

Simulation haute-fidélité à la consultation d'annonce en oncologie médicale

Elise Deluche^{1,5}, Henri Salle^{2,5}, Teeva Facchini-Joguet³, Sophie Leobon¹, Alexandre Troussel¹, Nicole Tubiana-Mathieu¹, François Caire^{2,5}, Laurent Fourcade^{4,5}

Reçu le 10 novembre 2019
Accepté le 7 février 2020
Disponible sur internet le :

1. Service d'oncologie médicale, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France
2. Hôpital Dupuytren, service de neurochirurgie, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France
3. We Care & Consulting, 6, rue Perrault, 75001 Paris cedex, France
4. Hôpital des Enfants, service de chirurgie viscérale pédiatrique, 8, avenue Dominique-Larrey, 87042 Limoges cedex, France
5. Faculté de médecine de Limoges, département universitaire d'enseignement numérique en santé, 2, rue du Docteur-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

Correspondance :

Elise Deluche, Service d'oncologie médicale, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France.
elise.deluche@chu-limoges.fr

Mots clés

Cancer
Simulation
Formation
Pédagogie

■ Résumé

Introduction > La consultation d'annonce en oncologie médicale est une situation particulièrement stressante tant pour le patient que pour le médecin. La simulation haute-fidélité est une option d'apprentissage jamais évaluée en France dans ce domaine.

Matériel et méthodes > Il s'agit d'un retour d'expérience de simulations de consultations d'annonce réalisées de janvier 2018 à mai 2019. Les internes d'onco-radiothérapie ont réalisé une simulation d'une consultation d'annonce avec une infirmière, un psychologue, une coach certifiée et un oncologue. L'évaluation des compétences à l'annonce a été faite par pré-test puis post-tests immédiatement après la formation et après cinq mois.

Résultats > Quatorze des seize internes éligibles ont participé. L'évaluation des compétences en pré-test a montré que les internes de plus de cinq semestres considèrent qu'ils sont à l'aise lors de la consultation ($p = 0,04$) et qu'ils pensent nommer clairement la maladie ($p = 0,03$). Cependant, tous les internes, quel que soit leur semestre, reconnaissent qu'ils sont stressés avant une consultation. Après la séance de simulation, l'évolution des compétences est positive pour tous les critères, en particulier pour l'adaptation aux réactions du patient, l'utilisation d'un vocabulaire adapté et la diminution du stress ($p < 0,05$). Cette évolution est indépendante du sexe, du cursus, du semestre ou de la réalisation antérieure d'un stage en oncologie médicale. Plus de 80 % des apprenants sont prêts à réitérer ce type de formation.

Conclusion > Cette formation montre l'intérêt d'un entraînement par simulation à la consultation d'annonce en oncologie médicale.

Keywords
Cancer
Simulation
Training
Education

■ Summary

High fidelity simulation training for medical oncology announcement consultation

Introduction > Medical oncology bad news consultation is a particularly stressful situation for both the patient and the physician. High-fidelity simulation is a learning option that has never been evaluated in France in this field.

Materials and Methods > This is a feedback from simulated announcement consultations carried out from January 2018 to May 2019. Residents from the medical oncology and radiotherapy departments performed high-fidelity simulations at the announcement consultation with an announcement nurse, a psychologist, a certified coach and an oncologist. A competency assessment was completed in pre-test, immediate post-test and after 5 months.

Results > Fourteen of the 16 eligible interns participated. The pre-test competency assessment showed that interns over 5 semesters reported being more comfortable at the consultation ($P = 0.04$) and thought they were clearly explaining the disease ($P = 0.03$). However, all residents, regardless of the semester, felt stressed before a consultation. The evolution of parameters skills after the simulation was positive for all criteria, particularly for adaptation to patient reactions, use of appropriate vocabulary and reduction of stress ($P < 0.05$). This evolution was independent of the gender, curriculum, semester, or previous completion of a medical oncology internship. More than 80% of the students were ready to repeat this type of training.

Conclusion > This training demonstrates the value of simulation training for medical oncology advertising consultation.

Introduction

La consultation d'annonce en oncologie médicale est une situation particulièrement stressante tant pour le patient, dont la vie et les projets vont être bouleversés, que pour le médecin qui vit cette annonce, souvent effectuée lors d'une première rencontre, avec parfois une certaine solitude et se trouve dépourvu face à des réactions imprévisibles du patient. Cette première consultation, fondatrice pour la mise en place de la relation médecin-patient, est une situation à enjeu pour les deux personnes en présence. Celle-ci peut en effet générer des émotions déstabilisantes chez le médecin. Afin d'améliorer l'annonce du diagnostic de cancer, la réalisation de cette consultation a été intégrée dans le dispositif global appelé « dispositif d'annonce » mis en place à la suite des premiers États Généraux des malades organisés par la Ligue nationale contre le cancer en 1998 [1]. Ce dispositif a été instauré afin que les patients puissent bénéficier de meilleures conditions d'annonce de la maladie. En effet, des patients avaient souligné combien la difficulté de l'entrée dans la maladie pouvait être majorée par des conditions d'annonce inappropriées. Dans le cadre de la mise en place du dispositif d'annonce [2] et notamment en ce qui concerne le « temps médical », l'INCa et l'HAS ont proposé des outils de formation des jeunes médecins à la consultation d'annonce [1,3,4]. Il a été en effet montré que la maîtrise de la communication en oncologie médicale était indispensable et notamment en soins palliatifs [5-7]. Un des systèmes de communication est le protocole américain SPIKES [8] qui se

déroule en six étapes : *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, and Summary* (contextualisation, perception, invitation, connaissance, empathie et résumé). Une autre technique, la simulation, permet d'acquérir rapidement des connaissances et des compétences techniques, comportementales et relationnelles. Des études, essentiellement menées dans la formation des chirurgiens, des réanimateurs et des urgentistes, ont mis en évidence un véritable intérêt de la simulation même s'il existe une sous-utilisation de celle-ci notamment par un manque d'accessibilité et de moyens mis à disposition [9-11].

Il faut néanmoins souligner que jusqu'alors ce sont essentiellement les aspects techniques de la pratique médicale qui ont été abordés. Pourtant, les aptitudes relationnelles, qui font partie intégrante des compétences nécessaires au professionnel de santé, tout particulièrement en oncologie médicale, peuvent également être développées par des exercices de simulation [12]. L'intérêt de la simulation pour les soignants est alors multiple : mieux formés, ils gèrent mieux leur stress, éprouvent une augmentation de leur satisfaction professionnelle et une diminution de l'épuisement émotionnel.

