le pronostic vital, LATA, décès...)

Pour rappel, une mauvaise nouvelle correspond à « toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir ». ¹

Avant l'entretien

- Qui participe ? Présents au minimum : un médecin et un cadre ou un IDE
- Briefing du binôme :
 - Synthèse du dossier (éléments médicaux, décisions de prise en charge,...)
 - Objectif principal de l'entretien
 - Mécanismes de défense personnels prévisibles ?
- A qui annoncer ? Où faire l'entretien ? :



- Information du reste de l'équipe du départ en entretien
- Si possible, se libérer de la ligne téléphonique

1. Buckman R. *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. Elsevier Masson. 2007

Pendant l'entretien

- Présentation** des personnes présentes : se présenter, qui sont les proches
- Que sait/comprend déjà le patient/proche** de la situation ?
- Quel niveau d'information** souhaite le patient/proche ?
- Communication d'information** :
 - Expliquer, petit à petit, le déroulement des événements ayant conduit le patient à son arrivée aux urgences et des événements aux urgences en partant de ce que sait le patient/proche
 - Nommer le diagnostic
 - Informer des conséquences thérapeutiques et de la mise en jeu du pronostic vital
- Outils pour favoriser cette étape** :
 - Mots simples et compréhensibles
 - Information progressive
 - Vérifier régulièrement la compréhension du patient/proche par des répétitions, reformulations du patient/proche (outil FAIRE DIRE)
 - Écoute active :
 - Identifier et nommer les préoccupations du patient/proche, si possible y répondre
 - Identifier et nommer les émotions du patient/proche : réponse empathique
- Propositions et suivi** :
 - Propositions concrètes de traitements et de prise en charge
 - Décisions d'objectifs à court terme
 - Synthèse de l'entretien
 - Vérifier l'absence de question persistante du patient/proche avant de clôturer l'entretien

Après l'entretien

- Débriefing court post-entretien du binôme
- Débriefing avec l'équipe soignante complète pour favoriser les étapes de reformulation
- Écrire dans le dossier médical une synthèse de l'entretien

Annexe IV. Questionnaire de satisfaction

 FICHE TECHNIQUE	CAp' Sim Evaluation de la formation continue sur simulateur interactif Questionnaire de satisfaction			Référence : D.OP. (cellule GED)
Crée le : 10/2013	Version n°1 du 10/2013	Appliqué le : (cellule GED)	A réviser le : 10/2014	page(s) : 1/2

Date : Votre statut : médecin / interne / IDE / AS / Cadre
 Entourez la réponse souhaitée : Echelle numérique : 0= non satisfaisant
1= peu satisfaisant
2= très satisfaisant
3= excellent

Généralités sur la simulation

Q1. Avez-vous déjà eu une expérience de formation sur simulateur haute-fidélité ? O/N
 Q2. De manière générale êtes-vous satisfait de cette formation ? O/N

Organisation générale

• Q3. L'accueil : 0 / 1 / 2 / 3
 • Q4. La gestion du temps (nombre de scénarios, tps de débriefing) : 0 / 1 / 2 / 3
 • Q5. L'ambiance générale : 0 / 1 / 2 / 3
 • Q6. Du nombre de participants : pas assez/ correct / trop

Les thèmes abordés :

• Q7. Ont-ils un intérêt ? 0 / 1 / 2 / 3
 • Q8. Sont-ils en accord avec votre pratique ? 0 / 1 / 2 / 3

Le briefing

Q9. Le briefing vous a-t-il rassuré ? 0 / 1 / 2 / 3
 Q10. Estimez-vous les explications suffisamment claires ? 0 / 1 / 2 / 3
 Q11. Le temps alloué au briefing vous semble –t-il : court / adéquat /long
 Q12. Certaines explications vous ont-elles manquées pendant ce briefing ? O / N

Les thèmes et scénarios

Q13. Les scénarios vous ont-ils paru réalistes ? O / N
 Q14. Pour chaque scénario, quel est le niveau de difficulté estimé par rapport à votre expérience ?

N°1 : inadapté / adapté / totalement adapté
 N°2 : inadapté / adapté / totalement adapté
 N°3 : inadapté / adapté / totalement adapté
 N°4 : inadapté / adapté / totalement adapté

 CHM CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN	Cap' Sim			Référence : D.O.P. (cellule GED)
	FICHE TECHNIQUE	Evaluation de la formation continue sur simulateur interactif		
Questionnaire de satisfaction				
Crée le : 10/2013	Version n°1 du 10/2013	Appliqué le : (cellule GED)	À réviser le : 10/2014	page(s) : 2/2

Q15. Pour chaque scénario, quel est le niveau de formation apporté (théorique/ pratique) ?

