



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2017

Thèse N° 052

L'apprentissage de l'annonce du diagnostic de cancer par simulation, expérience de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/04/2017

PAR

Mr. Soufiane Dannoune

Né le 29 juillet 1990 à Béni-Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

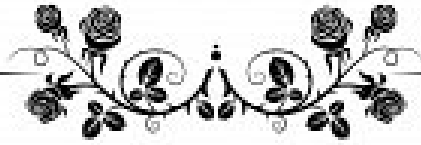
Apprentissage par la simulation – Annonce de cancer

Annonce d'une mauvaise nouvelle – Communication

JURY

M.	A.R. EL ADIB Professeur d'Anesthésie-Réanimation	PRESIDENT
Mme.	M. KHOUCHANI Professeur agrégée d'Oncologie	RAPPORTEUR
Mme.	A. BASSIR Professeur agrégée de Gynécologie-obstétrique	} JUGES
Mme.	M. ZAHLANE Professeur agrégée de Médecine interne	
Mme.	L. AMRO Professeur agrégée de Pneumo-phtisiologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but. Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale. Les médecins seront mes frères. Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient. Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale

ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SARF Ismail	Urologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques

ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HADEF Rachid	Immunologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale

BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUE Aïcha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAQUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie

BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire
Hammoune Nabil	Radiologie		



DEDICACES



*« Soyons reconnaissants aux personnes
qui nous donnent du bonheur ;
elles sont les charmants jardiniers par qui
nos âmes sont fleuries » Marcel Proust .*

*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les
personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su
me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.*

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse

...

A mon adorable père : MOHAMMED

Voilà le jour que vous avez attendu impatiemment. Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma gratitude, ma considération et l'amour éternel que je vous porte pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être. Vous avez été et vous serez toujours un exemple à suivre pour vos qualités humaines, votre persévérance et votre perfectionnisme. Vous m'avez appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves et j'espère ne jamais vous décevoir. Que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous accorde santé et longue vie, et bonheur afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois.

A ma très chère maman : SAMIRA,

Tu m'as donné la vie, le plus précieux de tous les cadeaux. Sans toi, chère maman, je ne suis qu'un corps sans âme. Je respire ton amour au quotidien. Tu es la lanterne qui illumine mon chemin, ma boussole quand je perds le nord. Ma mère est un puits inépuisable d'amour, un océan de tendresse et un ouragan d'émotions. Tu es l'incarnation de la bonté, tu as toujours su donner et donner sans compter. Dans tes bras j'ai grandi, petit à petit ; et aujourd'hui je ne serais pas là sans toi ma chère maman. Oui ! C'est grâce à toi que je deviens médecin. Pour toutes les peines que tu as endurées en m'accompagnant durant ce long parcours, je ne peux qu'exprimer ma gratitude absolue. Ces quelques mots ne sauront te prouver maman combien je t'aime. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A mes frères Rachid, Kawtar et Hajar:

En témoignage de mon amour, mon attachement et ma gratitude. Mais aussi en guise de ma reconnaissance pour votre affection, votre soutien et votre serviabilité. Je vous remercie pour tous les moments agréables que nous avons partagé, pour tout le bonheur que vous me procurez. Merci de m'avoir épaulé dans les instants les plus difficiles. Votre place dans mon cœur est irremplaçable. Qu'Allah nous garde à jamais unis dans la joie et la prospérité, et qu'il vous préserve du mal et vous accorde santé et réussite.

A ma grande famille :

Mes grands parents Mohammed et Fatima, mes adorables tantes et oncles, mes cousins et cousines : Merci pour votre générosité, votre tendresse et votre gentillesse, pour tous les bons moments qu'on a vécus ensemble ...

A mes chers amis

Mes fidèles compagnons de longue date: Souhail, Sif eddin, Ayoub, Ali, Morad, Saïd, Anas...: pour tout le soutien que vous m'avez apportée et votre indulgence durant toutes ces années.

A Dr Jamal Drissi

Un remerciement particulier pour tous ce que vous m'avez fait, pour la motivation et la disponibilité dont vous avez témoigné.

*A tous ceux que j'ai omis de citer,
Je vous dédie ce travail en guise d'estime.*



REMERCIEMENTS



*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

*A notre maître et Président de thèse :
Mr. Ahmed Rhassane EL ADIB
Professeur et chef du service de Réanimation maternelle
au CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre
Compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et
notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et
humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre
profonde gratitude.*

*A notre maître et Rapporteur de thèse :
Mme. Mouna KHOUCHANI
Professeur agrégée de radiothérapie, chef du service d'Oncologie
au CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Il nous est impossible de dire en quelques mots ce que nous vous devons.
Vous nous avez fait le grand honneur de nous confier
ce travail et d'accepter de le diriger. Ceci est le fruit de vos efforts. Vous
nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations
professionnelles. Vos encouragements infatigables, votre amabilité, votre
disponibilité et votre gentillesse méritent toute admiration. Nous
saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude
tout en vous témoignant notre respect.*

*A notre maître et juge de thèse :
Mme. Ahlam BASSIR
Professeur agrégée au service de Gynécologie-obstétrique
au CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de
siéger parmi notre jury de thèse. Votre savoir et votre sagesse suscitent
toute notre admiration. Veuillez
accepter ce travail, en gage de notre grand respect et de notre profonde
reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse:
Mme. Mouna ZAHLAN
Professeur agrégée au service de Médecine interne.
au CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Nous sommes très honorés de votre présence parmi nous. Vous avez
acceptée humblement de juger ce travail de thèse. Ceci nous touche
infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde
reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre
estime.*

*A notre maître et juge de thèse :
Mme Lamya AMRO
Professeur et chef du service de Pneumo-phtisiologie.
au CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger
parmi nos membres du jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous
nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de
nos considérations les plus distinguées.*

*A toute personne qui a contribué
de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

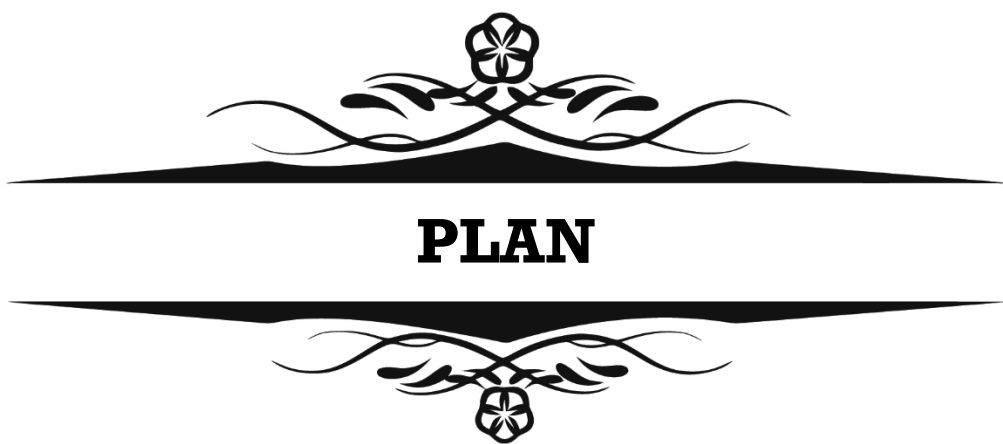


ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

HTA	:	Hypertension artérielle
MICI	:	Maladie inflammatoire chronique des intestins
HIV	:	Virus d'immunodéficience humaine
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
FMPM	:	Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
CASE	:	Comprehensive Anesthesia Simulation Environment
HPS	:	Human Patient Simulator
HAS	:	Haute autorité de la santé
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PNPCC	:	Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer
INCA	:	Ligue nationale de lutte contre le cancer



Introduction	01
Matériels et Méthodes	04
I–Type d'étude	05
II–Objectifs d'étude	05
II–Période d'étude	05
IV–Population cible	05
V–Lieu de formation	06
VI–Déroulement de la formation	06
VII–Durée de la formation	11
VIII–Thème enseigné	11
IX–Recueil des données	11
X–Analyse statistique	11
Résultats	12
I–Eléments pédagogiques	13
1. Matériel pédagogique	13
2. Nombre d'apprenants	15
3. Modalité pédagogique	15
4. Volume horaire	15
II–Perception des étudiants à propos de l'annonce de cancer	15
1. Droit à l'information	15
2. Relation médecin–malade	16
3. Annonce d'un cancer est un traumatisme pour le patient	17
4. Obstacles des étudiants	17
5. Consultation d'annonce	18
6. Clés de réussite d'une consultation d'annonce	19
7. Communication	19
7.1 Difficultés liées à la communication	19
7.2 Difficultés selon le type de communication	20
8. Etapes d'une consultation d'annonce	21

III–Evaluation globale de la formation par les étudiants	24
1. Satisfaction globale	24
2. Impact de la formation sur l’amélioration des compétences	25
3. Place de la formation dans le programme pédagogique	26
4. Comparaison entre l’apprentissage par simulation et le cours classique	26
5. Evaluation du niveau de difficulté	27
6. Simulation en mode multidisciplinaire	28
7. Propositions des étudiants	29
Discussion	31
I–Généralités	32
1. Cadre conceptuel	32
1.1 Annonce	32
1.2 Simulation	33
2. Données épidémiologiques	33
II–Données historiques	35
1. Historique de l’annonce : évolution du paternalisme vers l’autonomie	35
2. Historique de la simulation	37
III–Cadre moral et législatif	41
1. Considérations éthiques	41
2. Déontologie médicale	41
3. Législation	43
IV–Aspects psychologiques de l’annonce du cancer	44
1. Chez le patient	44
2. Chez le médecin	46
2.1 Peurs et obstacles	47
2.2 Mécanismes de défense	49
V–Communication et annonce du cancer	51
1. Communication verbale	52
2. Communication non verbale	53

3. Empathie	54
4. Exemple de protocole de communication, du savoir-être au savoir-dire	55
VI-Préparation d'une consultation d'annonce	55
1. Relation d'affiliation réciproque	55
2. Etapes d'une consultation d'annonce	56
2.1. Qui est le patient ?	57
2.2. Que sait le patient ?	57
2.3. Que peut entendre le patient ?	57
2.4. Etape de l'annonce	57
2.5. Réactions affectives du patient	58
2.6. Résumer la situation	58
3. Différents intervenants	58
VII- Apprentissage de l'annonce par simulation	60
1. Déroulement pratique de la simulation médicale	60
2. Déroulement d'une formation à l'annonce en oncologie	62
3. Modalités d'enseignement	63
3.1 Formation par jeux de rôle	63
3.2 Formation sans jeux de rôle	64
3.3 Population cible	65
3.4 Durée de formation	67
3.5 Rôle du patient	67
3.6 Qualité du formateur	68
VIII-Synthèse et état des lieux	69
Conclusion	73
Résumés	76
Annexes	80
Bibliographie	90



INTRODUCTION



Lorsqu'un médecin se trouve en situation d'entretien avec un patient, il opère simultanément au moins deux types d'activités. L'une repose davantage sur le registre médical (tenter à partir des symptômes identifiés de déterminer le ou les diagnostics éventuels ; vérifier que les éventuels nouveaux symptômes corroborent ou non le diagnostic initial ; opérer avec le patient un choix parmi plusieurs traitements (lorsque le choix est possible) relativement aux antécédents allergiques, aux contraintes professionnelles et familiales du patient, etc.). L'autre se rapporte davantage au registre relationnel et communicationnel. Elle renvoie à la conduite de l'entretien, à la façon dont le médecin va s'y prendre pour que le patient ne soit pas submergé par les émotions et puisse l'entendre, pour que le patient comprenne son discours et puisse notamment donner son consentement pour la suite thérapeutique à donner.

Le registre médical est l'objet premier des formations universitaires. Le registre relationnel et communicationnel n'intègre pas encore la compétence clinique et la formation à ce registre reste à l'initiative des établissements universitaires. Pourtant, former à la conduite d'entretien en situation d'annonce de diagnostic grave comme le cancer n'est pas un supplément d'âme, mais un véritable enjeu tant pour les patients que pour les médecins : pour les malades, il s'agit de ne pas ajouter de la souffrance à la souffrance; Pour les soignants, il s'agit d'apprendre à mieux vivre un moment éprouvant et usant dans la durée [1]. En outre, la qualité communicationnelle et relationnelle de l'entretien reposant sur l'écoute du patient et la considération de ses états émotionnels participe à la qualité du diagnostic – puisque fondé sur une évaluation correcte de l'état du patient – et favorise l'engagement du patient dans le processus thérapeutique [2].

L'annonce d'un cancer est toujours un traumatisme pour la personne malade. Elle marque l'entrée dans une vie où il faudra composer avec la maladie. L'intrusion du cancer dans la vie du patient a des conséquences somatiques, psychologiques et sociales majeures [1].

L'annonce « d'une mauvaise nouvelle » est une situation fréquente pour le médecin généraliste et le médecin spécialiste, quelle que soit sa spécialité, car plusieurs maladies sont concernées :

- Les cancers, mais aussi ;
- Les maladies chroniques neurologiques (épilepsie, maladies dégénératives, accidents vasculaires...) ;
- Dermatologiques (psoriasis, eczéma atopique...) ;
- Cardiologiques (cardiomyopathies, coronaropathies, hypertension artérielle [HTA]...) ;
- Hépatogastroentérologiques (maladies inflammatoires chroniques intestinales [MICI], cirrhose, hépatites virales chroniques...) ;
- Rhumatologiques (polyarthrites, lupus, ostéoporose, dorso-lombalgies chroniques...) ;
- Infectieuses (sérologie HIV positive, maladies sexuellement transmissibles, herpès...) ;
- Pneumologiques (asthme, tuberculose...) ;
- Psychiatriques (psychoses, dépression...).

Aux âges extrêmes de la vie, sont concernés :

- Les parents par l'annonce prénatale ou néonatale d'une malformation ;
- Les proches d'un patient âgé par l'annonce atteint d'une maladie d'Alzheimer.

D'autres situations peuvent être considérées comme difficiles à annoncer :

- résultats d'une analyse génétique ;
- Indication d'une greffe d'organe ;
- Indication d'une hémodialyse ;
- Diagnostic de stérilité ;
- Indication d'une intervention chirurgicale.

Le cancer est une maladie fléau qui dans l'imaginaire reste équivalente de mort, contrairement à d'autres maladies chroniques pourtant elles aussi potentiellement mortelles.

L'enjeu de l'apprentissage de l'annonce de cancer sera de transformer le mythe-cancer en une réalité cancer acceptable.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Notre étude a consisté en une analyse descriptive transversale des fiches des questionnaires des étudiants de 6^{ème} année de médecine ayant bénéficié de la formation par simulation au centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech; et revue des données de la littérature médicale.

II. Objectifs d'étude :

- Montrer l'intérêt de la formation en annonce de maladie grave pour l'intégrer dans le programme éducatif de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.
- Montrer l'intérêt de la simulation dans l'amélioration du savoir, savoir-faire et du savoir être.

III. Période d'étude :

Notre étude s'est étalée sur le mois novembre de l'année universitaire : 2015/2016.

IV. Population cible :

Notre étude a porté sur l'ensemble des étudiants de 6^{ème} année de médecine de la faculté de médecine et pharmacie de Marrakech (FMPM).

Cette population a été choisie sur les critères suivants :

- Les étudiants de 6^{ème} année sont des étudiants en fin de formation et donc ils auront besoin de développer leurs capacités relationnelles avec leurs patients;
- Ce sont des étudiants qui font un stage en plein temps et par conséquent la fréquence du contact avec le patient augmente ce qui leur oblige d'avoir une communication médicale adéquate ;
- Les étudiants ont une expérience clinique d'au moins de trois ans où ils ont assisté à des consultations médicales, certes, dans lesquelles des diagnostics graves ont été annoncé.

V. Lieu de formation :

Centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. (Annexe 1)

VI. Déroulement de la formation :

La formation se déroule en 5 étapes :

- 1^{ère} étape : Accueil des participants

Durant cette étape, nous réalisons avec les étudiants le briefing lors duquel nous essayons d'aplanir toutes les craintes qui peuvent être liées à la pédagogie par la simulation : respect de la confidentialité, absence de jugement, non diffusion des images, etc. Puis, nous les conduisons dans la salle de consultation où ils prennent connaissance de la situation et de l'environnement de travail pendant 5 à 10 minutes (Figure 1).



Figure 1 : L'enseignant entrain d'expliquer à l'étudiant la situation.

- 2^{ème} étape: La consultation simulée

Cette consultation dure environ 15 minutes dans laquelle un étudiant joue le rôle du médecin, un autre joue celui de l'accompagnant et un médecin résident joue le rôle du patient et qui est toujours préétabli.

Nous avons créé un dossier médical dans lequel il y a un résumé des données cliniques du patient. Les apprenants n'ont pas à faire de diagnostic, ce qu'ils doivent faire c'est un travail de communication, d'annonce d'un diagnostic en oncologie. (Figure 2).



Figure 2 : Consultation simulée

- 3^{ème} étape: Le débriefing

Ce débriefing dure environ 45 minutes. La particularité de cette étape est que les étudiants ont un temps de parole au début pour exprimer les émotions ressenties. Le formateur les incite à verbaliser leurs émotions, il travaille sur la communication verbale et non verbale. On leur demande de faire part des moments difficiles où, pour eux, la communication n'a pas été optimale. (Figure 3)



Figure 3 : La phase de débriefing.

- 4^{ème} étape : La présentation théorique

Une présentation d'annonce d'une maladie grave comprenant le côté théorique de la formation est présentée aux étudiants sous forme de Power Point sur une durée environ de 30 minutes. (Figure 4)



Figure 4 : Présentation d'un cours d'annonce d'une maladie grave.

- 5^{ème} étape : Le temps d'auto-évaluation

Après chaque séance, nous demandons aux étudiants de remplir d'une manière anonyme un questionnaire composé de 17 questions (Annexe 2). (Figure5)



Figure 5 : La dernière étape qui correspond au remplissage du questionnaire.

VII. Durée de la formation :

La durée de la formation est de 2 heures pour chaque groupe.

VIII. Thème enseigné:

Pour cette formation, on a choisi le thème suivant : L'annonce d'un diagnostic de cancer.

IX. Recueil des données:

Les données ont été directement recueillies par la secrétaire du centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé.

X. Analyse statistique:

Notre analyse statistique a porté sur la statistique descriptive (pourcentage, moyenne). La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel d'Excel.



RÉSULTATS



I. Eléments pédagogiques :

1. Matériel pédagogique :

La formation s'est déroulée au centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. (Annexe 1)

L'équipement est composé de :

- Salle de consultation – salle de débriefing.
- Bureau – trois chaises.
- Divan d'examen – blouse médecin – stéthoscope.
- Dossier médical.
- Des caméras et des micros.