Cependant, à notre connaissance, très peu d'études ont été publiées sur les modalités pratiques de la simulation et le bénéfice apporté en oncologie médicale [13,14]. Le « guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé », publié en décembre 2012, propose une trame pour mettre en place la simulation en santé sans détail spécifique pour la mise en pratique de la

consultation d'annonce en oncologie [3,15]. L'objectif de ce retour d'expérience est de rapporter la mise en place de la simulation comme outil d'enseignement à la consultation d'annonce. Les autres objectifs sont l'évaluation des compétences nécessaires de l'apprenant pour mener une consultation d'annonce, leur évolution au cours du temps et la mesure de la satisfaction des apprenants.

Matériels et méthodes

Population cible

Il s'agit d'une formation monocentrique réalisée de janvier 2018 à mai 2019 dans le centre de simulation SIMULIM, au sein de la faculté de médecine de l'université de Limoges. Ces séances de simulation haute-fidélité (reproduction d'un environnement réel d'annonce) ont été proposées aux internes inscrits au diplôme d'études spécialisées (DES) d'oncologie médicale ou au diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) d'oncologie médicale. Les apprenants évoluaient à divers stades de l'internat (du premier au dixième semestre). Quatre à cinq internes ont été évalués par séance, chaque interne étant formé sur une seule session. Au total quatre sessions ont été ouvertes aux apprenants. Aucun interne n'avait précédemment suivi une formation dans un centre de simulation pour la consultation d'annonce. Le service d'oncologie médicale du CHU de Limoges propose cette formation depuis janvier 2018 à tous les internes lors du stage dans le service.

Présentation de l'intervention

Le déroulement de la formation est conforme aux recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) [3]. Les apprenants sont accueillis dans le centre de simulation. Les locaux comprennent une salle dédiée à la simulation qui reproduit une salle de consultation fictive. Il s'agit d'une régie située dans une pièce indépendante où sont visualisées les retransmissions et d'où le formateur dirige le scénario avec le psychologue et module, si nécessaire, le scénario en communiquant avec la coach-comédienne. Les autres participants suivent en direct le déroulement de la mise en situation dans une troisième salle qui sert également de lieu de briefing et débriefing. La séance est filmée par trois caméras qui transmettent l'ambiance générale de la simulation et permettent la retransmission de la situation au reste du groupe.

La séance de simulation a une durée fixée à vingt minutes. Les apprenants donnent oralement leur consentement de participation à cette formation et aucun enregistrement vidéo n'est conservé après la séance.

L'apprenant est placé dans le rôle du médecin. Chaque participant est confronté à un cas clinique original et unique, non diffusé avant la simulation. Un à deux objectifs pédagogiques, pour tester les compétences, sont définis en amont de la simulation en fonction du niveau d'avancement de l'interne dans le cursus de formation. Ils sont spécifiques, différents pour

chaque interne (exemple d'objectifs pédagogiques : annoncer la maladie ou sa récurrence, annoncer un arrêt des traitements, gérer un(e) patient(e) dans le déni de sa maladie. . .). En plus de ces objectifs, des niveaux de difficultés supplémentaires peuvent être introduits selon l'ancienneté et l'aisance de l'apprenant, au cours de la séance : après avoir annoncé la récurrence d'une maladie au patient (objectif pédagogique principal), expliquez si possible le plan de traitement et évoquez la préservation de la fertilité (niveaux de difficultés supplémentaires). Les scénarii ont été préparés en collaboration avec la coach-comédienne et un psychologue, qui joue, comme cela a été montré, un rôle essentiel dans l'accompagnement des internes et des acteurs [16].

La coach-comédienne, certifiée, supervisée et formée au coaching (DESU – pratiques du coaching de l'université Paris VIII), joue le rôle de la patiente standardisée. Elle ne fait pas partie du personnel hospitalier mais a assisté à des consultations d'oncologie afin de s'imprégner des réactions des patients (expérience de dix ans). Son jeu est préparé à l'avance afin de recréer les réactions le plus souvent observées dans des situations cliniques données. La communication entre la coach, le médecin formateur et le psychologue est établie via des oreillettes durant la consultation pour moduler, si nécessaire, le déroulé de la séance. En effet, le formateur doit procéder à des ajustements permanents du scénario, afin de maintenir les apprenants en situation de résolution de problème afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation d'échec.

Le médecin formateur est titulaire d'un DIU de pédagogie médicale.

Le psychologue a exercé au CHU de Limoges pendant sept ans en oncologie médicale, hématologie médicale et soins de suite et réadaptation d'onco-hématologie.

Une infirmière expérimentée dans l'accompagnement des consultations d'annonce (25 ans de pratique) a été sollicitée afin de jouer le rôle de facilitatrice. Elle permet d'aider l'interne à préparer sa consultation d'annonce pendant cinq minutes, au choix de l'interne avant le début de la simulation et assiste à la consultation d'annonce. Elle peut intervenir en cours de simulation, en fonction de son ressenti, pour aider l'apprenant qui se sentirait en difficulté.

À la fin de chaque simulation, un débriefing d'environ vingt minutes est effectué en groupe avec un auto-examen de l'interne sur ses ressentis et ce qu'il a perçu comme étant ses forces et ses points d'amélioration. Le médecin formateur et l'infirmière font un débriefing sur le plan médical, le psychologue sur les aspects psychologiques de la relation médecin-patient. La coach insiste sur sa perception d'experte et sur les apports verbaux et non verbaux en communication, pour que l'interne prenne conscience de ses points forts et des points à optimiser dans le processus d'annonce.

En plus du débriefing, une formation théorique sur la communication a été proposée aux apprenants en collaboration avec le

E. Deluche, H. Salle, T. Facchini-Joguet, S. Leobon, A. Troussel, N. Tubiana-Mathieu, et al.

médecin formateur et la coach afin de résumer les informations essentielles de la journée.

La session de simulation se déroule sur huit heures avec une pause pour le déjeuner.

En début de session, une présentation du déroulé de la journée, la découverte du centre et la présentation des participants est faite sur vingt minutes. Chaque passage d'interne est de cinquante minutes (dix minutes de briefing, vingt minutes de séance de simulation et vingt minutes de débriefing) et une heure et demie de formation théorique est réalisée. Le projet a

été validé par le comité d'éthique de la faculté de médecine (n° 2019-1).