Nº1:0 / 1 / 2 / 3

Nº2:0 / 1 / 2 / 3

Nº3:0 / 1 / 2 / 3

Nº4 : 0 / 1 / 2 / 3

Débriefing

Que pensez-vous de :

- Q16. L'interactivité pdt le débriefing : 0 / 1 / 2 / 3
- Q17. Le sentiment de confiance et de non jugement ressenti pdt le débriefing : 0 / 1 / 2 / 3
- Q18. Le support pédagogique (topos, documents remis) : 0 / 1 / 2 / 3
- Q19. La répartition du temps de parole pour chacun : 0 / 1 / 2 / 3

Pour l'avenir...

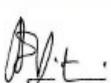
Q20. Idéalement, à quelle fréquence aimeriez-vous revenir ? 6 mois / 1 an /2 ans

Avez-vous :

- Des propositions de thèmes à abordés ;
- Des suggestions ;

*Merci de votre participation pour cette journée.
L'équipe de formateurs par simulation.*

Annexe V. Avis de la CNIL

<p>CNIL 8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02 T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00 www.cnil.fr</p>	<p>RÉCÉPISSÉ</p> <p>DÉCLARATION NORMALE</p> <p>Numéro de déclaration 1958738 v 0</p> <p>du 20 mai 2016</p> <p>A LIRE IMPERATIVEMENT La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel. La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment : 1) La définition et le respect de la finalité du traitement, 2) La pertinence des données traitées, 3) La conservation pendant une durée limitée des données, 4) La sécurité et la confidentialité des données, 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition. Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr</p> <p>Organisme déclarant</p> <table border="1"><tr><td>Nom : CENTRE HOSPITALIER DU MANS</td><td>N° SIREN ou SIRET : 267200160 00013</td></tr><tr><td>Service : SERVICE DES URGENCES</td><td>Code NAF ou APE : 8610Z</td></tr><tr><td>Adresse : 194 AVENUE RUBILLARD</td><td>Tél. : 02.44.71.02.04</td></tr><tr><td>Code postal : 72037</td><td>Fax. : 02.43.43.43.02</td></tr><tr><td>Ville : LE MANS</td><td></td></tr></table> <p>Traitement déclaré</p> <p>Finalité : LA FORMATION PAR SIMULATION A T ELLE UN INTÉRÊT POUR AMÉLIORER LES COMPÉTENCES DE COMMUNICATION À L'ANNONCE DE DIAGNOSTIC GRAVE PAR LES URGENTISTES</p> <p>Fait à Paris, le 20 mai 2016 Par délégation de la commission</p> <p> Isabelle FALQUE PIERROTIN Présidente</p>	Nom : CENTRE HOSPITALIER DU MANS	N° SIREN ou SIRET : 267200160 00013	Service : SERVICE DES URGENCES	Code NAF ou APE : 8610Z	Adresse : 194 AVENUE RUBILLARD	Tél. : 02.44.71.02.04	Code postal : 72037	Fax. : 02.43.43.43.02	Ville : LE MANS	
Nom : CENTRE HOSPITALIER DU MANS	N° SIREN ou SIRET : 267200160 00013										
Service : SERVICE DES URGENCES	Code NAF ou APE : 8610Z										
Adresse : 194 AVENUE RUBILLARD	Tél. : 02.44.71.02.04										
Code postal : 72037	Fax. : 02.43.43.43.02										
Ville : LE MANS											

Annexe VI. Avis du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier du Mans



AVIS DU GROUPE ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Remarque générale : Le Comité d'éthique n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Le Comité ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique.

Nom du protocole	Intérêt de la simulation pour la formation des urgentistes aux annonces de mauvaises nouvelles
Investigateur principal	Lise MABIT – Interne Docteur Véronique DELMAS – Directeur de Thèse
Lieu de l'étude	CH Le Mans
Type d'étude	Prospective / randomisée / quantitative / monocentrique
Type patients/participants	Médecins des urgences adultes
Nombre de patients/participants prévus	27
Objectif principal	La formation par simulation a-t-elle un intérêt pour améliorer les compétences de communication à l'annonce de diagnostic grave pour les urgentistes
Objectifs secondaires	<ul style="list-style-type: none">•La formation par simulation a-t-elle un intérêt chez les jeunes urgentistes par rapport aux urgentistes expérimentés•Comment sont vécu émotionnellement les annonces de diagnostics graves par les urgentistes•La formation par simulation permet-elle d'améliorer spécifiquement un champ de communication (communication verbale, communication non-verbale, émotion) ou l'ensemble des champs
Documents communiqués	<input checked="" type="checkbox"/> Protocole / résumé de l'étude <input type="checkbox"/> Lettre d'information <input checked="" type="checkbox"/> Autres : questionnaires