La ressource indispensable pour ce type de simulation c'est, non pas un mannequin, mais un « patient standardisé », c'est-à-dire un médecin résident qui joue le rôle d'un patient.

(Figure 6, 7 et 8)



Figure 6 : Salle de débriefing.



Figure 7 : Matériel du contrôle audiovisuel.

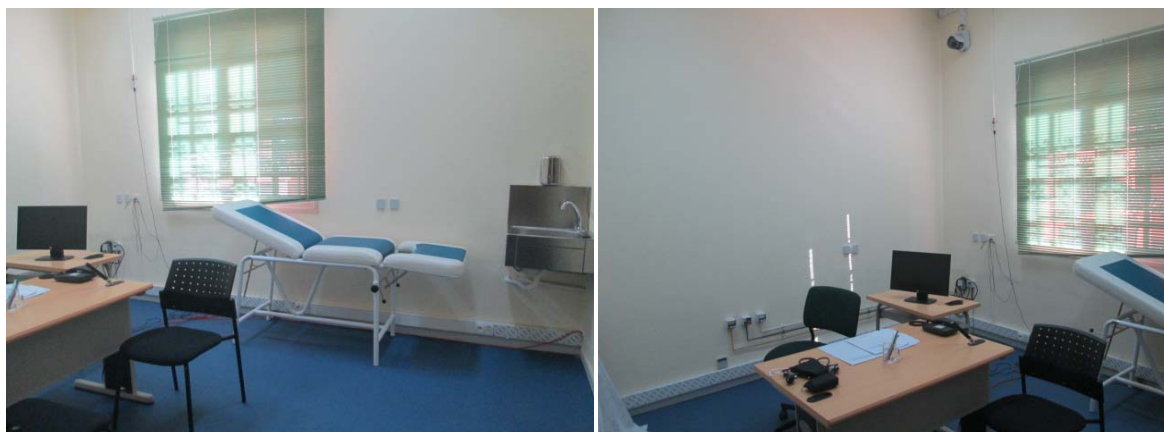


Figure 8 : Salle de mise en situation.

2. Nombre d'apprenants :

Durant cette période, 235 apprenants ont bénéficié de cette formation.

Soit 15 groupes de 15-16 étudiants.

3. Modalité pédagogique :

Mise en situation par jeux de rôles puis débriefing. (Figure 9)



Figure 9: Mise en situation par jeux de rôles.

4. Volume horaire :

Un volume horaire total de 30 heures.

II. Perception des étudiants à propos de l'annonce de cancer :

1. Droit à l'information :

Le patient a le droit de savoir son diagnostic de cancer, c'est ce qui a été exprimé par 233 étudiants, et en pourcentage, nous parlons de 99% qui sont pour ce droit. (Figure 10)

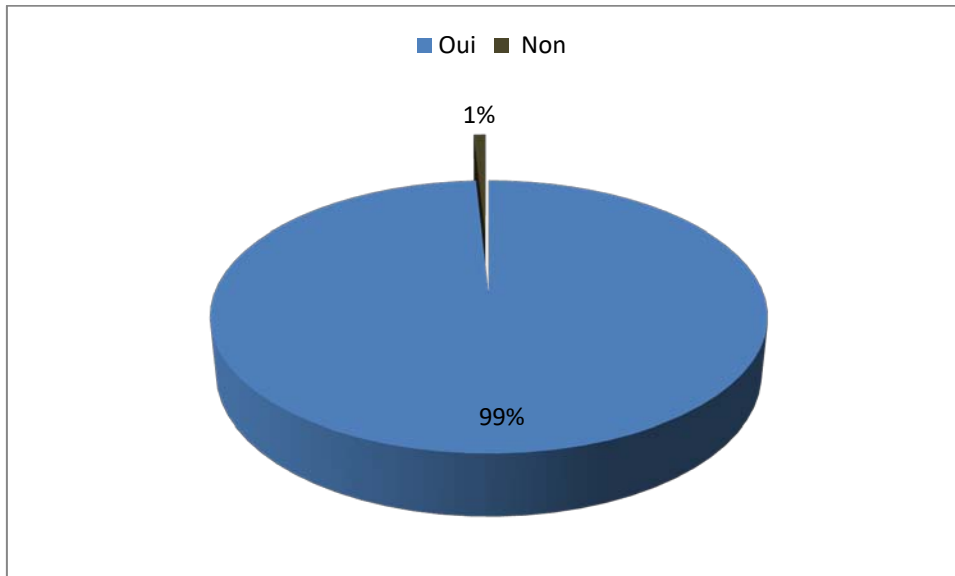


Figure 10: Droit à l'information médicale.

2. Relation médecin-malade :

La relation médecin-malade dite autonomiste est préférable dans la pratique de 227 étudiants soit chez 97%. (Figure 11)

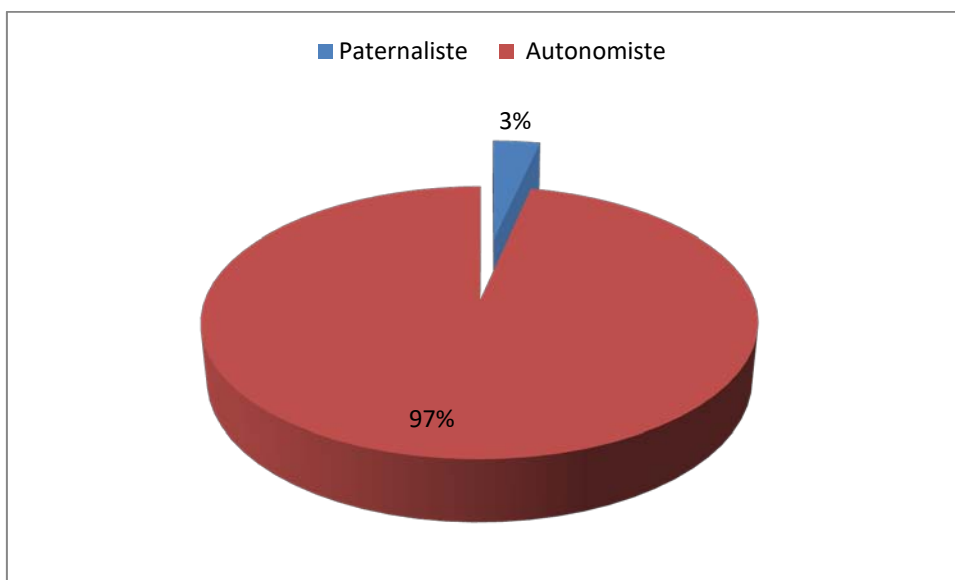


Figure 11 : Les deux types de relation médecin-malade.

3. Annonce d'un cancer est un traumatisme pour le patient :

Tous les étudiants sont d'accord que l'annonce d'une maladie grave comme le cancer représente un traumatisme pour le patient. Après cette annonce, différentes réactions psychologiques peuvent être développées. Dans notre étude, 144 étudiants trouvent que la tristesse vient en premier, suivie du déni et le stoïcisme qui vient en dernière place. (Figure 12)

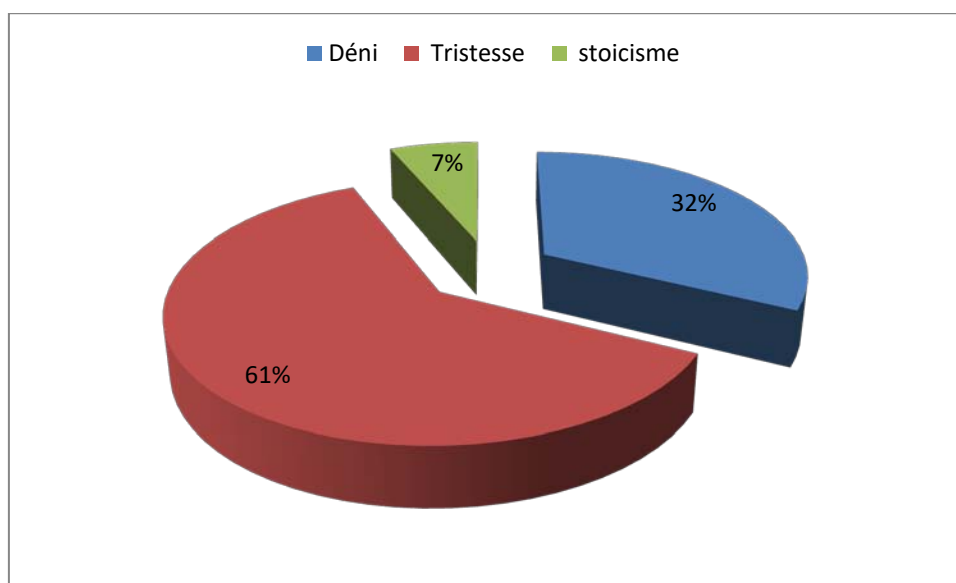


Figure 12 : Les réactions psychologiques chez le patient.

4. Obstacles des étudiants :

La quasi-totalité des étudiants (233 étudiants de 235) ont avoué qu'ils auront au moins un obstacle pour annoncer un diagnostic de cancer. La peur d'une réaction non contrôlable du patient après l'annonce représente le premier obstacle chez 174 étudiants, puis la peur d'un domaine non étudié chez 82 étudiants, ensuite la peur de faire mal au patient vient en troisième chez 30 étudiants et enfin la peur des reproches. (Figure 13)

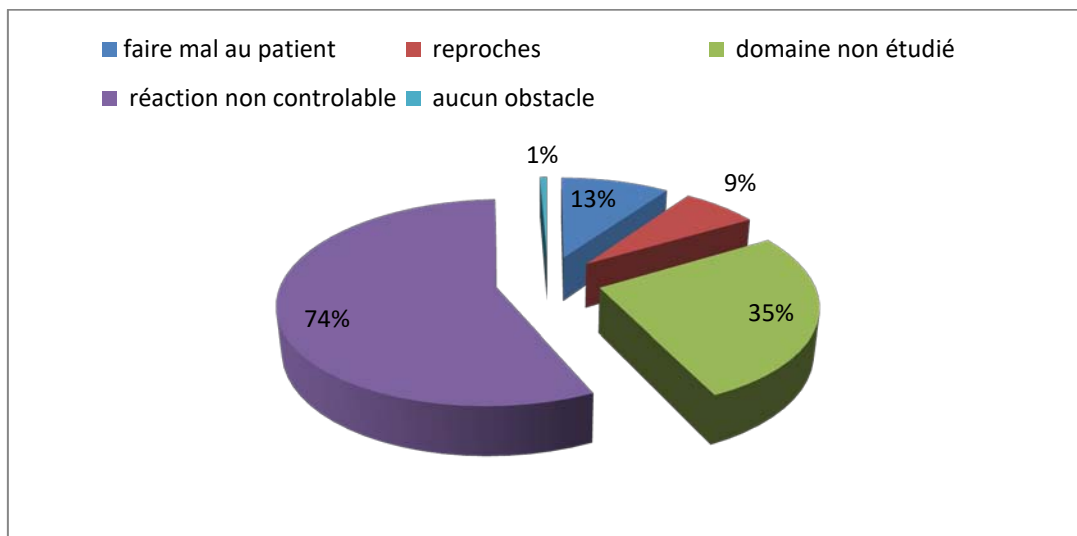


Figure 13 : Les peurs qui font obstacles pour les étudiants pendant une consultation d'annonce.

5. Consultation d'annonce :

Une consultation médicale dédiée à l'annonce d'une maladie grave comme le cancer est à privilégier chez 95% des étudiants. (Figure 14)

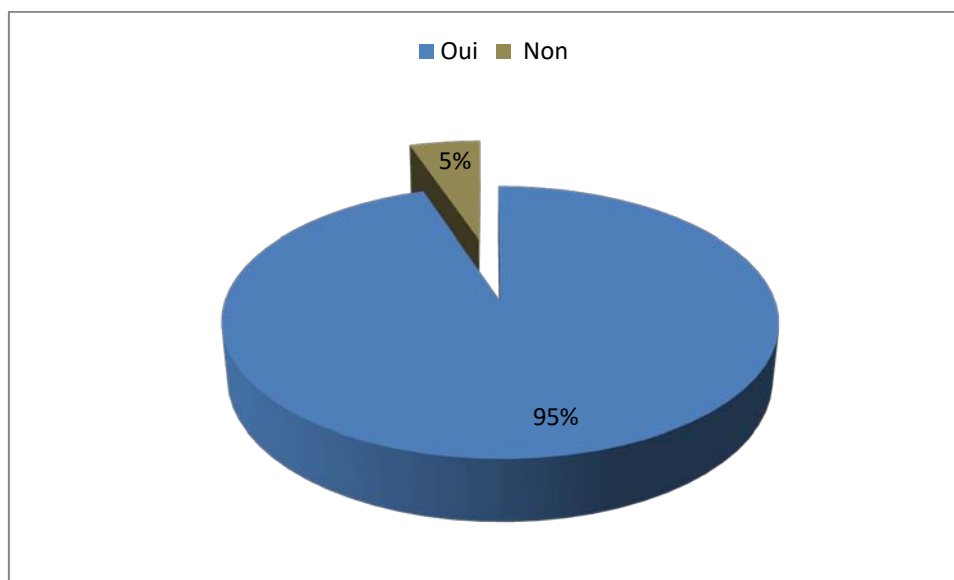


Figure 14 : Importance d'une consultation dédiée à l'annonce.

6. Clés de réussite d'une consultation d'annonce :

La formation des étudiants à l'annonce est la solution clé pour 221 étudiants. Pour les autres choix, les étudiants ont ajouté l'intérêt de la présence de l'accompagnateur à la consultation et celui de l'infirmier; les deux choix restants, présence ou avis de psychiatre et/ou psychologue, représentent tous les deux une somme de 3%. (Figure 15)

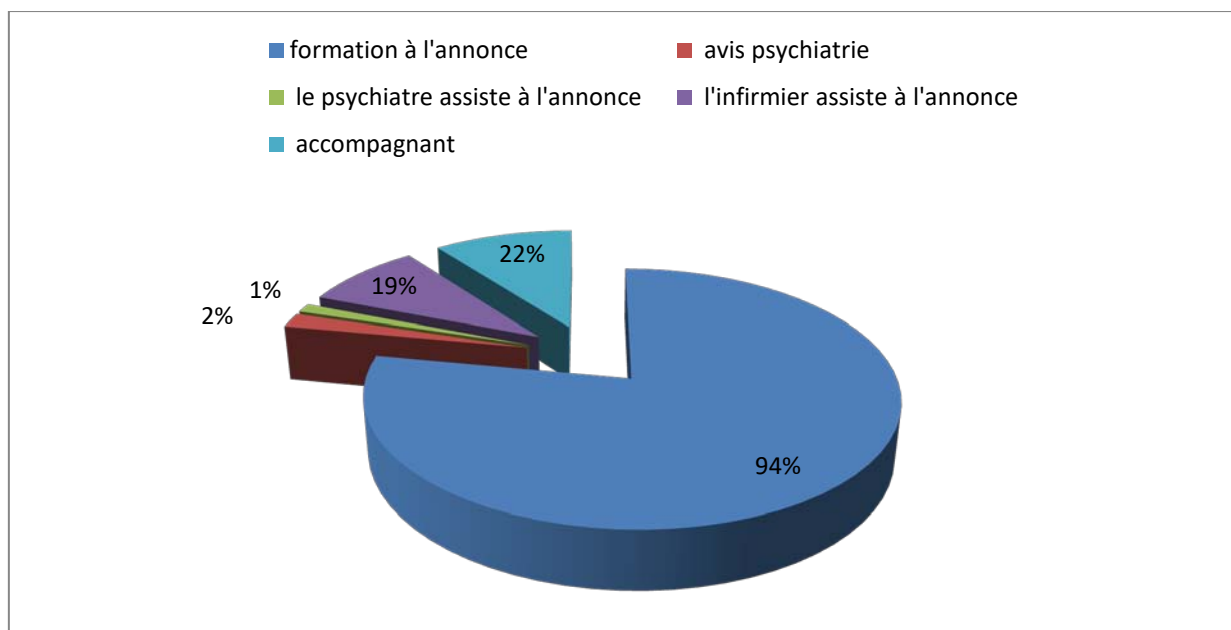


Figure 15 : Les propositions pour faire réussir une consultation d'annonce.

7. Communication :

La formation des étudiants et des médecins à l'annonce d'une maladie grave commence toujours par la communication médicale.

7.1. Difficultés liées à la communication:

La majorité des étudiants (207 étudiants de 235) ont des difficultés de communication contre 28 étudiants qui ne trouvent aucune difficulté. (Figure 16)

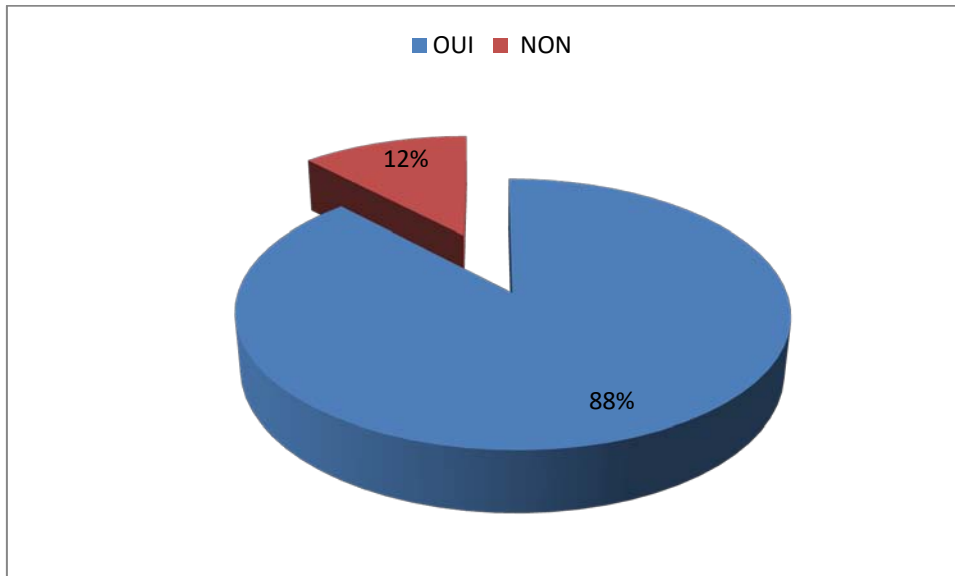


Figure 16: Les difficultés de la communication médicale.