Les paramètres analysés sont les suivants :

- le pourcentage de participation aux séances de simulation ;
- les compétences nécessaires à l'interne pour mettre en œuvre une « bonne » consultation d'annonce et leurs évolutions au cours du temps. L'évaluation et l'évolution des compétences ont été mesurées selon l'échelle de Likert comportant quatre niveaux et regroupées en trois catégories de compétences (le verbal, le ressenti et le relationnel). Ces questionnaires sont

TABLEAU I

Questionnaire d'évaluation pré et post-test par l'apprenant

| | Pas du tout d'accord | Plutôt pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord |
|--|----------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
| Points attribués ^a | -2 | -1 | 1 | 2 |
| Je me sens à l'aise en consultation | | | | |
| Je sais créer le contact avec le patient au début de l'entretien | | | | |
| Je sais nommer clairement la maladie | | | | |
| J'ai un vocabulaire adapté en consultation d'annonce | | | | |
| Je sais laisser des temps de silence | | | | |
| Je sais m'adapter aux réactions du patient | | | | |
| Je suis empathique | | | | |
| Je sais faire passer les messages importants | | | | |
| Je me sens stressé en consultation d'annonce | | | | |
| Je sais clore un entretien | | | | |

^aL'affectation des points n'était pas présente sur le questionnaire remis aux étudiants.

TABLEAU II

Questionnaire d'évaluation post-test rempli par la coach

| | Pas du tout d'accord | Plutôt pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord |
|---|----------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
| Points attribués ^a | -2 | -1 | 1 | 2 |
| Je me suis senti (e) à l'aise | | | | |
| Je l'ai senti stressé (e) | | | | |
| Le médecin a su créer un contact avec moi au début de l'entretien | | | | |
| Il a nommé clairement la maladie | | | | |
| Il a eu un vocabulaire adapté | | | | |
| Il a su laisser des temps de silence | | | | |
| Il a su s'adapter aux réactions du patient | | | | |
| Il a été empathique | | | | |
| Il a su faire passer les messages importants selon moi | | | | |
| Il a su clore l'entretien | | | | |

^aL'affectation des points n'était pas présente sur le questionnaire remis à la coach.

établis à partir de recommandations de l'HAS [3] et de la structure SPIKES, un des protocoles de référence [8]. Un mois avant la simulation (pré-test) et après la simulation (post-test immédiat), l'apprenant complète un questionnaire d'autoévaluation (*tableau I*). Un questionnaire similaire a été renseigné en post-test immédiat par la coach (*tableau II*) ;

- la persistance de l'impact de la formation par simulation à moyen terme (questionnaire d'autoévaluation différé à cinq mois) ;
- la satisfaction des apprenants évaluée par le pourcentage d'apprenants prêts à refaire une séance de simulation.

Statistique

L'ensemble des données recueillies, saisi dans un tableur Excel, a été analysé grâce au logiciel d'analyse statistique Statview® (SAS Institute V5.0). La description des variables quantitatives a été exprimée en nombre, médiane, minimum et maximum et celle des variables qualitatives en nombre et en pourcentage. Les tests non paramétriques suivants ont été utilisés : test de Mann-Whitney pour la comparaison des variables continues, tests exacts de Fisher pour les variables qualitatives, Kruskal-Wallis pour la comparaison des variables ordinales (plus de deux groupes).

Résultats

Caractéristiques des apprenants

Sur les seize apprenants sollicités, seuls deux ont refusé de participer à cause d'un stress trop important à l'idée de faire ces séances de simulation. Les quatorze apprenants ont tous accepté à l'exercice. L'organisation en amont des services (garde, astreinte, visite...) a permis la mise en œuvre des séances de simulation sans interférence ou interruption.

Quatorze internes du service d'oncologie médicale et de radiothérapie, neuf femmes et cinq hommes avec un âge médian de 28 ans (26-42 ans) ont participé aux séances de simulation. L'interne le plus âgé avait effectué des études antérieures avant de choisir une passerelle vers médecine. Dix internes suivaient le cursus de DES d'onco-radiothérapie et quatre celui du DESC d'oncologie médicale (DES de pneumologie et gynécologie). Les apprenants étaient à un stade médian d'ancienneté dans l'internat de cinq semestres (1-8 semestres) et six étaient dans leur première année d'internat. Onze étudiants effectuaient leur premier stage en oncologie médicale et neuf avaient déjà effectué seuls des « annonces de maladie grave ou de mauvaise nouvelle ». Les cinq autres étudiants jamais confrontés à une annonce effectuaient, au moment de l'exercice de simulation leur premier stage en oncologie médicale.

Avant ces séances de simulation, quatre étudiants de DES et deux internes en DESC avaient au préalable suivi une formation à la consultation par jeu de rôle (avec une troupe de théâtre) lors de l'externat. De manière unanime, tous les apprenants étaient stressés avant leur participation à cette formation, sachant qu'ils étaient observés par leurs collègues.

Déroulement de la simulation

Douze apprenants ont sollicité l'avis de l'infirmière pour préparer la consultation d'annonce. L'infirmière est intervenue à chaque séance de simulation quelle que soit l'ancienneté de l'apprenant. Le scénario a été modulé par le psychologue dans quatre cas car l'apprenant a été jugé « en difficulté » (cela concernait les apprenants inférieurs à cinq semestres). Tous les internes ont répondu à au moins un des objectifs fixés au départ de la séance de simulation.

Autoévaluation des compétences par pré-test et post-test immédiat

Selon le pré-test, onze internes se sentent capables de créer le contact avec le patient dès le début de l'entretien et douze se trouvent empathiques (*figure 1*). Dix internes se sentent plutôt à l'aise en consultation même si, majoritairement, ils ont l'impression de ne pas savoir utiliser un vocabulaire adapté ($n = 8$), ne pas savoir faire passer les messages importants ($n = 7$) et ne pas savoir s'adapter aux réactions du patient ($n = 10$). La majorité des internes savent, selon eux, nommer la maladie ($n = 11$), en revanche se déclarent « stressés » en consultation ($n = 11$). Le terme « stressé » dans le langage de l'interne est défini comme le fait de perdre le fil de sa discussion, ne pas savoir réagir à certaines réactions du patient, de ne pas savoir répondre aux questions du patient et d'avoir peur de paraître trop incompetent. La réponse aux items n'est pas fonction du sexe de l'apprenant, de son cursus (DES ou DESC) ni de la réalisation antérieure d'un jeu de rôle. En revanche, les internes ayant réalisé plus de cinq semestres dans la spécialité se sentent plus à l'aise lors de la consultation ($p = 0,04$) et savent nommer clairement la maladie ($p = 0,03$).