AVIS DU GROUPE ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Confidentialité

Confidentialité des données	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anonymat	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avis du CCTIRS	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avis de la CNIL	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Commentaires :

Information et recueil de non opposition

Lettre d'information précisant

Titre de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
But de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déroulement de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge courante inchangée	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de refus	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de recevoir les résultats de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaires : _____

Recueil de non opposition

Recueil nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Type de consentement	<input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Ecrit
Traçabilité dans le dossier	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Commentaires : _____



AVIS DU GROUPE ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Conclusion

Avis favorable	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Révision nécessaire selon commentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avis défavorable	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Tenu en séance le 22/04/2016

Docteur Florence DECIRON-DEBIEUVRE
Présidente du Groupe Ethique du Centre
Hospitalier du Mans

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Florence Deciron-Debieuve'.

Page 3 sur 3

MABIT Lise

Intérêt de la formation par simulation des urgentistes aux annonces de mauvaises nouvelles

RÉSUMÉ

Introduction : L'annonce de mauvaises nouvelles aux urgences est une pratique difficile, d'autant que les formations à ce sujet sont peu fréquentes et uniquement théoriques. La formation par simulation pourrait être un outil pour améliorer ces compétences.

Méthodes : Une étude contrôlée, randomisée, d'évaluation des pratiques a été réalisée avec les médecins seniors urgentistes du Centre Hospitalier du Mans. Les deux groupes (A et B) ont reçu une formation théorique et un outil d'aide sur les annonces de diagnostics graves. Le groupe A a reçu en plus une formation par simulation sur le sujet. Des questionnaires d'évaluation des pratiques avant les formations (M0) et à trois mois (M3) permettaient d'en évaluer l'impact.

Résultats : Dans les groupes A et B, il n'y avait pas de différence significative entre M0 et M3 sur une réflexion de structuration de l'annonce en amont de celle-ci. Le groupe A augmentait significativement ses connaissances théoriques sur les annonces entre M0 et M3 ($p= 0.02719$), sans modification significative dans le groupe B. A trois mois, le groupe A évaluait la simulation comme ayant eu significativement plus d'utilité dans sa pratique que la formation théorique ($p= 0.02729$) et l'outil d'aide ($p= 0.01391$), sans différence significative entre la formation théorique et l'outil dans les deux groupes.

Conclusion : La formation par simulation aux annonces de diagnostics graves d'urgentistes n'a pas prouvé d'impact significatif sur une structuration des entretiens d'annonces en amont, mais semblait améliorer les connaissances théoriques et avoir un impact positif global supérieur aux formations théoriques seules.

Mots-Clés : simulation, médecine d'urgence, annonce, mauvaises nouvelles

Interest of simulation training for emergency physicians to breaking bad news

ABSTRACT

Introduction : Breaking bad news in emergency department is a difficult practice, especially as training are not much frequent and usually theoretical. Training by simulation could be a tool to improve these skills.

Methods : A controlled, randomized trial with evaluation of practice had been realized with emergency physician at the Hospital Center in Le Mans. Both groups (A and B) received a lecture training and a tool of help for announcement of serious diagnosis. The group A did then a simulation training about this topic. Estimating the impact of this simulation was been possible thanks to questionnaires about evaluation of practice before the trainings and at three months.

Results : In groups A and B, there wasn't a significant difference between M0 and M3 in thought of structuring the announcement beforehand. Group A significantly improved his knowledge about announcement between M0 and M3 ($p= 0.02719$), without significant modification in group B. At three months, group A estimated that simulation was significantly more useful in his practice than the lecture training ($p= 0.02729$) and the tool of help ($p= 0.01391$), without significant difference between the lecture training and the tool in both groups.

Conclusion : Training by simulation in announcement of serious diagnosis by emergency physician didn't revealed significant impact in structuration of announcement interview beforehand, but seemed to improve knowledge and have a higher positive overall impact than theoretical training only.

Keywords : simulation, emergency medicine, announcement, bad news