7.2. Difficultés selon le type de communication :

Le registre non verbal ou gestuel de la communication est le plus difficile à contrôler et à maîtriser chez 169 étudiants. (Figure 17)

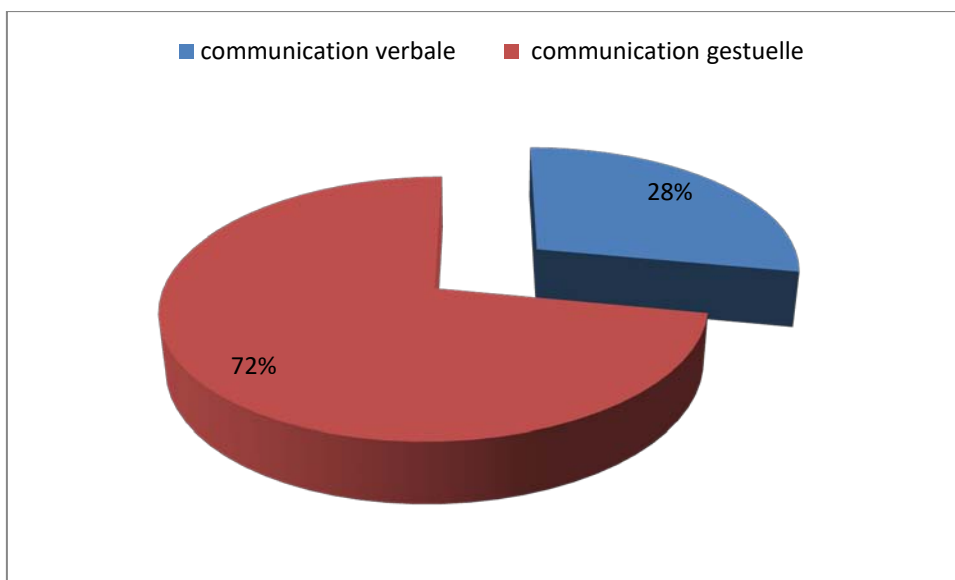


Figure 17 : Répartition de difficultés selon le type de communication.

8. Etapes d'une consultation d'annonce:

La préparation de la consultation passe par six étapes. Dans notre étude, nous avons posé cette question aux étudiants concernant l'implication des médecins dans ces différentes étapes.

- Le médecin prépare son entretien :

Dans cette étape qui vient avant l'annonce, 85% des étudiants trouvent que les médecins ne sont pas engagés. (Figure 18)

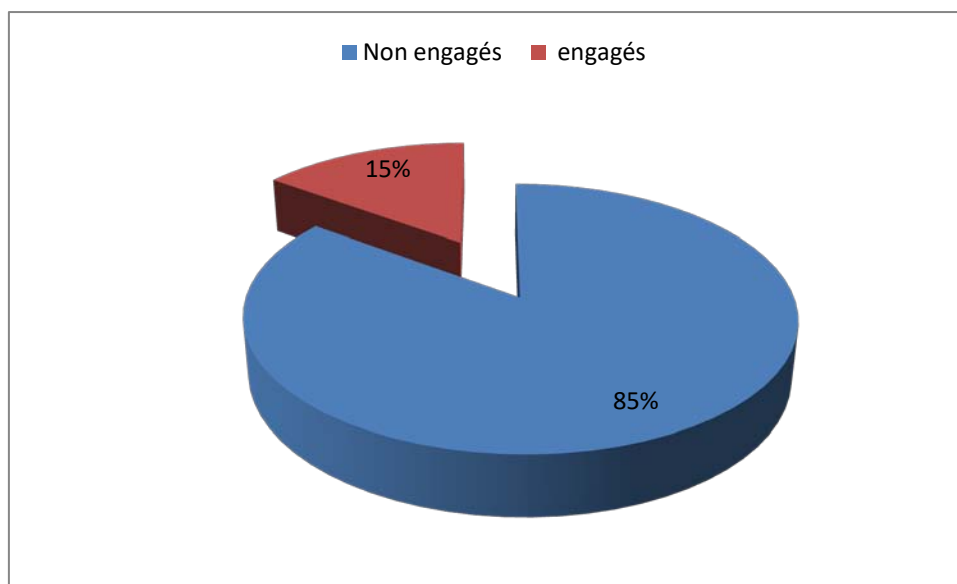


Figure 18 : Préparation d'une consultation d'annonce.

- Le médecin cherche que sait déjà le patient:

Encore dans cette étape qui vient avant l'annonce, 80% des étudiants trouvent que les médecins ne sont pas engagés. (Figure 19)

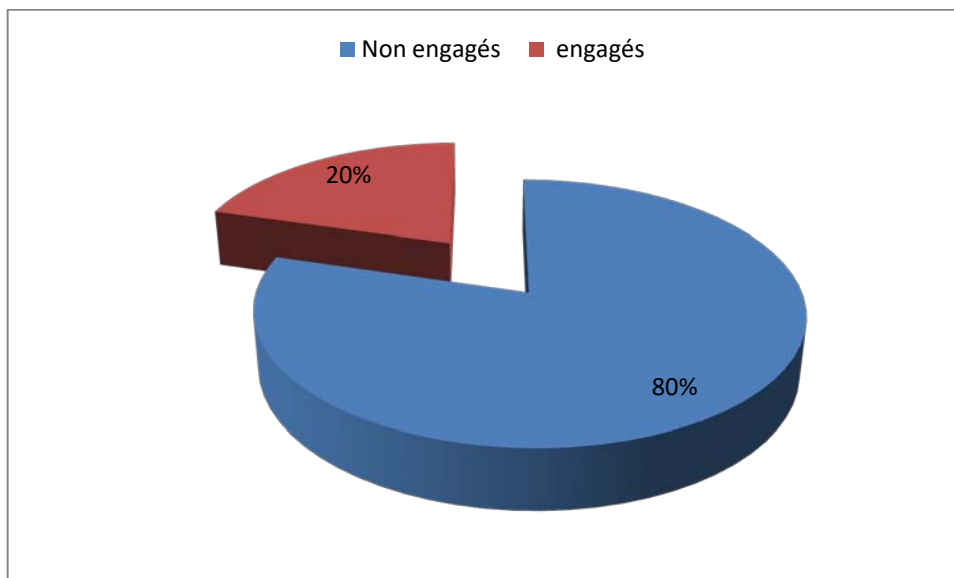


Figure 19 : Implication des médecins dans la recherche de ce que sait le patient.

- Le médecin cherche que veut savoir le patient:

Les médecins ne sont pas engagés dans cette étape pour 56% des étudiants. (Figure 20)

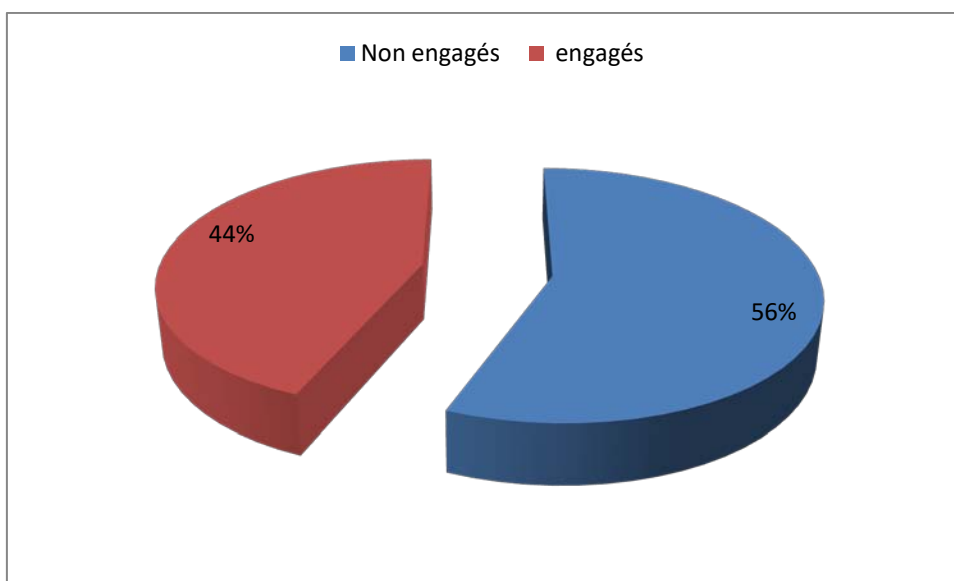


Figure 20 : Implication des médecins dans la recherche de ce que veut savoir le patient.

- Révélation du nom courant de la maladie:

C'est l'étape de l'annonce proprement dit, où les médecins sont engagés pour 148 étudiants. (Figure 21)

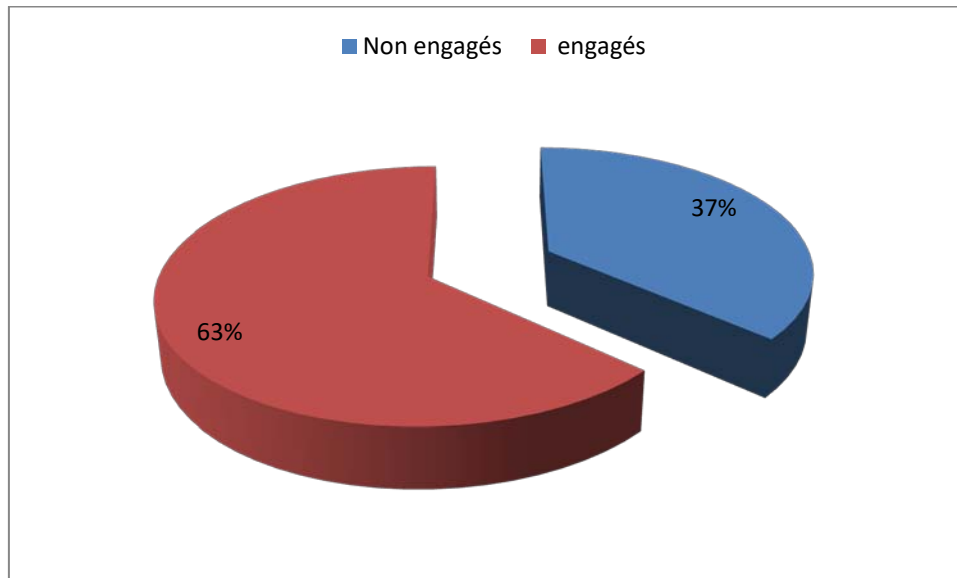


Figure 21 : Implication des médecins dans la révélation du nom de la maladie.

- Permettre l'expression des réactions affectives du patient:

Cette préoccupation est absente chez les médecins pour plus de la moitié des étudiants. (Figure 22)

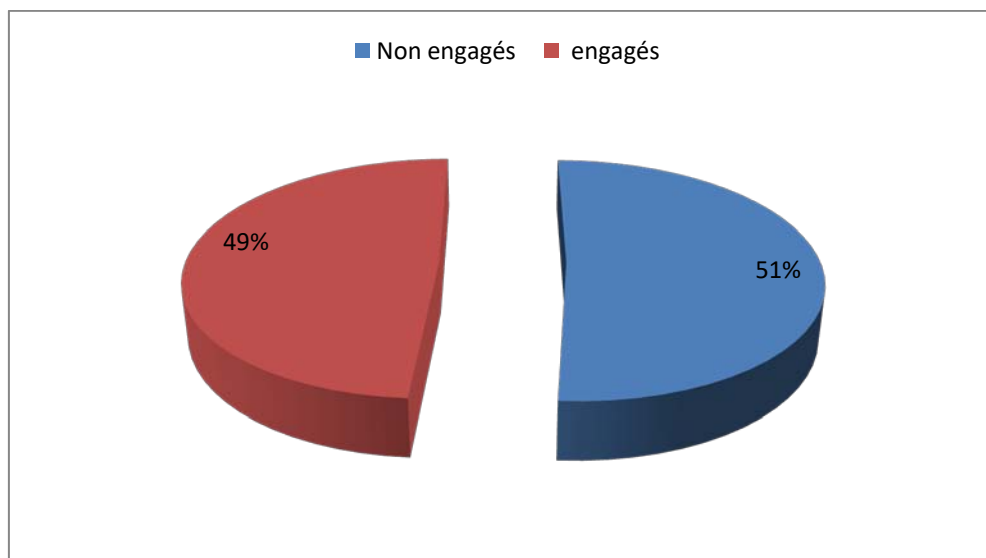


Figure 22 : Implication des médecins pour favoriser l'expression des réactions affectives.

- Résumer la situation et préparer le suivi thérapeutique:

Le médecin résume la situation et propose l'alliance thérapeutique. 52% des étudiants trouvent que les médecins sont engagés dans cette étape. (Figure 23)

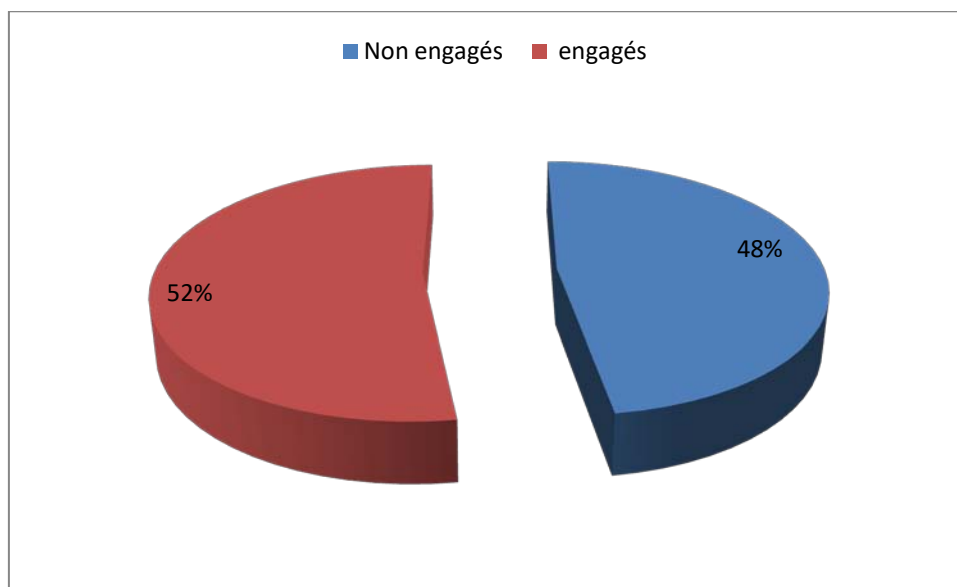


Figure 23 : Engagement des médecins pour faire le résumé et préparer le suivi.

III. Evaluation globale de la formation par les étudiants:

1. Satisfaction globale:

Nous avons évalué la satisfaction globale des étudiants en posant une question directe sur la qualité de déroulement de la séance. 75% des étudiants ont jugé que la qualité de la séance était au moins très bien, 23% sont restés neutres et 2% trouvent que la séance était assez-bien. Personne n'a choisi la proposition de médiocre. (Figure 24)

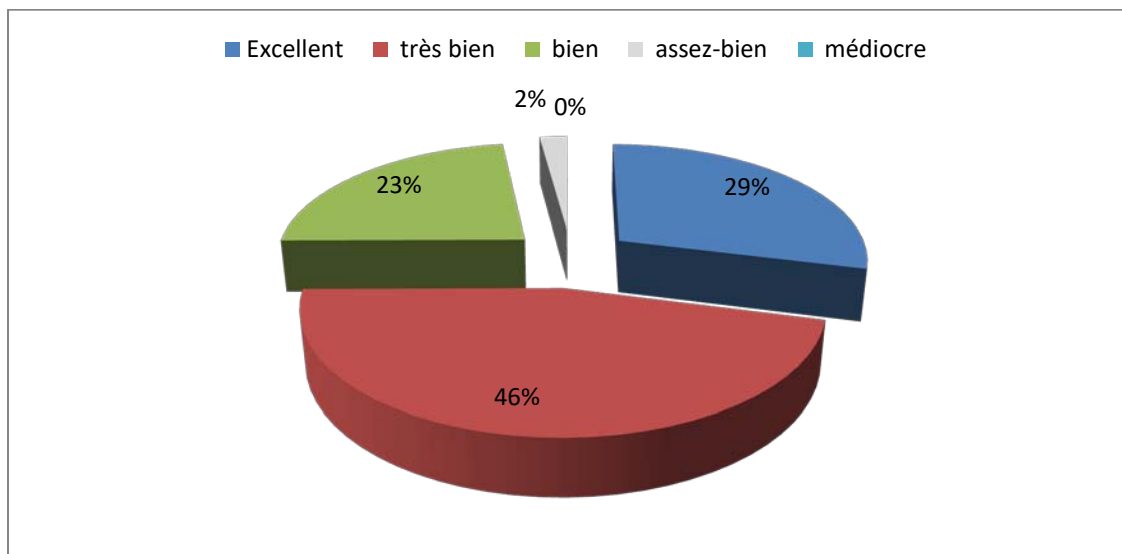


Figure 24 : La satisfaction globale des étudiants.

2. Impact de la formation sur l'amélioration des compétences:

Tous les étudiants sont d'accord que cette formation aura un impact sur l'amélioration de leurs compétences relationnelles. 90% des étudiants trouvent que la formation répond énormément aux attentes pédagogiques et à une partie de ces attentes chez 10%. (Figure 25)

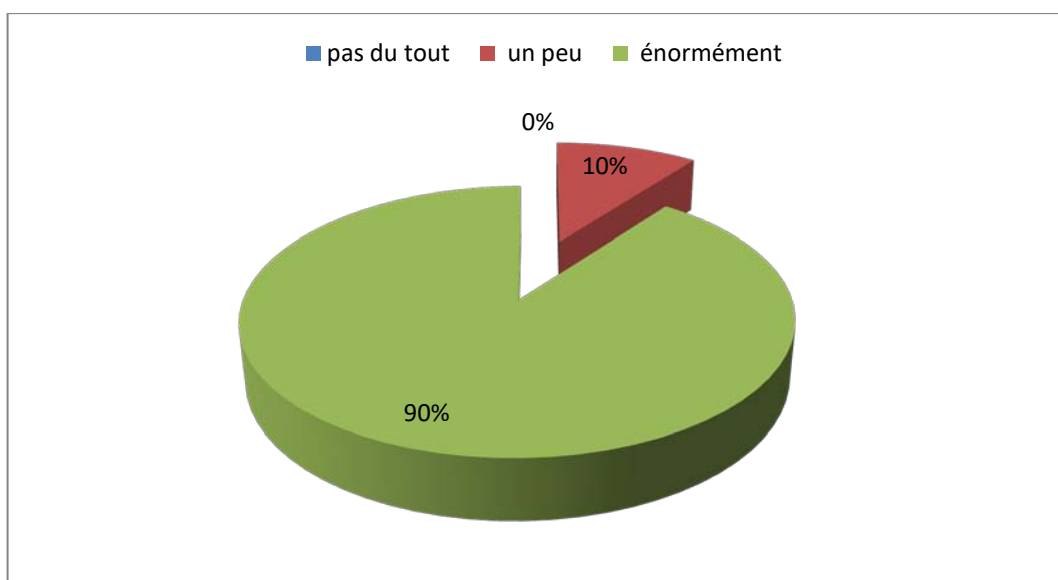


Figure 25 : Impact de la formation sur l'amélioration des compétences.