En post-test immédiat, neuf internes reconnaissent qu'ils ont été déstabilisés par l'exercice de la simulation d'une consultation et dix qu'ils étaient stressés. Les éléments constants et positifs sont la capacité à créer le contact avec les patients et à nommer la maladie. En revanche, les internes ont découvert leur capacité à utiliser un vocabulaire adapté, à laisser les silences nécessaires à l'écoute. De plus, ils ont su s'adapter aux réactions du patient et faire passer les messages (objectifs fixés en début de briefing). Tous les internes ont finalement identifié qu'ils étaient capables d'empathie et de faire passer les messages importants. La réponse aux items en post-test n'est pas différente quels que soient le sexe de l'apprenant, son cursus (DES ou DESC), le nombre de semestres réalisés dans la spécialité ou la participation antérieure à un jeu de rôle. L'âge de l'apprenant ne semble pas avoir d'influence sur ses compétences.

Perception de la coach-comédienne

Majoritairement, les internes se sous-estiment par rapport à ce qui a été ressenti par la coach-comédienne qui jouait le rôle de la patiente (*figure 2*). Les principaux items de compétences sont évalués de manière plus positive par l'interlocutrice que par les internes. Elle s'est sentie à l'aise avec les apprenants (item 1).

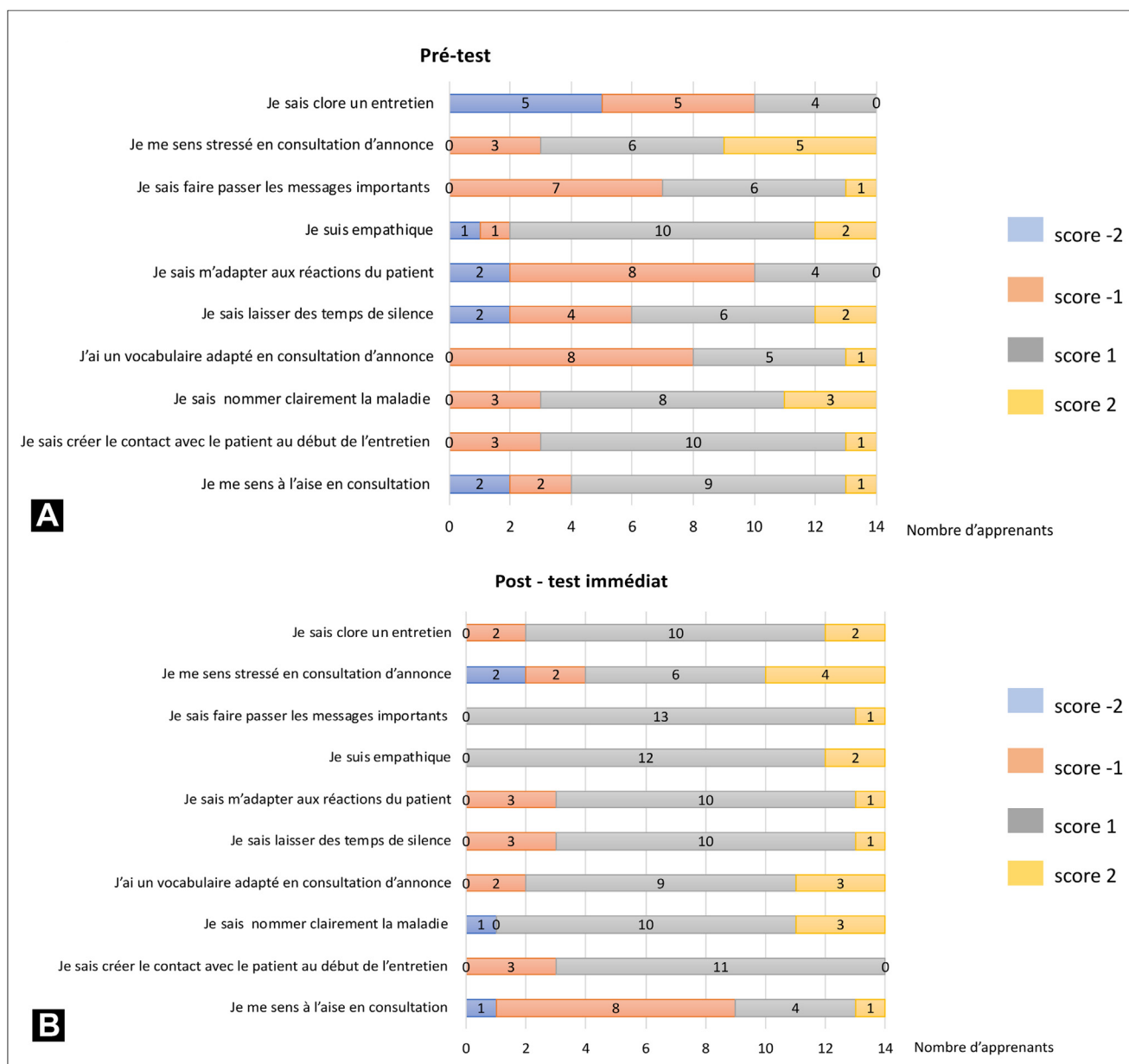


FIGURE 1

Autoévaluation des compétences de l'apprenant en pré (A) et post-test immédiat (B) en points selon le questionnaire de compétence. En bleu : score à -2 ; en orange : score à -1 ; en gris : score à 1 et en jaune : score à 2. Le nombre d'apprenants présentant un score est reporté au sein des barres pour chaque paramètre de compétence

L'évaluatrice a globalement moins perçu le stress de l'interne (figure 2). Mais, de façon générale, les internes ont eu quelques difficultés à clôturer correctement l'entretien (item 10) (figure 2). Cela est en partie lié au fait que seuls deux apprenants (les plus anciens) ont réussi à respecter le timing de la séance et que dans les autres cas, le médecin superviseur a dû donner par téléphone le signal d'arrêt de la consultation.