3. Place de la formation dans le programme pédagogique:

La place de la formation à l'annonce dans le programme pédagogique de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech doit être obligatoire chez 167 étudiants contre 68 qui la préfèrent soit facultative. (Figure 26)

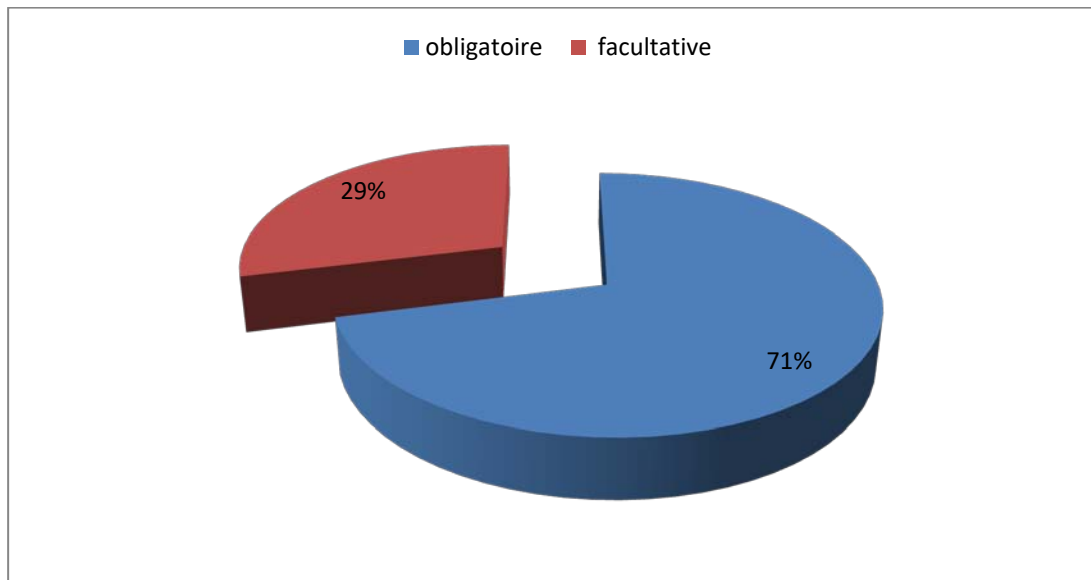


Figure 26 : Intégration de l'annonce dans le programme pédagogique de la faculté.

4. Comparaison entre l'apprentissage par simulation et le cours classique:

La simulation comme nouvelle méthode d'apprentissage est plus formatrice par rapport à l'enseignement classique chez 216 étudiants, 17 la trouvent à l'égal et 2 sont pour les cours magistraux.

Les deux premiers groupes des étudiants, qui présentent 99%, concluent qu'il faut privilégier la simulation comme méthode d'enseignement moderne. (Figure 27 et 28)

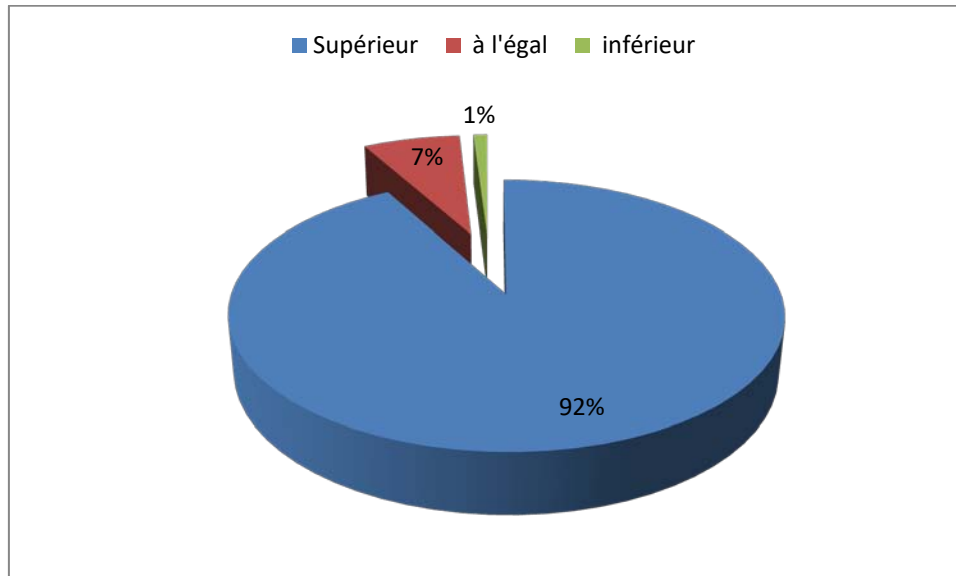


Figure 27 : La place de la simulation par rapport au cours classique.

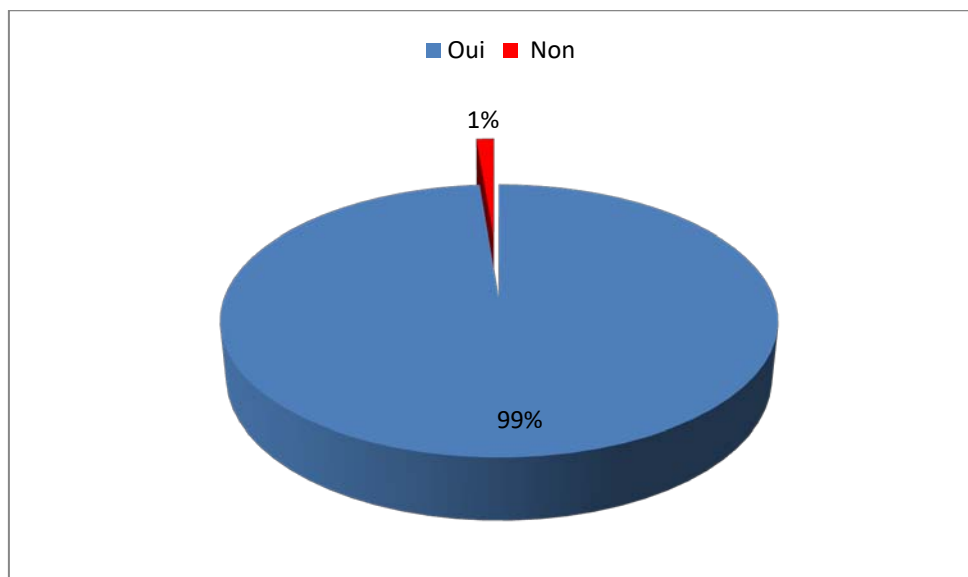


Figure 28 : Privilégier la simulation comme une méthode innovante.

5. Evaluation du niveau de difficulté des étudiants :

La simulation ne présente pas de difficulté chez 101 étudiants qui sont y totalement adaptés, 132 sont y partiellement adaptés et 2 trouvent qu'ils sont inadaptés à cette nouvelle méthode. (Figure 29)

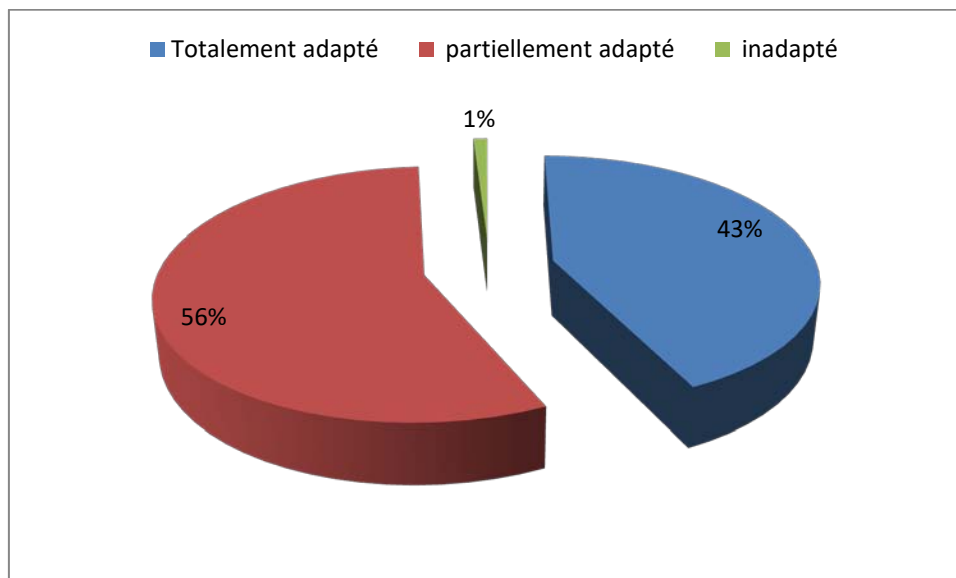


Figure 29 : Les difficultés vis-à-vis la simulation.

6. Simulation en mode multidisciplinaire :

La simulation en mode multidisciplinaire donne l'opportunité à plusieurs intervenants de différentes spécialités de travailler sur le même thème. 98% des étudiants pensent qu'il faille poursuivre ces séances sur ce mode. (Figure 30)

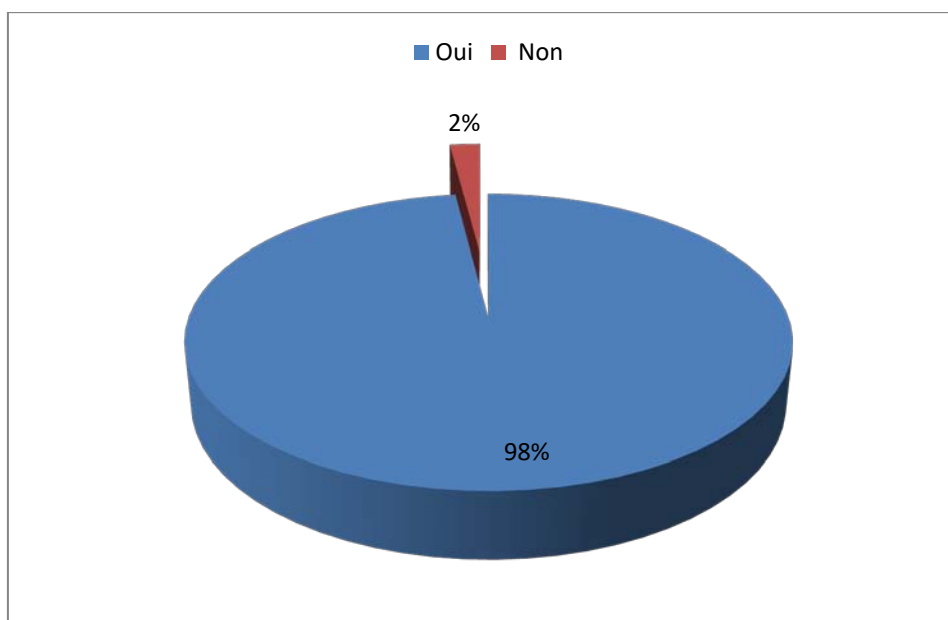


Figure 30 : Continuation de la simulation sur un mode multidisciplinaire.

7. Propositions des étudiants :

L'augmentation du nombre de thèmes vient en premier chez 193 étudiants pour réussir un meilleur déroulement de la simulation suivi de l'utilisation des groupes plus restreints chez 136. Le choix de l'utilisation des séances plus longues occupe 21% et 19% sont pour l'augmentation du nombre de cas clinique par thème. (Figure 31)

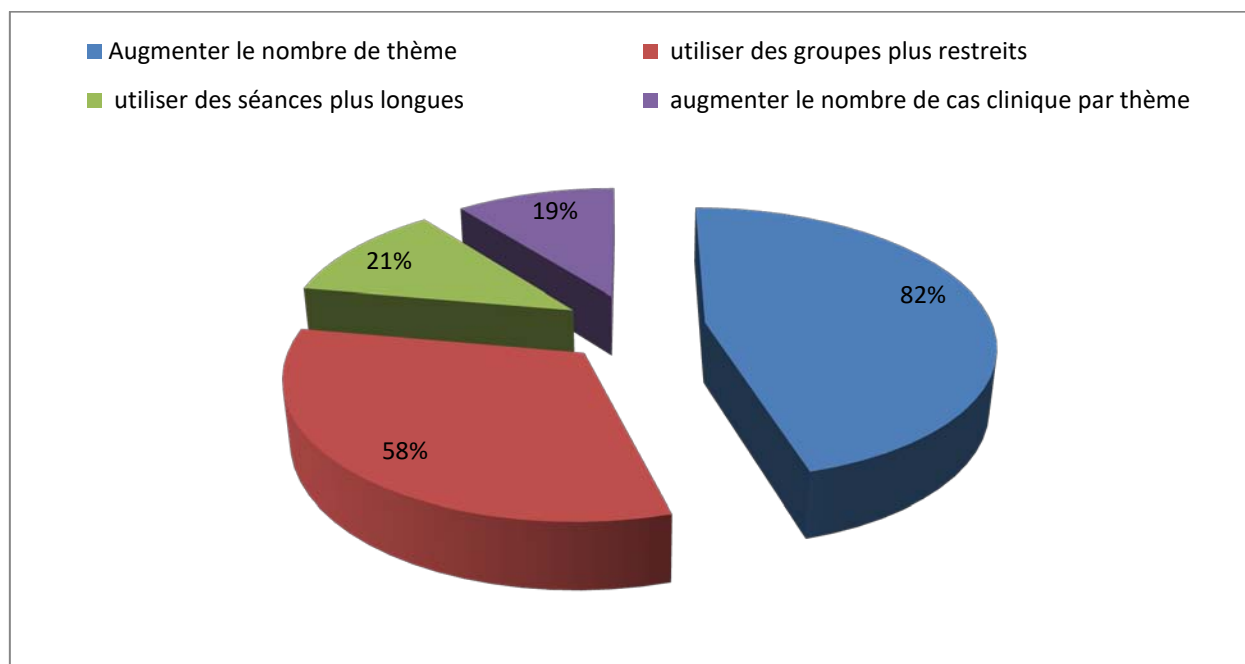


Figure 31 : Propositions des étudiants pour améliorer les cours de simulation.

❖ Commentaires libres :

Nous avons ajouté à la fin du questionnaire une partie de commentaires libres pour permettre aux étudiants d'exprimer leurs propres opinions. Nous avons essayé d'extraire, à partir de ces commentaires, des idées générales où les étudiants insistent sur l'intérêt de:

- Organiser d'autres séances
- Elargir cette formation aux autres étudiants
- Avoir une formation sur la communication
- Avoir un cours sur l'annonce avant la séance de la simulation

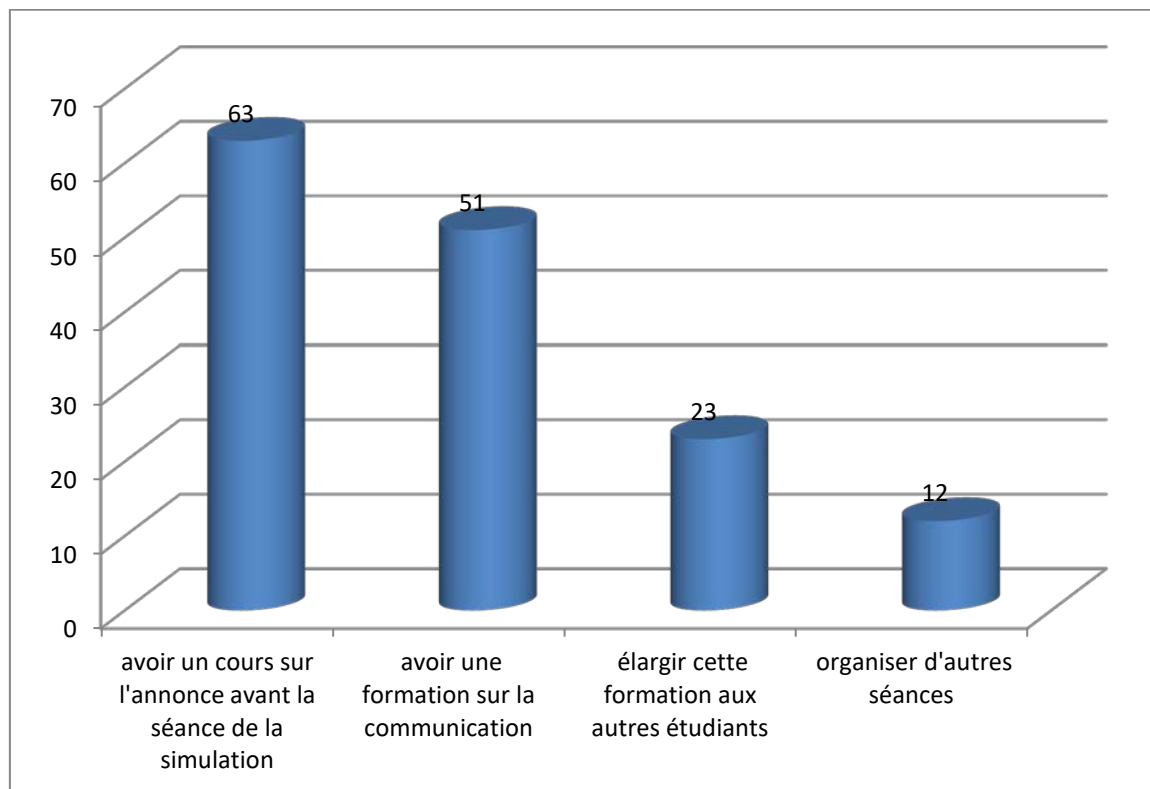


Figure 32 : Commentaires libres des étudiants


DISCUSSION


I. Généralités :

1. Cadre conceptuel:

1.1. L'annonce :

Quand on parle de l'annonce, il est sous-entendu qu'il s'agit de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, qui peut se définir comme toute nouvelle qui modifie radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir [3].

Jusqu'à la moitié du siècle dernier, la question de l'annonce se posait peu dans le modèle paternaliste qui régissait jusqu'alors les relations médecin-malade. Le médecin sachant quelles étaient les bonnes décisions à prendre pour le patient, sur les principes de bienveillance, il pouvait se garder de lui donner une information jugée source de souffrance et donc lui épargner celle-ci.