Évaluation au cours du temps par autoévaluation

L'évolution de compétences, selon le sentiment de l'apprenant, est en amélioration tant sur les post-tests immédiats que sur les tests effectués à cinq mois, excepté pour les items « à l'aise en consultation » et « clôture de l'entretien » qui chutent en post-test immédiat mais remontent à cinq mois (figure 3). Si le critère « à l'aise en consultation » s'améliore de manière nette ($p < 0,05$), l'item « clôture de l'entretien » revient au point

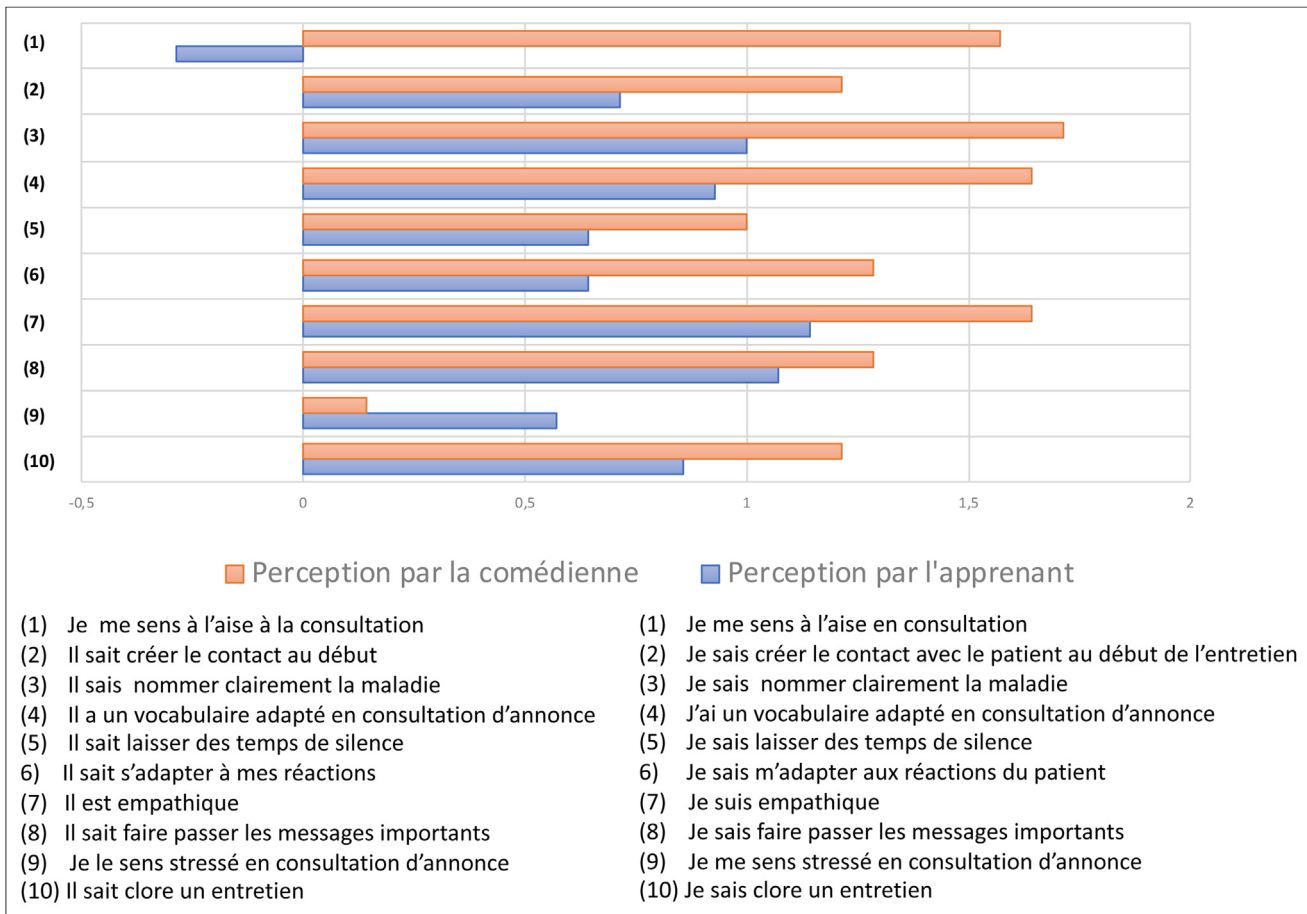


FIGURE 2
Relation entre l'autoévaluation des compétences de l'apprenant en post-test immédiat et l'évaluation par la coach-comédienne (dans le rôle de la patiente). En abscisse : les moyennes de scores obtenues à partir du questionnaire de compétence. En ordonnée : les 10 paramètres de compétences. En orange : l'évaluation par la comédienne ; en bleu : l'autoévaluation par l'apprenant

initial ($p < 0,05$). Les évolutions les plus notables sont l'adaptation aux réactions du patient, l'amélioration dans l'utilisation d'un vocabulaire adapté et la diminution du stress ($p < 0,05$) (figure 3). L'évolution des paramètres n'est pas dépendante du sexe, du semestre (Annexe 1), du cursus (DES ou DESC) ou de la réalisation antérieure d'un jeu de rôle ou d'un stage en oncologie médicale.

Évaluation de la formation

Les internes ont évalué les éléments qui auraient pu modifier leur comportement au cours de la simulation (figure 4A). A posteriori, majoritairement, les internes se disent non perturbés par le format de la formation alors qu'à l'évaluation initiale, tous se déclaraient stressés. La majorité (supérieure à 80 %) est partante pour renouveler des séances de simulation selon le format proposé (présence d'un coach, d'une infirmière de

consultation et d'un groupe présent lors du débriefing) (figure 4B).

Discussion

Ce travail évalue la mise en place de séances de simulation haute-fidélité en oncologie médicale dans le cadre d'une formation des internes selon les modalités proposées par l'HAS. L'annonce de mauvaise nouvelle et/ou la consultation d'annonce est un défi complexe de communication. Les médecins oncologues doivent transmettre des informations médicales pertinentes et détaillées et répondre simultanément avec empathie aux préoccupations du patient et de la famille afin d'adapter les informations [17,18]. Cependant, il a été montré que les patients retiennent moins de la moitié des informations données au cours de la consultation, en particulier lorsque le traitement est abordé [19]. Il est donc nécessaire d'optimiser la consultation en identifiant les stratégies de communication, afin