Depuis, les relations entre soignants et soignés ont évolué vers le modèle autonomiste et l'annonce est devenue source de beaucoup de réflexions. Les principes de l'éthique médicale moderne justifient la valeur de la vérité dans cette relation, s'appuyant sur plusieurs principes dont celui de l'autonomie. Respecter un malade, c'est alors respecter son droit de savoir, de pouvoir donner ainsi un consentement libre et éclairé, afin de rester sujet et non objet de soins, et lui permettre de mener sa vie comme il le souhaite [3]. Mais c'est aussi respecter son refus de savoir, respecter son altérité en prenant en compte ses limites et son rythme. Déjà s'amorce la complexité de l'annonce : qu'est-ce que le patient veut savoir, qu'est-il en mesure d'entendre ?

Cette vérité permet également de garantir une relation de confiance entre soignants et soignés et de laisser la place au doute car admettre les limites de notre savoir médical fait partie de nos compétences. De quelle vérité sommes-nous réellement détenteurs ? A ce titre, on peut se demander si le pronostic est éthique. La réponse de J.P. Benezech est clairement non [4]. En l'état actuel de nos connaissances, il est trop éloigné de la réalité pour être légitime. Si le pronostic est nécessaire aux soignants pour adapter les stratégies de soins, les lieux de vie..., l'énoncer au malade n'est pas si évident. Il faut alors savoir se situer entre imposer une vérité

qui n'en est pas une avec son effet destructeur et donner au patient ce qu'il attend, à savoir une information honnête et optimiste, lui permettant d'éviter qu'une trop grande méconnaissance de la réalité ne l'oriente vers des choix inadaptés [4].

1.2. Simulation :

Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel, comme un mannequin ou un simulateur procédural, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques ou thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels [5]. L'apprentissage par la simulation peut donc concerner de nombreux champs de la santé humaine, comme l'apprentissage de procédures ou la prise en charge globale et en équipe d'un patient au moyen d'un mannequin appelé « haute fidélité ». Cette définition englobe aussi les formations faisant intervenir des patients, joués par des acteurs, pour recréer des situations relationnelles pertinentes.

Le point commun de ces formations est de permettre à l'apprenant de jouer son propre rôle au sein d'un environnement sécurisé.

2. Données épidémiologiques :

❖ Cancer :

Avec la diminution de la fréquence des maladies infectieuses transmissibles et l'augmentation de l'espérance de vie, le cancer constitue actuellement un des problèmes majeurs de santé publique à l'échelon mondial. En effet, ce fléau est responsable de 13 % de la mortalité mondiale, avec presque trois quarts des décès survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier dans les régions les plus pauvres d'Asie du Sud, d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine [6].

Au Maroc, la situation est aussi problématique car il y a environ 30000 nouveaux cas de cancer par an, et le cancer est responsable de 7,2 % des cas de décès [7].

La lutte contre ce fléau ne pourra aboutir sans la connaissance parfaite des particularités du cancer dans chaque région et dans chaque pays. L'aboutissement de ce projet nécessite la sensibilisation et l'implication de tous les partenaires médico-sociaux travaillant sur les cancers dans les différents secteurs de la santé, permettant ainsi le recueil actif des données dans le but de créer un registre des cancers constituant la première démarche de la lutte anticancéreuse.

❖ Plan cancer :

Le Maroc s'est doté d'un Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC). Mené en étroite partenariat de la fondation Lalla Salma de lutte contre cancer avec le Ministère de la Santé, ce plan s'inscrit dans le cadre de la résolution WHA58.22 adoptée en mai 2005 par l'Assemblée mondiale de la Santé, recommandant à tous les États Membres de renforcer les actions de lutte contre le cancer en élaborant des plans adaptés au contexte socio-économique de leur pays. Élément clé d'une politique moderne de santé publique, le PNPCC définit un programme stratégique pour 10 ans (2010-2019). La vision de ce plan est de prévenir et de contrôler les cancers à travers une approche multisectorielle proposant des actions concrètes, durables, régulièrement réadaptées selon les priorités et adaptées aux contextes socio-économique et culturel du pays. Son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches. Il permettra une utilisation rationnelle et pertinente des ressources existantes et la mobilisation d'autres afin de mieux répondre aux besoins des patients [8]. Parmi les points faibles de ce plan cancer, nous notons l'absence de recommandations concernant l'annonce de cancer.

Dans l'exemple français du plan cancer, la mesure 40 est dédiée au dispositif d'annonce et pose un objectif de réduire la mortalité par cancer de 20% [9]. Ce dispositif d'annonce prévoit pour chaque patient : un temps médical de l'annonce, un temps d'accompagnement soignant, un accès aux supports sociaux, et une articulation entre les différents professionnels prenant en charge le patient [9].

❖ L'apprentissage par simulation:

Aux États-Unis, en 2001, la publication du rapport « to Erris Human » a permis une prise de conscience de l'importance du facteur humain dans les erreurs médicales. Ainsi environ 98000 personnes meurent chaque année à cause des erreurs médicales, le plus souvent évitables. Pour réduire la fréquence de ces erreurs, le rapport a insisté sur la place centrale de la simulation médicale [10].

II. Données historiques :

1. Historique de l'annonce : Evolution du paternalisme vers l'autonomie

La nature de l'information délivrée de nos jours par un médecin à son patient est le fruit d'une longue évolution sociale et biomédicale ayant abouti à l'instauration d'un cadre légal qui règlemente ce contenu informatif.

Depuis Hippocrate, époque à laquelle le médecin était considéré comme détenant son autorité d'un pouvoir divin, jusqu'au XVIII^{ème} siècle, le type de relation que le médecin avait pour habitude et pour conseil de lier à son malade était dit paternaliste. Dans cette conception de la relation médecin-malade, le médecin estime que le malade est affecté par la maladie au point d'en perdre toute lucidité en raison de l'angoisse dans laquelle le plonge sa situation et n'est plus, de ce fait même, en état d'exprimer une volonté libre et de faire des choix pertinents [11,12]. Le médecin est alors seul juge pour décider à la place de son patient des choix à faire. Le malade doit confiance et obéissance à son médecin, mais n'est pas jugé apte à faire des choix concernant sa propre santé. Le patient était objet de soins, passif, et se laissant soigner. Dans cette conception de la relation médecin-malade, l'ensemble du processus décisionnel est dévolu au médecin, le malade ne prend aucune décision : il n'y a pas lieu de l'informer.

Cette façon d'envisager la relation médecin-malade et de pratiquer la médecine, «cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses » [12], s'est vue modifiée au fil des révolutions sociales et des progrès scientifiques et médicaux.

Le XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle constituent une période de transition, marquée par deux tendances antagonistes.

D'un coté, les écrits des philosophes français (Rousseau, Kant) et anglais (Hobbes, Locke, Stuart Mill) développent la notion d'autonomie introduite par Calvin au XVI^{ème} siècle. Cette défense des droits de l'individu à la vie et à la liberté sera suivie d'importantes transformations sociales aboutissant à l'autonomisation progressive des peuples, des classes sociales, et des personnes en tant qu'individus.

D'un autre coté, le développement de la médecine en tant que science à cette période permet le maintien du monopole du corps médical en matière de santé. Cela semble constituer un frein à la prise en compte de l'autonomie du malade dans la pratique médicale.

Un tournant décisif s'opère dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, rendant caduc le modèle paternaliste et permettant au modèle autonomiste de se développer dans la pratique et de s'affirmer dans différents textes (chartes, jurisprudences, codes de déontologie, comités d'éthiques, code de santé publique). De nos jours, la relation médecin-malade est une relation contractuelle impliquant un consentement libre et éclairé, reposant sur une information simple, approximative, intelligible et loyale permettant au patient de prendre la décision qui semble s'imposer [12]. Cette nouvelle donne résulte de multiples évolutions.

En premier lieu, ce droit du patient à être informé et à prendre des décisions le concernant n'aurait probablement jamais pu voir le jour sans une évolution sociale permettant à chaque individu d'affirmer son autonomie et son droit à disposer de lui-même, comme nous l'avons vu ci-dessus.

Ensuite, la désacralisation de la médecine par la médiatisation et la vulgarisation des avancées scientifiques a permis aux patients un accès à des informations et à des connaissances médicales en dehors de toute relation médecin-malade, leur permettant de développer de façon plus autonome un point de vue et des réflexions sur leur maladie et leur santé.

Par ailleurs, les progrès scientifiques ont permis de grandes avancées médicales, tant sur le plan des techniques que des savoirs. Le corps du patient n'est désormais plus simplement observé extérieurement, palpé par le médecin, mais il est devenu l'objet d'investigations à titre diagnostique (ponction lombaire, myélogramme, biopsie, coronarographie, coloscopie ...) et de traitements parfois mutilants (ablation, amputation ...) ayant des conséquences fonctionnelles et esthétiques, ou pouvant être source d'effets secondaires importants (chimiothérapies, radiothérapie ...). La médecine, tant dans son aspect diagnostique que thérapeutique, devient ainsi de plus en plus invasive et comporte des risques. Le patient ne se laisse plus investiguer ou soigner aussi passivement. Mieux informé, par la médiatisation notamment, il demande à être tenu au courant des risques et des résultats des examens.

De plus, en dehors de l'apparition des risques liés à la pratique médicale, les avancées scientifiques permettent aussi de proposer parfois plusieurs solutions thérapeutiques pour une même maladie. Là encore, le patient demande à participer à la prise de décision, afin de pouvoir mettre en balance des arguments de confort ou de croyance qui lui sont personnels avec les arguments biomédicaux du médecin.

Ainsi, d'objet de soins, le patient est devenu progressivement sujet, exprimant clairement le souhait d'être informé et de prendre part aux décisions le concernant. Ce partenariat médecin-malade fait émerger la notion de démocratie sanitaire, « laquelle peut se définir comme la possibilité offerte au patient de s'affirmer comme acteur de son traitement » [13].

2. Historique de la simulation :

Bien qu'on ne puisse pas à proprement parler de simulation, une notion ancienne est retrouvée dès le Moyen-âge.

A cette époque, les chevaliers avaient bien compris l'intérêt de s'entraîner pour développer leurs aptitudes au combat : ils se mettaient en scène au cours de tournois de joute dans le but de simuler les batailles auxquels ils pourraient être confrontés.

A la Renaissance, on ne parle toujours pas de simulation mais les jeux de rôle et les pièces de théâtre sont considérés comme un « art pédagogique » à développer.

Dans le domaine de la santé, au XVIII^{ème} siècle apparaissent les premiers mannequins pour l'enseignement des gestes techniques.

Une sagefemme, Madame Du Coudray parcourra la France pour enseigner « l'art des accouchements » montrant déjà à cette époque tout l'intérêt de ce type d'enseignement puisque s'en suivra une baisse de la mortalité infantile [14]. (Figure 33, 34)

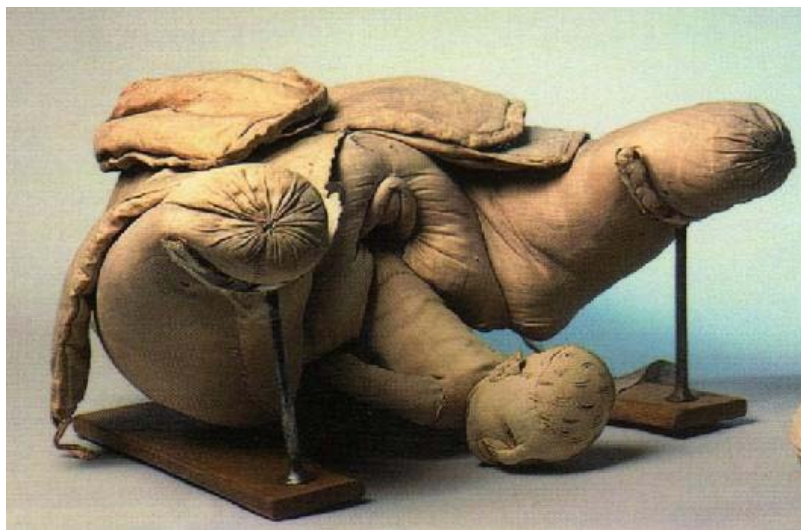


Figure 33 : Mannequin Madame Du Coudray



Figure 34 : Mannequin Madame Du Coudray

À partir de 1910 et jusqu'au milieu des années 70, un mannequin de bois, surnommé Madame Chases sera utilisé par les élèves infirmières, du Hartford Hospital Training School of Nurses, pour la pratique des soins de nursing de base. Ce modèle va se perfectionner et sera toujours utilisé par l'armée américaine durant la seconde guerre mondiale.

Durant les années 50, le Pr Peter Safar, du Baltimore City Hospital, tente de perfectionner les manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire. À cette époque, il doit encore mettre à contribution les membres de son équipe pour simuler les patients. Les volontaires sont alors endormis et intubés. Devant le manque évident de modèle de simulation, il va s'associer avec le médecin norvégien Bjorn Lind, pour tenter de développer un modèle adapté à la réanimation cardio-respiratoire. Le fabricant de jouet Asmund Laerdal, qui fabrique déjà des patients factices pour l'armée, développe avec les deux médecins le fameux mannequin Resusci Anne au début des années 60. (Figure 35)



Figure 35 : Resusci Anne

À la même époque, les docteurs Stephen Abrahamson et Judson Denson mettent au point le premier mannequin contrôlé par ordinateur, le Sim One. Il sera le modèle qui inspirera, par ses capacités et son réalisme, les mannequins haute-fidélité actuels [15,16].

À côté de l'évolution technologique, l'utilisation du patient standardisé (un acteur simulant un patient) commence dès les années soixante aux États-Unis, initié par le Dr Howard Barrows : le premier « patient » simulera un cas de sclérose en plaques.

Toujours à la même époque, un autre mannequin de simulation, Harvey, entièrement dédié à la cardiologie est mis au point par le Dr Michael Gordon. Ce mannequin peut mimer plus de trente pathologies cardiaques.

Le développement de la programmation permet de mettre aux points différents modèles physiologiques et pharmacologiques réalistes et adaptés à la pédagogie.

Par exemple, le logiciel GasMan- un outil informatique pour l'enseignement- (développé par le Dr Philip en 1984) simule les échanges pharmacologiques de différents produits en anesthésie.

En 1986, le Dr Gaba met au point le Comprehensive Anesthesia Simulation Environment (CASE), dans le cadre de ses recherches sur les facteurs humains et la gestion des crises en anesthésie. Ce simulateur était composé à son origine d'un simulateur de monitoring, d'une tête d'intubation modifiée et d'un bras de perfusion. Progressivement, le modèle va être perfectionné puis distribué sous le nom de Eagle Patient Simulator en 1995.

Un modèle adapté à la médecine d'urgence, le SimMan, est proposé en 2000 par Laerdal [17].

III. Cadre moral et législatif:

1. Considérations éthiques :

La réflexion éthique accompagnant l'annonce diagnostique en oncologie a longtemps été réduite à l'alternative entre dire ou ne pas dire, entre l'impératif d'une « vérité crue » ou l'excuse du « mensonge thérapeutique ». Cacher le diagnostic au patient pour le protéger d'une vérité insoutenable a longtemps été justifié par la volonté de préserver le malade et son entourage d'une réalité psychologiquement insupportable. Cette position paraît aujourd'hui de plus en plus injustifiable. La problématique éthique essentielle concernant l'annonce consiste aujourd'hui à intégrer l'information médicale dans une démarche pleinement thérapeutique.

À ce titre, la communication verbale et non verbale des médecins lors de l'annonce, le choix des mots utilisés, l'évaluation du désir d'information de chaque patient apparaissent déterminants. L'information va bien au-delà de la transmission factuelle de connaissance. Le langage verbal et non verbal du médecin orientera la façon dont les patients placeront du sens sur la maladie.

Une autre évolution de notre société est une demande forte d'expertise et d'excellence pour tout acte professionnel, surtout dans le domaine de la santé. Cette demande, dans le contexte actuel d'augmentation constante des savoirs, des techniques de soins et de contractions du temps d'apprentissage, pourrait permettre de donner toute sa place à l'enseignement par la simulation pour qu'un geste/une annonce ne soit jamais réalisé(e) la première fois sur un patient, mais plutôt sur un simulateur ou avec un acteur [5].

2. Déontologie médicale :

Un code de déontologie médicale adapté au Maroc reste toujours un projet depuis 1953, et jusqu'à présent, les dispositions du code actuel s'insèrent dans le cadre du code international d'éthique médicale et dans l'esprit du serment du Genève [18]. La nécessité de codifier des actes médicaux adaptés au moment en vue d'une médecine moderne, humaine et honnête nous obligeons de développer notre propre code de déontologie.

Dans l'article 30 du code de déontologie médical marocain: le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision [18]. D'après la lecture de cet article, le médecin est le seul décideur et sa tâche est purement clinique qui se résume à trouver le diagnostic correct; oubliant l'information claire et compréhensible du patient et son consentement.

L'article 31 dit qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection: mais il doit l'être généralement à la famille. Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite [18]. Ce dernier article devient dépassé dans le temps puisqu'il donne au médecin le droit de révéler un pronostic grave à la famille du patient sans demander son consentement au préalable.

Les deux articles 30 et 31 du code de déontologie du Maroc restent en retard par rapport à l'article 35 du code de déontologie médicale de la France qui précise que le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension [19].

En 2011, le Conseil de l'Ordre des Médecins de la France rappelait qu'il faut former en particulier les jeunes médecins à la consultation d'annonce, et intégrer cette dimension dans le compagnonnage qui, seul, permet, au-delà de l'apprentissage d'un savoir-faire, l'acquisition d'un savoir-être [20].

3. Législation :

En matière des droits des patients, le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc explique dans son projet de loi 131-13 en 2014 relatif à l'exercice de la médecine que plusieurs droits du patient, dont découlerait une obligation pour le médecin et ou l'établissement, ne sont pas garantis dans notre pays: droit à l'information accessible et compréhensible ; droit d'obtenir le dossier médical ; droit à la confidentialité au sein des établissements ou lors de leur transmission aux assureurs ; droit à la non-discrimination [21].

Ce projet de loi recommande de placer le patient au coeur de la préoccupation en renforçant les dispositifs garantissant ses droits, notamment son droit à la confidentialité des données médicales dans leur transmission aux assurances ou à d'autres établissements, à l'accès au dossier médical et à une information médicale accessible [21].

En France, la loi du 4 mars 2002 relative à la qualité du système de santé a consacré le droit du patient à être informé sur son état de santé [22]. 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. Le texte précise que cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. La volonté de la personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic/pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Cet article du code de santé public prévoit explicitement que les informations sur l'état de santé d'une personne soient délivrées au cours d'un entretien individuel [23].

Dans les résultats de notre étude, 99% des étudiants sont d'accord que le fait d'informer le patient sur son état de santé d'une façon claire et appropriée est son droit et donc c'est une obligation pour le médecin.

IV. Aspects psychologiques de l'annonce du cancer:

1. Chez le patient :

Sur le plan psychique, l'annonce du cancer constitue un traumatisme psychique, qui induit ou réactive des blessures narcissiques. Cette annonce est rattachée à des pertes et des deuils concernant la santé physique, la vie relationnelle, la carrière professionnelle et plus globalement le projet de vie. De manière implicite, cette annonce renvoie le patient à sa propre finitude par perte du sentiment d'immortalité. Ce traumatisme peut aussi avoir des conséquences somatiques, avec une augmentation du taux de décès par cause cardiovasculaire et suicide dans les semaines suivant une annonce de cancer récemment mis en évidence [24]. Pour le médecin, l'annonce dure le temps d'une consultation, mais pour le patient, le temps psychologique nécessaire à l'acceptation de la mauvaise nouvelle est beaucoup plus long.

La première réaction au choc de l'annonce est celle du déni. Il s'agit là d'un mécanisme de défense évitant l'effondrement et la dislocation de l'équilibre psychique du sujet. Ce phénomène de pensée bloquée permet d'éviter un débordement par la douleur devant une réalité impensable et intolérable [25]. Daneault, dans sa recherche qualitative a pu constater que la réponse immédiate des patients au choc de l'annonce pouvait prendre trois formes : la déniégation, la tristesse incommensurable, ou le stoïcisme [26] alors que E. Kubler-Ross, dans son travail d'accompagnement de fin de vie, a étudié les différentes étapes par lesquelles passe le patient, depuis l'annonce de sa maladie jusqu'à son décès. Cet auteur a proposé un modèle analytique des étapes que franchit le patient entre l'annonce du diagnostic et son décès. Ces cinq étapes successives sont le déni ou déniégation, la colère, le marchandage, la dépression puis enfin l'acceptation, autant d'étapes auxquelles le médecin aura à faire face dans l'accompagnement de son patient [27].

L'expérience clinique de R. Buckman l'amène à proposer des modifications à ce modèle. En effet, Buckman voit dans ces différents états non pas des étapes successives d'un processus

universel que franchirait tout patient, mais plutôt des réactions uniques liées à la singularité du patient, à son répertoire affectif constitué dans l'enfance et à ses expériences passées. Pour Buckman, les différents états ne seraient pas strictement successifs mais pourraient être simultanés, avec par exemple une réaction de colère dirigée contre le médecin à l'annonce du diagnostic associée à une dénégation de la réalité en invoquant une erreur diagnostique [3].

Dans notre étude, 61% des étudiants trouvent que la tristesse est la réaction la plus fréquente chez les patients après une annonce d'une maladie grave, suivi du déni dans 32%, et le stoïcisme vient en dernier dans 7% des cas.

Les différents mécanismes de défenses :

- ✓ L'annulation : est mécanisme radical et massif empêchant la réalité d'accéder à la conscience.
- ✓ La dénégation : est mise en place lorsque la menace s'impose avec violence à la conscience du patient qui tente alors de la récuser, de la contester.
- ✓ L'isolation : permet au patient d'affaiblir la réalité en la tenant à distance, en la dissociant du champ affectif.
- ✓ Le déplacement : consiste pour le patient à transférer l'angoisse liée à sa maladie sur un autre élément.
- ✓ La maîtrise : est le mécanisme par lequel le patient cherche à comprendre et maîtriser le processus de sa maladie par une rationalisation ou par des rites obsessionnels.
- ✓ La régression : est décrite chez le patient qui s'immerge dans sa maladie pour n'exister qu'à travers elle.
- ✓ La projection agressive : consiste à se défendre sur un mode agressif, revendicateur envers l'entourage et les soignants.

- ✓ La combativité et la sublimation : permettent au patient de lutter contre la maladie en puisant dans ses ressources psychiques pour exercer une action positive sur l'évolution de sa maladie, voir réaliser un projet dans une dimension altruiste (créer une association, écrire un livre...).

2. Chez le médecin :

La rencontre répétée avec la réalité de la mortalité d'autrui pourrait ébranler l'illusion qu'a le médecin de sa propre immortalité. Mais les cas de traumatismes chez les médecins dans le cadre de leur travail sont rares, suggérant la possibilité d'une forme d'immunité du médecin vis-à-vis de ces situations [28]. Pour Bailly, deux phénomènes expliquent cela. D'une part, la position du médecin lui conférerait une part active dans la lutte contre la maladie, l'empêchant de subir passivement cette situation sans pouvoir y répondre. D'autre part, le médecin est entouré de sens : le sens qu'il donne aux signes cliniques et paracliniques, ainsi que le sens de son travail. Cela permettrait non seulement de faire écran à la réalité de la mort, mais également de renforcer l'illusion de son immortalité.

Cette absence de traumatisme n'est pas pour autant garante d'une absence de difficultés pour le médecin [28]. Durant ces annonces, le niveau d'angoisse est tel chez le patient et chez le médecin, que des mécanismes de défense psychologiques peuvent se mettre en place chez les deux protagonistes. Ces mécanismes sont normaux et ont pour finalité de permettre à un individu de supporter une angoisse majeure. Ces mécanismes de défense gênent la communication entre le médecin et le patient. Le médecin peut avoir du mal à repérer les mécanismes mis en jeu chez le patient, mais aussi chez lui, ce qui rend plus difficile la communication durant la consultation. Par exemple, quand le mot cancer est prononcé, le patient peut se trouver dans un état de « sidération psychologique » induisant une rupture du contact visuel ou verbal avec le médecin. Cette perte du contact, accompagnée par du silence, est d'une durée variable et souvent ressentie comme interminable par le médecin. Savoir supporter cette attente et attendre que le contact soit renoué par le patient est alors capital.

L'annonce du diagnostic peut aussi provoquer chez le patient un sentiment de détresse. L'expression des sentiments de détresse est difficile par le patient, surtout si elle n'est pas sollicitée par le médecin, qui par évitement, peur de manquer de temps, par crainte d'être impuissant ou considérant que ce n'est pas son rôle, ne va pas s'y attarder. L'usage d'un vocabulaire technique ou une élocution trop rapide peuvent aussi gêner la communication [29]. Le médecin à qui incombe la tâche d'annoncer une mauvaise nouvelle est confrontée à un certain nombre de peurs, répertoriées par Buckman, qui forment autant d'obstacles psychologiques à la communication de mauvaises nouvelles. Ces peurs sont liées à la nature humaine du médecin confronté à la souffrance d'autrui, mais sont également en lien direct avec la formation médicale [3].

Dans notre étude, les étudiants ont avoué qu'ils ont au moins un obstacle. La peur d'une réaction non contrôlable des patients pendant une consultation d'annonce vient en premier chez 74% des étudiants, puis la peur d'un domaine non étudié chez 35% et la peur de faire mal au patient dans 13%.

2.1. Peurs et obstacles rencontrés par le médecin:

- ✓ La peur de faire mal

Cette peur de faire mal a sans doute été à l'origine de l'attitude qui a prévalu pendant de nombreuses années, celle de ne pas révéler au patient un diagnostic trop sombre.

- ✓ La peur liée à l'empathie

Buckman nous rappelle ici que l'émotion ressentie par le médecin est aussi le reflet de celle du patient, d'où cette appréhension : «si mon patient souffre, je sais que je vais souffrir aussi».

- ✓ La peur des reproches

Cette peur fait tout d'abord référence à la culpabilité du messenger. Tout se passe comme si le médecin devenait aux yeux du patient l'incarnation de la science médicale, de ses réussites

mais aussi de ses limites et de ses échecs. Le patient peut alors le tenir pour responsable de sa maladie et diriger contre lui colère et indignation.

✓ La peur d'un domaine non étudié

Ce domaine non étudié correspond pour Buckman non pas à dimension palliative des soins, certes peu abordée dans la formation médicale, mais bien au domaine de la communication, celui qui consiste tout simplement à s'asseoir avec son patient et lui parler. Pour Buckman, tout professionnel de santé doit nécessairement apprendre des compétences en communication.

✓ La peur de provoquer une réaction

Cette peur anticipe les conséquences de l'annonce, cet acte 'qui fait mal' et auquel le patient va réagir, nous l'avons vu, de façon certaine mais aussi de façon complexe et imprévisible. Cette même formation devrait nous apprendre à réagir de façon adaptée aux réactions de colère, de déni ou de désespoir du patient, car sans formation sur ce point, le professionnel de santé qui débute cherchera à éviter tout entretien qui pourrait déclencher des réactions de ce type [3].

✓ La peur d'avouer son ignorance

Cette attitude est à éviter aux cours des nombreux examens qui jalonnent la formation médicale, alors que dans la relation au patient, c'est au contraire l'honnêteté qui favorise la confiance.

✓ La peur d'exprimer ses sentiments

R. Buckman a pu constater que les étudiants cherchent à tout prix à ne pas montrer leurs émotions et leurs sentiments dans ce genre de situation, au point de ne plus savoir montrer un degré normal de compassion, et se trouvent ainsi incapables de réagir normalement face à un malade ébranlé par l'annonce d'une maladie grave [3].

2.2. Mécanismes de défense :

Face à cette appréhension qu'il ressent lorsqu'il s'agit d'annoncer une mauvaise nouvelle, et dont nous venons de voir brièvement les contours, le médecin met lui aussi en place des mécanismes de défense.

Toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'instaurant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse [30].

Pour M. Ruzniewski, il est nécessaire pour le soignant d'effectuer un travail de reconnaissance de ses propres mécanismes de défense, dans le but de mieux comprendre la complexité de sa relation au patient [30].

✓ Le mensonge

En travestissant la réalité, permet au médecin de différer la vérité source d'angoisse pour lui comme pour son patient, mais empêche tout échange avec le patient et surtout empêche ce dernier d'élaborer ses propres défenses.

✓ La banalisation

C'est un mécanisme de distanciation dans lequel le médecin axe ses soins sur les symptômes physiques, concrets de la maladie, négligeant le malade dans sa globalité, l'enfermant dans sa souffrance psychique.

✓ L'esquive

Correspond à l'attitude d'un médecin bien conscient de la souffrance psychique de son patient mais se sentant incapable d'y faire face et éludant le sujet lorsque celui-ci se présente au cours de l'échange, en déviant le dialogue vers des sujets plus superficiels.

✓ La fausse réassurance

Permet de maintenir le patient dans l'ignorance partielle de son état.

✓ La rationalisation

Permet au médecin d'éviter de s'engager dans le domaine émotionnel du patient en se retranchant derrière un vocabulaire médical spécialisé, imperméable à la compréhension du patient.

✓ L'évitement

Consiste à réduire le patient à un objet de soins, voir à un dossier médical, niant jusqu'à sa présence physique.

✓ La dérision

Offre un autre type de refuge lorsque le médecin est contraint à un minimum d'échange avec son patient.

✓ La fuite en avant

Correspond à la façon dont un médecin peut dire la vérité de façon abrupte à son patient comme s'il se débarrassait d'un fardeau trop lourd pour lui.

✓ L'identification projective

A l'opposé des autres mécanismes de défenses qui visent à instaurer une distance entre la souffrance du soignant et celle du patient, est une tentative de dissoudre cette distance par la prise en charge globale de la souffrance du patient, réalisant une forme de symbiose avec celui-ci. Cette identification à l'autre va en fait instaurer une relation où le soignant est en position d'autorité affective, ne permettant pas au patient d'exprimer ses propres angoisses.

V. Communication médicale et annonce de cancer:

« Le cancer semble être la maladie de l'impossible dialogue. Le malade dit son besoin de parler. Ce ne sont pas les mots qui manquent mais les oreilles pour les entendre...» [31]

Annoncer un cancer, c'est communiquer. Une communication médecin-malade efficace est le fondement du soin. Elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques [32, 33].

Dans un travail sur la communication et son enseignement, des médecins canadiens ont retenu la définition suivante: la communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de santé. La communication en médecine comporte essentiellement deux fonctions : l'échange d'information et le développement d'une relation [34]. La communication soignant-soigné est un élément clé en pratique clinique et fait partie des quatre composantes essentielles de la compétence clinique (Connaissances, examen clinique, techniques de communication et résolution de problème).

La communication est essentielle dans la relation thérapeutique, car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de sa prise en charge. La communication joue un rôle dans la question de l'observance et peut contribuer à son amélioration. Selon Cicourel la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignant et soigné [34, 35].

De même, une étude a montré que la question de la communication améliore la guérison [36]. Elle influence les résultats de santé de façon indirecte en augmentant la compréhension, la confiance dans la capacité à faire le traitement, la motivation, le sentiment d'être reconnu par le médecin comme une personne.

La communication, si essentielle soit elle, reste encore souvent absente des programmes de formation des futurs médecins. Plusieurs barrières à cet apprentissage existent, la plus

importante étant la croyance que savoir communiquer est une compétence déjà acquise ou innée. L'idée d'envoyer un étudiant réaliser une poction lombaire par exemple sans que l'enseignant soit préalablement assuré qu'il a déjà pratiqué cette technique sous observation ne viendra à l'esprit d'aucun médecin. Paradoxalement, cela ne gêne personne d'envoyer les étudiants pour réaliser des entretiens avec les patients en vue de remplir leur dossier et cela sans les avoir jamais observés et accompagnés pour s'assurer que leur technique est adéquate.

La communication se compose de trois registres : la communication verbale, la communication non verbale et paraverbale. Généralement trois dimensions de la communication sont distinguées : informer pour faire connaître ; interpeller pour faire agir (réfléchir et prendre une décision) ; séduire pour faire aimer et accepter [32, 33, 37, 38, 39].

Dans notre étude, 88% des étudiants ont des difficultés de communication et son registre non verbal est le plus difficile à contrôler et à apprendre chez 72%.

1. Communication verbale :

Les mots vecteurs de la communication doivent être employés avec beaucoup de prudence car ils peuvent avoir un effet très nocif. Le pouvoir des mots est loin d'être anodin. Les mots peuvent manipuler, influencer, mais aussi terrifier, voire empoisonner émotionnellement une personne, en l'occurrence le patient. On peut parler de maltraitance par les mots [35].

La parole en médecine, et en particulier en oncologie, fait partie intégrante de l'acte thérapeutique. Les soignants doivent admettre que le choix des mots est très important dans la communication interpersonnelle. La parole est un acte médical engageant et engagé. Le choix des mots est déterminant. Les mots employés peuvent être générateurs d'angoisse et de désespoir, ils le sont encore davantage s'ils sont associés à une attitude froide, impersonnelle, pseudo-médicalisée (image de la blouse blanche bardée de stylos !) Les mots, quelle que soit la pertinence du locuteur, n'ont de valeur positive que s'ils sont en résonance, en harmonie avec une attitude d'accueil et de soutien adaptée [33, 35].

Les mots ont une charge émotionnelle déterminante. Elle peut être négative, destructrice ou stimulante. Le médecin se doit d'adapter un langage de prudence construit à l'aide de mots et d'expressions adaptées, choisis et réfléchis.

En oncologie, il y a des mots à écarter du discours (mots « épouvantails »), car ils ont une connotation négative et génèrent une image mortifère du cancer, à savoir : chimiothérapie, radiothérapie, morphine, palliatif, métastases et tumeur [32, 33, 38, 39].

Ces mots ne doivent pas être utilisés avant de les avoir expliqués, traduits, démystifiés, dédramatisés.

Le mot « cancer » est un mot qui doit être prononcé et entendu par le patient avant de débiter les traitements. Il doit même être, si possible, employé par le patient lui-même à l'annonce du diagnostic. D'ailleurs, le mot « oncologie » est préféré au mot « cancérologie » (menaçant et alarmant !). Le mot oncologue est plus rassurant que cancérologue.

A contrario, il existe des mots à dire: guérison, guérir, progrès, vitalité, sérénité, espoir et énergie [32, 33, 38].

2. Communication non verbale:

La communication non verbale est un véritable langage parallèle au sein duquel la gestuelle occupe une place privilégiée. La gestuelle commence avec notre sphère corporelle personnelle, c'est-à-dire l'utilisation de l'espace autour de nous et le jeu subtil des déplacements à l'intérieur de cet espace. Elle s'exprime aussi dans notre contact au sol, nos appuis, notre démarche. Elle se manifeste dans nos postures, nos gestes et se prolonge dans les mimiques de notre visage [37].

La gestuelle s'impose comme un véritable para-langage qui accompagne, complète, interpénètre le message verbal, le renforce ou l'affaiblit. Ce para-langage peut en effet, à l'insu de l'émetteur, modifier, infirmer, voire contredire le sens de l'affirmation verbale [36, 37].

Une communication optimale permettrait à un message d'être compris à 100 %. Si l'on s'efforce de chiffrer en pourcentages la part respective des trois composantes principales d'une communication orale dans la perception et la compréhension d'un message, on parvient à cette distribution [40] :

- Le sens des mots compterait pour 7% ;
- Le paraverbal pour 38% ;
- Le non verbal pour 55%.

3. L'empathie:

On entend par empathie une disposition personnelle à une qualité d'écoute et de communication la plus authentique possible. Faire preuve d'empathie, c'est être capable d'entrer dans la logique de l'autre, en adaptant une attitude questionnante. C'est chercher à comprendre avec l'autre.

L'empathie est la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent, de percevoir son idée et son attitude en se plaçant de son point de vue, d'assimiler son cadre de référence.

Cette attitude implique, d'une part, que le médecin soit réceptif non seulement aux paroles, mais, d'autre part, aussi, à toute la personnalité de son patient. L'empathie implique le respect absolu de ce qu'est l'autre et la reconnaissance, sans esprit d'évaluation ou de jugement, qu'il puisse être différent de soi [41].

Il y a toutefois une différence entre l'empathie et la compassion qui consiste à partager la douleur de l'autre. Le médecin doit donc garder une certaine distance et ne pas s'impliquer dans les émotions de son patient [3, 34, 41].

4. Exemple de protocole de communication, du savoir-être au savoir-dire :

Protocole PROSEIC est un protocole d'annonce et une procédure psycho-méthodologique qui donne au praticien un ensemble de repères pour adapter les attitudes et les paroles [3, 30, 42].

L'acronyme PROSEIC est un moyen mnémotechnique, regroupant plusieurs mots, qui va permettre de guider le médecin pendant son temps d'annonce. Ce protocole doit être perçu comme une aide et ne doit pas éviter au soignant de personnaliser ses relations avec le soigné.