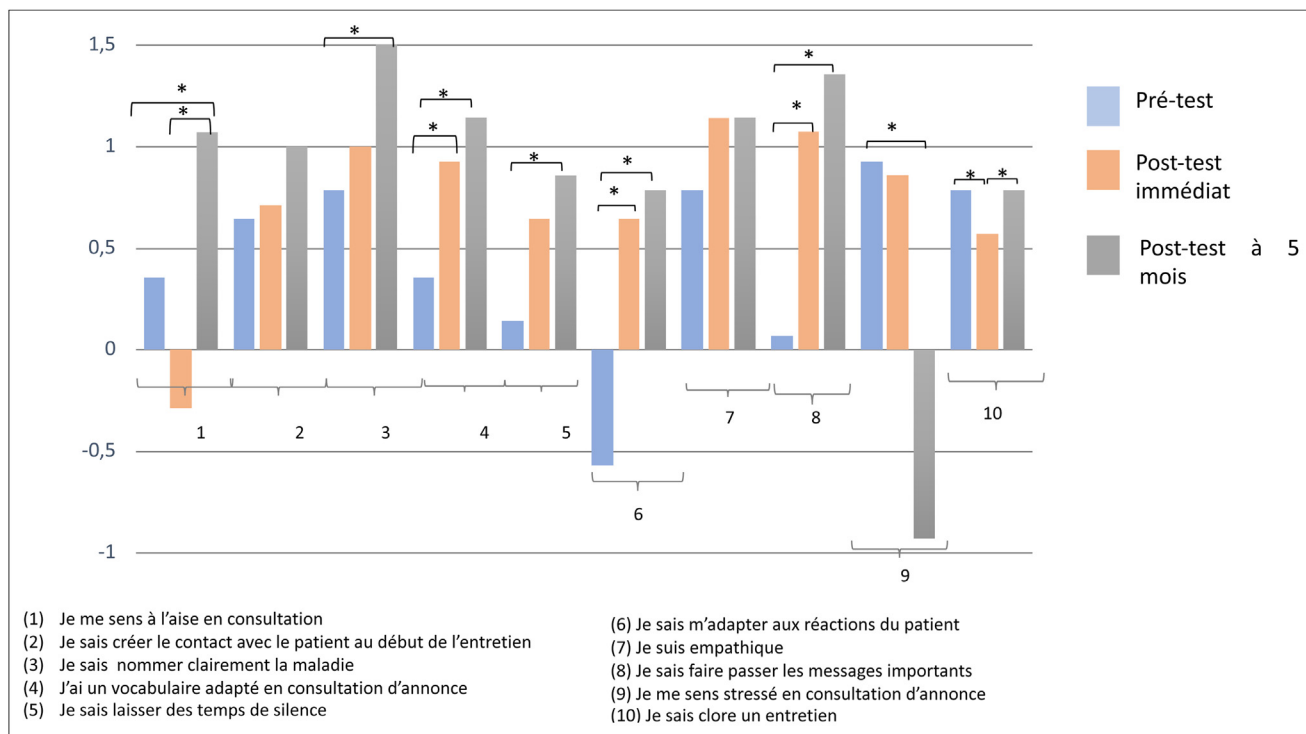


FIGURE 3

Autoévaluation des compétences de l'apprenant en pré, post-test immédiat et à 5 mois en points selon le questionnaire de compétence. En abscisse : les 10 paramètres de compétences. En ordonnée : les moyennes de scores obtenues à partir du questionnaire de compétence. En bleu : l'évaluation en pré-test ; en orange : l'évaluation en post-test immédiat et en gris : l'évaluation en post-test à 5 mois. *p < 0,05

d'améliorer la transmission des informations [20-23]. Il a été par ailleurs, montré qu'il était possible via un programme de formation, d'améliorer les compétences de communication des apprenants [24].

La simulation est un modèle idéal de pédagogie pour la consultation d'annonce et/ou la prise en charge palliative [25]. S'il nécessite un local adapté, il ne s'appuie pas au long cours sur un matériel spécifique et sollicite un nombre raisonnable de ressources humaines ce qui rend faisable ce type de formation, sous réserve d'un investissement initial. Cependant, le coût de la prestation et la formation des intervenants extérieurs peuvent être des facteurs limitants à sa généralisation. Il a été montré qu'une participation organisée et obligatoire améliore le taux de participation des apprenants et donc l'apprentissage des compétences de ces derniers [26,27]. Dans le cadre de la simulation il est imposé de favoriser la participation de patient(e) standardisé(e) qui est une personne formée à reproduire l'histoire, les signes cliniques, la personnalité et les réactions émotionnelles d'un patient réel [28]. En revanche, le fait de mettre l'apprenant dans le rôle du patient correspond au jeu de rôle. Dans ce cadre, il s'agit alors d'une interprétation subjective de la réalité sans

essai de reproduction fiable de celle-ci, ce qui laisse beaucoup de latitude aux joueurs [28].

Dans cette formation, l'exercice de la simulation a été apprécié par la majorité des participants qui sont prêts à réitérer cette formation, que cela soit en groupe ou en individuel. La simulation améliore les résultats de tous les paramètres d'autoévaluation des internes à court et moyen terme. Néanmoins, il ressort une difficulté dans l'établissement d'une grille objective d'évaluation des niveaux de compétence. En effet, l'évaluation repose sur des critères subjectifs qui peuvent varier chez l'apprenant pour des raisons extérieures et non contrôlables. Enfin, il est important de noter qu'il existe une différence entre la perception par les internes de leurs compétences en dehors du contexte de consultation (tendance à la surestimation de leurs compétences), leur perception après une consultation (sous-estimation de la compétence) et le ressenti de la coach. Ces discordances soulignent les limites de l'évaluation subjective de la simulation et la nécessité d'établir des paramètres objectifs pour mieux évaluer le bénéfice apporté.

Le stress ressenti par les internes apparaît comme un paramètre majeur, car il n'est pas uniquement lié à l'apprentissage et

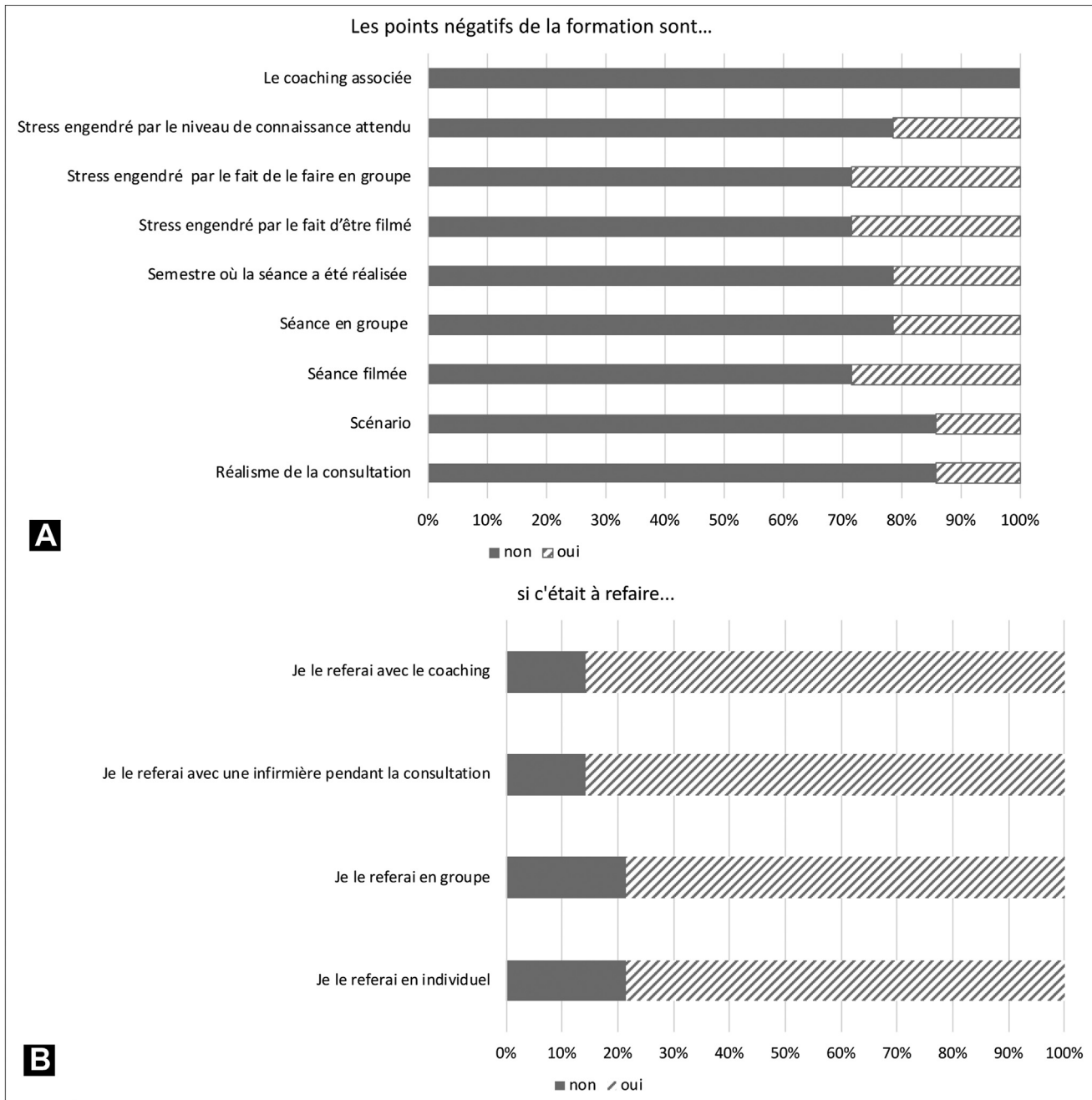


FIGURE 4
Autoévaluation des points négatifs de la formation et des perspectives de la simulation. En abscisse : pourcentage de participants

à l'expérience acquise dans le stage, et pourrait donner lieu à une évaluation objective. Il est intéressant de noter que le stress ressenti a diminué grâce à la formation par simulation pour tous les internes, quel que soit le semestre de leur cursus. Par ailleurs, la simulation n'a pas engendré de stress négatif chez les participants mais a recréé le stress attendu pour une consultation d'annonce comme cela a été précédemment

montré [29]. Brown et al. ont observé chez 24 médecins que l'annonce d'une mauvaise nouvelle était une expérience stressante, en particulier pour les médecins inexpérimentés et/ou fatigués [30]. Les « mauvaises performances » de communication étaient alors liées à l'épuisement professionnel et à la fatigue, engendrant un stress important, stress qui peut être évalué physiologiquement [31,32]. Les médecins ressentent un

stress accru pendant la phase précédant la diffusion de l'information avec une diminution significative de la fréquence cardiaque ($p < 0,0001$) entre le début et la fin de la consultation d'annonce [32]. La simulation améliore les symptômes en lien avec le stress, et donc les compétences des chirurgiens [31] et agit aussi sur la diminution de l'épuisement émotionnel [12]. Ceci est particulièrement intéressant d'autant qu'une méta-analyse a montré un épuisement émotionnel chez 32 % des oncologues [33]. Parallèlement, une étude européenne établit le taux global d'épuisement professionnel à 71 % chez les jeunes oncologues [34]. Une des pistes pour évaluer de manière objective le stress est l'utilisation de l'échelle MSP9 (mesure de stress psychologique) [35] et/ou réaliser des mesures de fréquence cardiaque au cours et en dehors de la simulation. Néanmoins, aucune évaluation objective n'a été validée pour la consultation d'annonce en oncologie médicale. Il serait intéressant de valider dans le cadre du modèle de la simulation des outils plus objectifs dans un domaine où les émotions et le ressenti restent prépondérants. Enfin il n'a pas été prouvé un lien direct entre la diminution d'un paramètre objectif (fréquence cardiaque, échelle MSP...), la qualité de la simulation par l'apprenant et le ressenti par le patient in fine. Il est donc nécessaire d'établir des études prospectives prenant en compte ces différents paramètres.

À la différence de travaux antérieurs où la vidéo de la consultation d'annonce est la base du débriefing, par le psychologue [14], dans notre approche, la simulation d'annonce est retransmise en direct. Les buts sont multiples :

- éviter de mettre l'interne en difficulté au cours de la consultation d'annonce en modulant les réactions du patient selon les conseils du psychologue ;
- permettre aux autres apprenants de suivre la consultation en simultané pour un débriefing optimal.

Ce travail affirme aussi le rôle de l'infirmière dans l'expérience de simulation suivant ainsi les recommandations de l'HAS sur le déroulement d'une consultation d'annonce en condition réelle. Les participants ont trouvé de l'aide auprès de celle-ci et ils plébiscitent les simulations en sa présence. Le rôle de

l'infirmière dans la prise en charge oncologique est connu pour améliorer la qualité de vie et de l'implication du patient dans les soins [36,37], ainsi que pour aider le médecin à gérer son stress lors de l'annonce. L'expérience a ainsi montré qu'il est essentiel d'apprendre à travailler ensemble dès la formation académique. Par ailleurs, nous reconnaissons des biais dans ce travail. En effet, cette formation a été réalisée avec des effectifs limités et des évaluateurs qui connaissaient les apprenants, risquant d'influer sur les réponses aux questionnaires. Cependant, peu de médecins sont validés comme formateur en simulation et encore moins sur la consultation d'annonce, ce qui rendait impossible la participation d'un médecin extérieur au service. Néanmoins, dans les études publiées de simulations en France, les évaluateurs connaissaient les apprenants et cela n'a pas faussé les résultats objectifs de ces derniers [9,38].

Conclusion

Cette formation montre une modalité de mise en place d'une simulation de la consultation d'annonce comme module d'enseignement dans le cursus d'oncologie médicale. Les modalités pratiques pourraient être affinées dans une étude à plus grande échelle pour confirmer l'impact aussi bien pour les internes que pour les patients. Le développement d'outils plus objectifs d'évaluation devra être mis en œuvre pour évaluer les résultats positifs de cette pratique en oncologie médicale.