Les différentes lettres de l'acronyme PROSEIC ont les traductions proposées suivantes :

- ✓ P : préparer, psychologiquement, prévoir, personne de confiance, personnaliser, projet, préserver.
- ✓ R : recevoir, avec rhétorique, sans retard, respecter les réactions, reconnaître, réparer, rassurer, répéter, reformuler, récapituler.
- ✓ O : ouvrir, objectif.
- ✓ S : sonder, savoir ce que sait et veut savoir, sourire, s'asseoir.
- ✓ E : écouter, écrire, entendre, empathie, espoir, expérience, examiner.
- ✓ I : informer, impliquer.
- ✓ C : conclure, communiquer, contrat, confiance, confidentialité.

VI. Préparation d'une consultation d'annonce :

1. Relation d'affiliation réciproque :

Le médecin n'est pas interchangeable. Le malade établit une relation unique avec lui comme avec tout membre de l'équipe. Cette relation se traduit par une notion de confiance : Ce médecin est mon médecin. La confiance est réciproque : Ce malade est mon malade. Ces derniers termes ne signifient pas seulement possession, comme on le pense souvent. Il s'agit

aussi de confiance, le médecin souhaite savoir si le malade doute de ses traitements, il peut aussi comprendre que le malade sollicite un deuxième avis. On peut élargir cette idée au fait que le médecin aimerait savoir si le malade a besoin de traitements complémentaires (combien de malades font appel aux médecines alternatives sans prévenir leur médecin) [43, 44].

En 1960, seuls 10% des oncologues américains livraient le diagnostic de cancer aux patients [45]. Près de vingt ans plus tard, ils étaient 98% à donner cette annonce [46].

Ces préoccupations du malade ont une influence sur sa propension à se déprimer ou à s'angoisser. Le médecin, s'il veut établir une bonne relation et une relation de longue durée avec son malade, doit se sentir concerné par ses préoccupations. Selon l'étude de Maguire [36], cette prise en considération augmente la satisfaction et même diminue les souffrances des malades.

Dans notre étude, ce type de relation dit autonomiste est préférable dans la pratique 97% des étudiants.

2. Etapes d'une consultation d'annonce :

Pour qu'une consultation d'annonce soit réussie, le médecin doit préparer cette consultation dont l'objectif est de consolider sa relation avec son malade qui va certainement prendre une longue durée, et préparer le suivi thérapeutique pour éviter l'abandon du traitement [3, 33, 47, 48]. Dans notre étude, la majorité des étudiants trouvent que les médecins ne sont pas engagés dans les trois premières étapes citées ci-dessous. Dans l'étape d'annonce proprement dit, 63% des étudiants trouvent que les médecins annoncent le non courant de la maladie sans préparation des patients comme nous avons vu, ce qui explique leur choc et traumatisme; ce résultat peut aussi expliquer la peur exprimée chez 74% des étudiants d'une réaction non contrôlable des patients. Pour la cinquième étape, la préoccupation de permettre les réactions affectives des patients, 51% des étudiants observent que les médecins ne sont pas engagés. Dans la dernière étape, 52% des apprenants jugent que les médecins la respectent; le risque de faire cette étape seule sans qu'elle soit précédée par les autres est l'abandon du

traitement. 94% des étudiants ajoutent que leur formation à l'annonce est la solution clé pour la réussite de toute consultation.

2.1. Qui est le patient ?

Dans cette étape le médecin doit poser les questions suivantes : Qui est le patient ? Quel a été son parcours avant la consultation ? Vient-il avec des proches ? Comment lui réserver un espace d'intimité psychique ?

Poser le cadre de la relation afin de stabiliser la situation et préparer l'alliance thérapeutique [3].

2.2. Que sait le patient ?

Le patient narre son histoire de la maladie. Grâce à son écoute active, le médecin, peut saisir certaines représentations de la maladie, de la santé, des traitements, de la mort... [3]

Que sait le patient de façon plus ou moins logique ou intuitive de sa maladie ?

Que pense-t-il de sa maladie ?

2.3. Que peut entendre le patient ?

Procéder pas à pas, faire une tentative, mais ne pas hésiter à différer l'annonce si le patient présente des défenses évidentes et employer peu de vocabulaire technique et médical, mais reprendre la description du patient pour y mettre du sens [3].

2.4. Étape de l'annonce :

Après chaque série informative, le médecin doit résumer. Il est préférable d'alterner une information objective et une relation subjective empathique pour humaniser la révélation, c'est-à-dire l'annonce du nom courant de la maladie [3].

Utiliser un langage de tous les jours, clair et simple et vérifier que l'information est bien entendue en demandant au patient ce qu'il a compris [3].

Le médecin ne doit pas évacuer les réactions extrêmes, chocs ou réactions dépressives, mais, il doit les évaluer en demandant comment le patient fait face habituellement.

2.5. Réactions affectives du patient:

Permettre les réactions affectives du patient, cette préoccupation doit être constante pendant toute la consultation. Dans cette étape le médecin cherche à identifier les réactions du patient pour les verbaliser au besoin et exprimer son empathie professionnelle [3].

Etablir l'alliance thérapeutique et l'élargir à l'équipe hospitalière ; Bien connaître les autres intervenants du service et les présenter de façon non ambiguë ; Signaler les spécialistes de l'aide et leur éthique professionnelle sont les trois préoccupations ainsi importantes.

2.6. Résumer la situation :

Le résumé de la consultation débouche sur des questions ouvertes : qu'en pensez-vous ? Que comprenez-vous ? Comment ressentez-vous les choses ? Faciliter l'annonce à la famille : comment allez-vous annoncer les choses à vos proches ? [3]

Répéter une nouvelle fois l'alliance thérapeutique et le contrat de non abandon.

3. Différents intervenants :

❖ Place de l'infirmier dans l'annonce :

La période de l'annonce d'un diagnostic est une étape difficile et intense en émotions, pendant laquelle le patient est très vulnérable. La présence de l'infirmier permet de renforcer le soutien au patient durant ce moment, mais surtout après le départ du médecin. La pratique infirmier se basant sur la réalisation des besoins du patient, il est nécessaire qu'il soit présent pour voir les réactions et les attentes de celui-ci afin de pouvoir individualiser ses soins et ses méthodes de communication par la suite [49, 50, 51].

La présence de l'infirmier dans la consultation d'annonce n'est appréciée que chez 19% des étudiants de notre étude.

❖ Place de l'accompagnateur :

Les approches psychologiques du groupe humain nous ont appris qu'il était difficile d'extraire le sujet de son groupe, spécialement en situation de danger. La question de recevoir le patient seul ou accompagné se pose dans la consultation d'annonce [30, 36].

Il est important qu'un proche accompagne le patient, en particulier pour rentrer avec lui (surtout en voiture, pour éventuellement prendre le volant), en revanche, il n'est pas certain qu'il soit judicieux d'accepter sa présence pendant la révélation.

Premièrement, il est souhaitable que le médecin demande au patient s'il désire être accompagné; deuxièmement, il serait pertinent que le patient puisse rester seul avec son médecin à un moment de la consultation. Il est clair que barrer l'entrée du conjoint ou de l'ami aura un effet désastreux, c'est donc après le début de la consultation que l'on pourra proposer d'aborder des questions personnelles de santé, qui parfois sont intimes et qui nécessitent que le patient soit seul avec son médecin. S'il est clair que le patient n'a rien à cacher à son épouse, le médecin pourra plus tard proposer cette consultation en duo [36, 52].

Dans notre étude, la présence d'un accompagnateur à la consultation d'annonce est souhaitable chez 22% des étudiants.

❖ Psychiatre et/ou psychologue :

Consulter un psychologue et/ou un psychiatre rentre dans le temps d'accompagnement soignant qui fait désormais partie intégrante de l'offre de soins autour de l'annonce [53] ; il se concrétise notamment par un temps de consultation paramédicale, possible immédiatement après ou à distance de chacune des consultations médicales. Cette offre constitue un des acquis fort de l'expérimentation de la mesure 40 du plan cancer 2003-2007 [53], qui a montré son importance tant pour les malades que pour les équipes soignantes. Il n'a pas de caractère obligatoire et ne peut être imposé. Cependant, c'est un élément de qualité essentiel qu'il est recommandé de structurer [53].

Un temps d'accompagnement soignant permet au malade ou à ses proches d'accéder, selon leurs choix, à des soignants disponibles à cet effet, qui écoutent, reformulent, donnent de l'information et peuvent orienter le patient vers d'autres professionnels tels que ceux du service social : le bilan social initial, souvent sous estimé à ce stade, s'avère important pour aider ensuite à améliorer la qualité de vie du patient pendant les soins [53].

Vu que la possibilité de demander toujours un avis d'un psychiatre et/ou d'un psychologue ou que ce dernier doit assister à la consultation d'annonce est difficile à l'appliquer, nous trouvons dans cette étude que les étudiants vont dans ce sens, et cela est exprimé dans le pourcentage de 3% qui présente ceux qui sont pour les deux propositions citées ci-dessus.

VII. Apprentissage de l'annonce par simulation :

1. Déroulement pratique de la simulation médicale :

Le but de la simulation en santé est de recréer des scénarios ou des apprentissages techniques dans un environnement réaliste avec, comme double objectif, le retour d'expérience immédiat et l'évaluation des acquis. Ce sont des situations cliniques et/ou professionnelles, simples ou complexes, habituelles ou exceptionnelles, qui servent de support à la construction des scénarios. Les scénarios sont rédigés selon un plan type formalisé. Ils visent un ou plusieurs objectifs pédagogiques et ne doivent pas être inutilement compliqués pour l'apprenant. Il est indispensable de les tester avant leur utilisation avec les apprenants afin de vérifier leur faisabilité et leur pertinence. De plus, ils doivent être parfaitement connus par les formateurs pour garantir une bonne interaction avec les apprenants [54].

Chaque scénario décrit (annexe 3):

- La population d'apprenants ciblée
- Les objectifs pédagogiques (techniques et non techniques) et leurs éléments d'évaluation
- Les équipements et le matériel nécessaires en fonction du réalisme souhaité

- Les moyens humains nécessaires (formateurs, facilitateurs, patients standardisés, etc.)
- Le déroulement de la séance :
 - Durée
 - Ratio formateur/apprenant
 - Séquence de la séance de simulation : briefing, déroulement du scénario, débriefing
- Les points majeurs du débriefing.
- Les modalités d'évaluation des apprenants
- Les références bibliographiques.

La description du scénario varie selon les approches et techniques de simulation utilisées. Un programme de simulation peut comporter une ou plusieurs sessions de simulation. Une session de simulation peut comporter une ou plusieurs séances de simulation. [55]

Chaque séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli et comprend trois phases distinctes :

- ✓ Briefing : permet au formateur de préciser le cadre de la séance et ses objectifs précis.
- ✓ Déroulement du scénario.
- ✓ Débriefing : pendant lequel le formateur fait part, en particulier, de son feedback à l'apprenant [56].

Tous ce qui est décrit ci-dessus, a été bien respecté dans notre étude. La totalité des étudiants sont d'accord que la formation par simulation aura un impact positif sur l'amélioration de leurs compétences relationnelles avec les patients, 90% disent qu'elle répond énormément aux attentes pédagogiques et à une partie de ces attentes chez 10%. Concernant la satisfaction globale des étudiants sur le déroulement de la séance, 75% ont jugé que la qualité était au moins très bien et 23% sont restés neutres en donnant une mention de bien.

La simulation comme méthode innovante d'enseignement est plus formatrice que l'enseignement classique pour 92% des étudiants et à l'égal pour 7%, cette 99% ont conclu qu'il faille la privilégier. Certes, la simulation va présenter des difficultés d'adaptation puisqu'elle est une nouvelle méthode pour les apprenants, c'est ce qui a été exprimé chez 57% d'eux. Hors, 98% des étudiants souhaitent qu'il faille poursuivre les séances de simulation sur un mode multidisciplinaire.

2. Déroulement d'une formation à l'annonce en oncologie :

Il n'y a aucun référentiel pédagogique « opposable » car de nombreuses formations différentes ont été testées et ont montré leur intérêt [57]. L'usage d'acteurs pour jouer le rôle de « patients standardisés » est le point commun à toutes ces formations.

Certains programmes de formation sont basés sur une seule séance de simulation [58], c'est le cas de notre étude, alors que d'autres sont construits comme des essais cliniques pour démontrer l'intérêt pédagogique du programme en comparant l'annonce réalisée par un groupe de stagiaires formés par rapport à celle d'un groupe non formé [59].

Il est intéressant de noter que l'apprentissage de techniques de communication dans le contexte de l'oncologie, peut être utilisé par les stagiaires pour réaliser des annonces de mauvaises nouvelles dans d'autres disciplines. En ce sens, ces formations à l'annonce de mauvaises nouvelles, s'intègrent plus largement dans le cadre des formations à la communication. Cela est souhaitable chez 99% des étudiants dans notre étude qui veulent ce type de formation soit intégré dans leur cursus universitaire. Ainsi, les travaux de Collette et al ont montré que des étudiants formés à l'annonce en oncologie annonçaient mieux la survenue d'une fausse- couche que des étudiants non formés [60].

Une conférence de consensus européenne a établi des recommandations sur les objectifs, les participants, le contenu pédagogique, l'organisation et l'évaluation des formations à l'annonce en oncologie [61]. Il est ainsi recommandé que les formateurs aient une expertise en oncologie clinique et réalisent eux- mêmes des annonces, qu'ils aient suivi une formation à

l'enseignement par la simulation et que les programmes de formation soient régulièrement évalués. L'évaluation des acquis permis par ces nouvelles méthodes pédagogiques, mais aussi l'évaluation de bénéfices pour les patients sont en effet des données fondamentales pour déterminer le rapport coût/efficacité de ces formations consommatrices de temps et de moyens humains. Il est aussi conseillé de proposer plusieurs séances de formation à chaque stagiaire.

Le développement de ces formations au Maroc pourrait être facilité si elles sont intégrées à des programmes de développement professionnel continu.

3. Modalités d'enseignement :

3.1. Formation par jeux de rôle :

Celui-ci est l'unique modalité d'enseignement dans la plupart des études ; il s'agit de jeu de rôle avec patient normalisé joué par un acteur ou un volontaire, suivi d'un feed-back de celui-ci. C'est une modalité qui demande un patient normalisé bien entraîné, qui est peu coûteuse en temps pour l'étudiant (elle dure de 30 mn à 1h), mais qui demande beaucoup de temps de travail de la part du patient normalisé si l'on souhaite former tous les étudiants d'une promotion par exemple. Une autre limite de ce type de formation est qu'elle n'offre pas à l'étudiant une approche théorique préalable, et ceux-ci peuvent se retrouver sans aucun repère pour réaliser l'annonce pendant le jeu de rôle [60, 62, 63, 64].

Cette difficulté a été mise en relief par certains étudiants [65], ce qui a amené à la modification du cursus en faisant parvenir aux étudiants un matériel éducatif concernant l'annonce de maladie grave, que ceux-ci avaient tout loisir d'étudier avant la réalisation du jeu de rôle.

Les jeux de rôle sont fréquemment couplés avec d'autres modalités d'enseignement permettant de présenter le protocole d'annonce aux étudiants. Certains enseignants [65, 66, 67, 68] font parvenir aux étudiants un fascicule avant le cours, afin que ceux-ci commencent à approcher l'annonce d'un point de vue théorique avant la mise en pratique par jeu de rôle.

Le protocole peut être présenté lors d'un cours magistral [64, 69] ou lors d'une discussion entre les étudiants et les enseignants [70, 71, 72].

Une démonstration du protocole d'annonce par une vidéo ou par un jeu de rôle réalisé par un des enseignants sert souvent de support à cet échange [66, 67, 68, 73]. L'observation de cette première annonce simulée sert également à aiguïser le regard critique de l'étudiant et à fixer les règles des jeux de rôle qui vont suivre (que regarder, comment donner un feed-back). Les discussions de groupe permettent aussi aux étudiants de parler de leurs craintes ou de discuter du modèle proposé.

Nous constatons une fois de plus que cet enseignement peut se faire sous de multiples formes, et que même si la modalité du jeu de rôle est prédominante, il existe de multiples façons de l'articuler avec d'autres formes d'enseignement. Nous pensons que même si un cours magistral est utilisé pour présenter le protocole d'annonce, celui-ci doit être suivi d'un temps de discussion avec les étudiants, afin de mettre à jour leurs préoccupations, les sources de conflits, et de prendre en compte leur expérience antérieure.

L'expérience vécue des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech profite au contraire d'un jeu de rôle en premier pour mettre en relief les difficultés des étudiants et leur permettre de réfléchir à une meilleure façon d'annoncer pendant la discussion en groupe, avant de leur proposer un protocole sur une présentation de Power Point à la fin de la séance.

3.2. Formation sans jeux de rôle :

Parmi les formations ne se basant pas sur un jeu de rôle, une se base sur CD-ROM interactif [74], avec une partie comprenant tout de même un entretien avec une famille virtuelle lors duquel l'étudiant doit faire des propositions de phrases à des moments clés du dialogue. Des autres formations sont faites 'au lit du malade', sous forme d'un entretien avec les patients réels de l'étudiant, soit dans un but d'enseignement pur [75], soit dans un but d'enseignement et d'évaluation de l'étudiant [76]. Un enseignement [77] consiste en une discussion avec un

patient cancéreux suivi d'un échange entre étudiants et oncologue. Enfin, des formations qui sont basées sur l'analyse de l'expérience des étudiants par un processus d'écriture puis une analyse de scènes d'annonce dans les films [78,79].

3.3. Population cible :

Les différents apprenants auxquels sont destinées les formations peuvent être classées en deux catégories :

❖ La formation avant les stages :

Plusieurs articles [68, 69, 70, 71, 80] concernent un enseignement dispensé tôt dans le cursus (en 1^{ère}, 2^{ème}), avant le début des stages cliniques. Ces formations sont basées sur des jeux de rôle avec des patients normalisés.

Les objectifs sont multiples : ce type de formation permet d'ouvrir les yeux des étudiants sur les difficultés qu'ils vont rencontrer dans leur futur stage, tout en leur permettant de découvrir et de tester des habiletés cliniques et des stratégies qu'ils pourront utiliser pendant ces stages, et d'acquérir ainsi une plus grande confiance en eux. L'étudiant n'est donc pas complètement naïf vis-à-vis de la relation au malade lorsqu'il débute ses stages, et a déjà quelques repères sur lesquels s'appuyer.