Soutiens : Ligue contre le cancer87, A.L.A.I.R. (Limousin) et A.V.D. (Charente), Laboratoires AMGEN.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.02.007>.

Références

- [1] Institut national du cancer. Dispositif d'annonce – Parcours de soins des patients, 2019 [Internet]. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce> [cité 17 août 2017].
- [2] Institut national du cancer. Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer [Internet]; 2019, <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Evolution-du-dispositif-d-annonce-d-un-cancer> [cité 4 janv 2020].
- [3] Haute Autorité de santé. Bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Internet]; 2012, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1366863/fr/bonnes-pratiques-en-matiere-de-simulation-en-sante.
- [4] Institut national du cancer Outils et supports d'information – Dispositif d'annonce [Internet]. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Outils-et-supports-d-information> [cité 17 août 2017, référentiel organisationnel / Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer/septembre 2019- e.cancer.fr / référence 15 : septembre 2013].
- [5] Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills

Simulation haute-fidélité à la consultation d'annonce en oncologie médicale

- training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 2010;21(2):204-7.
- [6] Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 2006;81(11):1008-12.
- [7] Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007;167(5):453-60.
- [8] 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. *Oncologist* 2000;5(4):302-11.
- [9] Ballouhey Q, Cros J, Lescure V, Clermidi P, Romain J, Guignon V, et al. Simulation et rétention des acquisitions : application au drainage vésical. *Prog En Urol* 2015;25(9):516-22.
- [10] Fiard G, Capon G, Rizk J, Maurin C, Dariane C, Audenet F, et al. Évaluation de l'utilisation de la simulation dans la formation des jeunes urologues français : une enquête de l'association française des urologues en formation (AFUF). *Prog En Urol* 2014;24(6):390-6.
- [11] Bréaud J, Lacreuse I, de Vries P, Essartier E, Fourcade L, Fournier JP, et al. Les techniques de simulation pour l'enseignement de la chirurgie infantile sont-elles justifiées ? État des lieux et perspectives futures. *E-Mem Acad Natl Chir* 2014;13(4):025-30.
- [12] Hureauux J, Berton J, Dubray L, Verborg S, Dutier A, Moll M-C, et al. L'annonce en cancérologie : recommandations et centre de simulation. *Rev Mal Respir Actual* 2012;4(6):525-9.
- [13] Supiot S, Bonnaud-Antignac A. Using simulated interviews to teach junior medical students to disclose the diagnosis of cancer. *J Cancer Educ* 2008;23(2):102-7.
- [14] Bonnaud-Antignac A, Campion L, Pottier P, Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology* 2010;19(9):975-81.
- [15] Haute Autorité de santé. Exemples associés Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Internet]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1353244/fr/exemples-associes-guide-de-bonnes-pratiques-en-matiere-de-simulation-en-sante [cité 1 janv 2020].
- [16] Cartier-Chatron I, Urban T, Hureauux J. Formation à l'annonce en oncologie par la simulation : implications psychologiques et place du psychologue. *Psycho Oncol* 2014;8(4):200-4.
- [17] Tariman JD, Doorenbos A, Schepp KG, Singhal S, Berry DL. Information Needs Priorities in Patients Diagnosed With Cancer: A Systematic Review. *J Adv Pract Oncol* 2014;5(2):115-22.
- [18] Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the cancer « bad news » consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psychooncology* 2002;11(1):35-46.
- [19] Gabriël S, Grize L, Helfenstein E, Brutsche M, Grossman P, Tamm M, et al. Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. *J Clin Oncol* 2008;26(2):297-302.
- [20] von Lengerke T, Kursch A, Lange K. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. *GMS Z Für Med Ausbild* 2011;28(4).
- [21] Delevallez F, Lienard A, Gibon A-S, Razavi D. [Breaking bad news in oncology: the Belgian experience]. *Rev Mal Respir* 2014;31(8):721-8.
- [22] Stiefel F, Kiss A, Salmon P, Peters S, Razavi D, Cervantes A, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol* 2018;29(10):2033-6.
- [23] Bos-van den Hoek DW, Visser LNC, Brown RF, Smets EMA, Henselmans I. Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews. *Curr Opin Support Palliat Care* 2019;13(1):33-45.
- [24] Merckaert I, Liénard A, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve the breaking bad news skills of residents when a relative is present? A randomised study. *Br J Cancer* 2013;109(10):2507.
- [25] Kozhevnikov D, Morrison LJ, Ellman MS. Simulation training in palliative care: state of the art and future directions. *Adv Med Educ Pract* 2018;9:915-24.
- [26] van Dongen KW, van der Wal WA, Rinkes IHMB, Schijven MP, Broeders IAMJ. Virtual reality training for endoscopic surgery: voluntary or obligatory? *Surg Endosc* 2008;22(3):664-7.
- [27] Gostlow H, Marlow N, Babidge W, Maddern G. Systematic Review of Voluntary Participation in Simulation-Based Laparoscopic Skills Training: Motivators and Barriers for Surgical Trainee Attendance. *J Surg Educ* 2017;74(2):306-18.
- [28] Chamberland G, Lavoie L, Marquis D. 20 Formules pédagogiques. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2000:176.
- [29] Macdougall L, Martin R, McCallum I, Grogan E. Simulation and stress: acceptable to students and not confidence-busting. *Clin Teach* 2013;10(1):38-41.
- [30] 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* 2009;84(11):1595.
- [31] Wetzel CM, Black SA, Hanna GB, Athanasiou T, Kneebone RL, Nestel D, et al. The effects of stress and coping on surgical performance during simulations. *Ann Surg* 2010;251(1):171.
- [32] Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns* 2015;98(10):1255-9.
- [33] Yates M, Samuel V. Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019;28(3).
- [34] Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Ann Oncol* 2017;28(7):1590-6.
- [35] Lemyre L, Tessier R. Mesure de Stress Psychologique (MSP) : se sentir stressé-e. *Can J Behav Sci Can Sci Comport* 1988;20:302-21.
- [36] Case MAB. Oncology nurse navigator. *Clin J Oncol Nurs* 2011;15(1):33-40.
- [37] Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM, et al. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol* 2014;32(1):12-8.
- [38] Allain M, Kuczer V, Longo C, Batard E, Conte PL. Place de la simulation dans la formation initiale des urgentistes : enquête nationale observationnelle. *Ann Fr Med Urgence* 2018;8(2):75-82.