Un autre objectif, clairement décrit dans l'un de ces articles [73], est de fournir aux étudiants une 'lentille' à travers laquelle, une fois en stage, ils vont pouvoir expérimenter et évaluer la pratique de leur sénior dans ce domaine. Ainsi, les étudiants ont un référentiel qui peut leur permet de prendre du recul et d'adopter un regard critique non seulement vis-à-vis de leur propre pratique, mais également vis-à-vis de celle des séniors.

❖ La formation après le début des stages :

Lorsque la formation à l'annonce de maladie grave est dispensée une fois que l'étudiant a débuté ses stages cliniques, cela se fait de différentes façons.

Une première façon de faire consiste à intégrer l'activité d'apprentissage à l'activité quotidienne de l'étudiant, que celui-ci soit externe ou interne. L'activité quotidienne de l'étudiant sert alors de point de départ à l'apprentissage. Il s'agit donc de potentialiser la dimension formative et constructive contenue dans l'activité productive réelle, non simulée, telle que le tour du service, les consultations externes, ou la prise d'observation par l'externe [75,76].

Un article décrit une formation à l'annonce destinée aux oncologues d'un service [71]. Cette formation a été mise en place suite à la demande des médecins résidents à être formés à l'annonce. En réponse à cette demande, la solution proposée n'a pas été de former directement les résidents mais d'utiliser la dimension de compagnonnage de résidanat, et de former les séniors afin que ceux-ci puissent à leur tour former leurs résidents.

Deux difficultés liées à ce type d'enseignement sont faciles à concevoir.

D'une part, il est dépendant de la réalité aléatoire et imprévisible du terrain de stage, il faut attendre qu'une situation d'annonce se présente, et cela peut être plus ou moins fréquent selon les services. D'autre part, il faut pouvoir y consacrer un minimum de temps pendant le temps d'activité dans le service. A titre d'exemple, une durée moyenne de 50 mn pour la séquence briefing - entretien - débriefing est retrouvée dans un des articles [76]. Dégager autant de temps n'est pas toujours possible dans le quotidien d'un service.

Pour résoudre cette triple difficulté, liée au côté aléatoire des situations d'annonce, aux compétences variables des séniors dans ce domaine, et au manque de temps, la solution consiste à proposer une formation en dehors de l'activité du stage. Cette formation peut alors s'intégrer aux enseignements de la faculté, ou bien se dérouler pendant le temps consacré habituellement au stage : il faut alors excuser l'étudiant de ses obligations de service pendant le temps de la formation, qui peut aller de 30 mn à une journée selon les articles analysés.

Ce type de formation se déroule la plupart du temps avec des patients simulés, et l'ont procède à la réalisation d'une simulation d'annonce : l'activité productive simulée sert de support à l'activité constructive. Parfois l'étudiant est seul avec le patient simulé qui est

également l'enseignant [60, 62]. D'autres formations regroupent plusieurs étudiants, avec un ou plusieurs animateurs—comme le cas de notre étude— permettant une discussion de groupe ainsi que la pratique de jeux de rôle avec des patients simulés [63, 81].

3.4. Durée de la formation :

Là encore, la diversité est importante.

Les formations les plus courtes (de 15mn à 1h) sont celles qui se basent exclusivement sur un jeu de rôle ou un entretien supervisé [60, 65, 75, 76].

Quand les formations comprennent également des temps d'échange entre les étudiants, plusieurs jeux de rôle ou des cours magistraux, la durée d'enseignement s'allonge naturellement, de 2h (c'est le cas de notre étude) à plusieurs demi-journées.

Pour les formations les plus longues, deux options sont possibles. La première consiste à dispenser la formation de façon intensive sous forme de séminaire de plusieurs jours consécutifs [64, 66, 71]. D'autres équipes enseignantes choisissent de répartir l'enseignement de façon régulière, par exemple 14 sessions de 90mn réparties sur 3 mois [70, 80, 82]. Cela permet notamment aux étudiants de préparer leur jeu de rôle d'une session à l'autre. Nous pensons également que cette façon de faire offre aux étudiants un temps de maturation et d'intégration, et peut aussi leur permettre de tester dans leur pratique les habiletés apprises. Ils peuvent alors revenir au cours suivant riches de nouvelles expériences ou de questionnements et difficultés, qui peuvent alors être repris en cours. Cela nous semble intéressant pour optimiser la complémentarité cours - stage.

3.5. Rôle du patient:

Lors du jeu de rôle, le patient est simulé la plupart du temps par un volontaire entraîné ou un acteur.

Il y a des formations qui proposent aux étudiants de réaliser un jeu de rôle avec un ancien patient cancéreux (survivant) [69, 83], le scénario du jeu de rôle étant alors tiré de l'expérience vécue par ce patient. Ce choix nous paraît assez surprenant, tant il peut sembler

incompréhensible, d'un point de vue éthique et psychique, de remettre –même de façon simulée– ces patients dans une situation d'annonce qu'ils ont déjà vécue. La lecture de ces articles nous permet de voir que ces patients sont non seulement sélectionnés selon des critères précis (tels qu'une durée de rémission supérieure à un an, le bénévolat auprès de patients cancéreux, le suivi d'une formation à la communication, la volonté de participer à la formation des futurs médecins), mais sont aussi entraînés à la pratique du jeu de rôle et sont très régulièrement suivis par l'équipe enseignante afin de s'assurer que les jeux de rôle auxquels ils participent ne génèrent pas de souffrance. Ils sont bien sûr libres d'arrêter la formation à tout moment. Dans les faits, ces patients restent motivés et sereins, et les sorties anticipées sont extrêmement rares. Par ailleurs, nous le verrons plus loin, les étudiants sont très touchés de la confiance qu'on leur témoigne, et apprécient particulièrement les moments d'échange avec ces patients.

Dans d'autres formations, le patient est joué par un des étudiants, ce qui semble économique mais nous semble moins pertinent car les étudiants ne sont pas entraînés à jouer [67, 82, 84].

Le type de formation qui semble plus performant est celui où le patient est joué par un acteur [70] ; sauf que cette dernière méthode demande un temps préparatif important des acteurs et bien sûr un budget financier conséquent.

Un médecin résident au service d'oncologie expérimenté et entraîné à jouer un jeu de rôle préparé par un enseignant était la particularité de notre formation, ce qui semble performant et économique à la fois.

3.6. Qualité du formateur:

Certains enseignements sont réalisés par des spécialistes en annonce de maladie grave. Une formation [76] est réalisée par des professionnels travaillant tous en soins palliatifs : 4 médecins, 1 infirmière, 1 éthicien, et 1 travailleur social, tous ayant « une expérience considérable en communication avec les patients gravement malades et les familles ». Une autre

formation [58] est animée conjointement par un oncologue et un psychologue travaillant en oncologie. Une équipe [73] est constituée de médecins de différentes spécialités : 1 spécialiste de soins palliatifs, 1 spécialiste du comportement, 1 oncologue et 1 spécialiste de soins intensifs pédiatriques. Une équipe interprofessionnelle [81] regroupe des spécialistes cliniciens (urologues), un spécialiste d'enseignement, et un aumônier. Une autre équipe interprofessionnelle [70,82] comprend un médecin généraliste et un travailleur social.

Dans notre étude, multiple enseignants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech de différentes spécialités ont participé: pneumologie, gynécologie-obstétrique, oncologie-radiothérapie et anatomo-pathologie.

VIII. Synthèse et état des lieux :

Bien qu'il n'existe pas d'arbre décisionnel, ni de méthode infaillible pour bien annoncer des choses graves, il est évident qu'il existe une multitude de mauvaises manières de le faire. Dans ce domaine, les lacunes d'enseignement universitaire sont à ce jour importantes; on voit à peine se développer dans les facultés de médecine des modules contenant certaines bases théoriques, sur la relation médecin-malade. Un module appelé les techniques de communication est récemment apparu dans le programme pédagogique de la première année dans trois facultés de médecine, celle de Marrakech (l'année universitaire 2016-2017), de Casablanca (2016-2017) et d'Oujda (2015-2016). Il nous semble toutefois qu'une telle relation, avec l'immensité des paramètres qui la gèrent, dont nombre sont irrationnels (car propres aux relations humaines), doit également être envisagée dans son aspect pratique.

Dans notre métier, l'apprentissage se fait beaucoup en pratiquant. Ainsi, dans une réelle volonté de compagnonnage et pour combler à notre sens un vide pédagogique, nous avons décidé de développer un projet de formation à la consultation d'annonces difficiles, en tentant de développer un véritable « simulateur » de consultation médicale.

Pour ce faire, il nous est apparu logique d'aborder d'emblée la spécialité où les annonces sont certainement des plus difficiles : l'oncologie.

Les simulations de consultations sont un modèle d'entraînement pratique et pédagogique, dont la seule prétention est de faire progresser les participants. Le réalisme des dites simulations est indispensable à l'obtention d'une charge émotionnelle forte, préalable nécessaire à la concentration de l'auditoire et à la discussion autour des cas. Ces séances viennent en complément indispensable d'une base théorique de l'enseignement de la relation médecin-malade.

Au Maroc, la formation par simulation dans le secteur de santé est encore au début de réalisation. Dernièrement, le Ministère de l'enseignement supérieur a débloqué un budget conséquent, pour l'équipement des différentes facultés de médecine par des centres de simulation. Donc, la simulation en santé est devenue une priorité nationale.

Le préalable aux séances de simulation est de rédiger les cas cliniques. C'est un travail préparatoire qui nécessite la rédaction des cas et la préparation des médecins résidents. Le but étant d'obtenir des situations non pas caricaturales, mais au réalisme notable, qui sont celles qui peuvent bien fréquemment mettre le médecin en difficulté : un patient en colère ; un patient frustré qui ne comprend pas ce qu'on lui dit ; un patient sidéré par l'annonce du diagnostic et qui ne peut plus écouter ce qu'on lui dit ; un accompagnant pointilleux mais beaucoup plus insistant que le patient...Enfin, le même cas clinique est rédigé sous forme de dossier médical, c'est-à-dire plus succinct et évasif sur la personne qui est consultée mais plus détaillé sur les antécédents médicaux. La simplicité et la crédibilité de ces cas cliniques sont primordiales pour la pédagogie de l'étude.

Certes, dans chaque travail il y a des difficultés. Parmi les principales difficultés que nous avons rencontré :

- L'absence de jugement :

J'insiste sur ce point, mais il est indispensable que l'étudiant qui a participé à la simulation devant ses semblables ne se sente pas jugé pendant le débriefing, notamment si la consultation s'est mal passée ou du moins s'il en a eu le sentiment. Dans ces moments-là, il s'agit d'être entourant, rassurant et en empathie avec le soignant qui est en souffrance et peut se sentir humilié. C'est de plus grâce à la dissection de ce qui pourrait s'assimiler à un échec, que le travail pourra se faire et que tout le monde apprendra ; grâce à la compréhension de ce qui a pu bloquer au niveau de la relation médecin-malade.

➤ Le volontariat :

Évidemment, une difficulté importante est d'obtenir sans difficulté un volontaire, les candidats ont souvent du mal se déclarer, par peur de cette « mise à nu » publique et inédite, mais aussi par peur d'être jugé. Nous contournons cette difficulté par l'humour, l'ambiance studieuse et confraternelle et par l'assurance verbalisée de la volonté de l'équipe d'être bienveillante et d'éviter les jugements. Notons ici que, bien entendu, à la fin de la séance, certains étudiants qui ne sont pas passés le regrettent car ils ont alors compris que c'est en pratiquant et en s'entraînant qu'on progresse le plus.

➤ Le manque de concentration :

Une autre difficulté repose sur les réactions initiales de l'auditoire médical pendant les simulations. Le préalable au travail pédagogique de telles séances est la nécessaire prise au jeu de l'auditoire.

➤ La charge émotionnelle :

Elle est nécessairement importante et impose souvent une atmosphère grave, presque palpable. Souvent, si l'étudiant craque, c'est à cause de la difficulté grande d'annoncer un diagnostic dur ou affronter les conséquences que cela provoque chez le patient.

L'indice de satisfaction de ce type d'ateliers est très élevé, ce qui nous encourage à poursuivre leur développement et leur promotion, pour qu'à terme ils deviennent un passage obligé d'entraînement avant qu'un médecin se lance dans l'exercice de la consultation.

Les perspectives en la matière sont nombreuses : ouverture à d'autres spécialités médicales, élaboration d'ateliers destinés aux médecins généralistes, spécialistes, seniors ..., confection de groupes de médecins aux objectifs pédagogiques définis sur une échelle temporelle (par exemple : refaire un atelier un an plus tard, en évaluant les progrès ressentis entre temps), etc. Enfin, le but ultime est d'insérer ce type de formation comme obligatoire, car incontournable, dans le cursus médical.

L'originalité de notre travail, à l'échelle nationale, repose sur le fait qu'il s'agit de la première thèse d'annonce publiée au Maroc. A l'échelle internationale, son originalité repose sur le fait qu'il ne s'agit pas des jeux de rôle où un acteur joue le patient, mais un médecin résident au service d'oncologie qui s'occupe de ce rôle primordial et simule des situations inspirées de la réalité. Ce choix a pratiquement trois avantages : le gain du temps de préparation du rôle de patient joué par un médecin résident par rapport à un acteur, un gain financier! Et une valeur ajoutée de fiabilité à l'étude puisque les médecins ont joué des rôles qui sont directement inspirés de consultations réelles auxquelles ils ont pu être confrontés.

Les changements récents, législatifs et sociaux, concernant l'annonce de maladie grave dans les pays développés sont à l'origine d'une transformation de la pratique des médecins et du vécu des patients. La formation médicale initiale et continue est s'y adapter en conséquence afin d'accompagner au mieux cette évolution. Au Maroc, il n'existe aucune disposition législative ni un article de déontologie médicale qui oblige le médecin à solliciter le consentement du patient préalablement à un acte médical. Nous pensons que cela est dû au fait qu'il s'agit d'un code qui remonte à 1953 [18]. Cette obligation figurerait dans un projet de texte actuellement à l'étude au Secrétariat général du Gouvernement [21].


CONCLUSION


L'annonce en oncologie demande, pour le médecin, de posséder des compétences relationnelles et de maîtriser sa communication avec les patients. L'apprentissage et le perfectionnement de ces compétences apparaissent aujourd'hui essentiels pour garantir une relation soignant/soigné à la hauteur des attentes des patients dans un cadre éthique, déontologique et réglementaire structuré. Ainsi, le traumatisme de l'annonce du cancer ne sera pas amplifié par une maladresse de communication. Les formations à l'annonce en oncologie par la simulation semblent offrir des opportunités nouvelles pour permettre au médecin d'apprendre à réaliser une annonce de cancer personnalisée à chaque patient.

L'enseignement de l'annonce de maladie grave fait depuis une vingtaine d'années l'objet de recherches et de publications de plus en plus nombreuses, témoignant d'une préoccupation et d'un dynamisme international des équipes enseignantes.

A l'issue de ce travail, nous recommandons de :

- ❖ *Faire des études à l'échelle nationale sur les ressentis des patients après l'annonce d'une maladie grave et montrer leurs demandes et besoins.*
- ❖ *Insister sur la nécessité de bâtir un dispositif d'annonce commun basé sur les états généraux des études citées ci-dessus, et qui doit être appliqué dans les différents établissements sanitaires des différentes régions du Maroc.*
- ❖ *Construire un plan législatif et déontologique adéquat qui suit cette évolution, et pour garantir une relation médecin-malade à la hauteur des attentes des patients dans un cadre éthique.*

- ❖ *Intégrer des cours théoriques de la communication et des protocoles d'annonce de maladie grave dans le premier cycle des études médicales, et organiser par la suite des formations par simulation qui viennent en complément indispensable.*

- ❖ *Élargir la formation aux autres professionnels de la santé : infirmiers, techniciens de biologie et de radiologie, psychologues, assistance sociale... chacun dans sa mesure lui est appropriée.*


RESUMES


Résumé

L'annonce du diagnostic de cancer reste une étape capitale qui cristallise des enjeux forts. Cette annonce, qui constitue un traumatisme psychologique pour le patient, est considérée comme difficile à réaliser par les médecins car elle doit aussi être la pierre angulaire de la relation thérapeutique longue et incertaine qui commence. Notre étude a pour double objectif de montrer l'intérêt de la formation en annonce de diagnostic de maladie grave pour l'intégrer dans le programme éducatif de la faculté de médecine et pharmacie de Marrakech ; et l'intérêt de la simulation dans l'amélioration du savoir, savoir-faire et du savoir-être de l'apprenant et donc de la sécurité pour les patients. Cette étude a consisté en une analyse descriptive transversale des fiches des questionnaires de 235 étudiants de 6^{ème} année de médecine ayant bénéficié de la formation par simulation au centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé, et en une analyse d'une revue de littérature. L'enquête post-session a révélé une grande satisfaction des étudiants vis-à-vis de la formation en appréciant son déroulement (75% des étudiants ont jugé que la qualité de la séance est au moins très bien) ; 90% trouvent que la formation répond énormément aux attentes pédagogiques, ce qui aura un impact sur l'amélioration de leurs compétences relationnelles avec les patients ; et 92% trouvent que la simulation est plus formatrice que l'enseignement classique. Après la mise en relief des difficultés des étudiants par jeux de rôle et leur permettre de réfléchir à une meilleure façon d'annoncer pendant la discussion en groupe, ils sont tous d'accord qu'il faut intégrer cette formation dans le programme pédagogique de la faculté et l'élargir aux autres étudiants d'une façon obligatoire chez 71% ou facultative chez 29%. Enfin, 95% des étudiants ont conclu qu'il faut privilégier des consultations médicales dédiées à l'annonce d'une maladie grave pour augmenter la satisfaction des patients et diminuer leur souffrance. Dans la discussion, nous avons présenté d'abord des particularités de l'annonce en cancérologie sur les plans psychologiques et de la communication, puis des considérations éthiques et obligations déontologiques et réglementaires qui encadrent cette étape, avant de comparer notre étude avec les autres travaux faits sur le même sujet.

Summary

The announcement of the diagnosis of cancer remains a crucial step that crystallises of the stakes strong. This announcement, which constitutes a psychological trauma for the patient, is considered difficult by physicians because it must also be the cornerstone of the long and uncertain therapeutic relationship that begins. Our study has the dual objective of showing the interest of training in serious diagnosis announcement to integrate it into the educational program of the faculty of medicine and pharmacy of Marrakech, and the interest of simulation in the improvement of the knowledge , Know-how and know-be of the learner and hence the safety of patients. This study consisted of a cross-sectional descriptive analysis of the questionnaires of 235 students of the 6th year of medicine who received simulation training at the center of simulation and innovation in health sciences, and an analysis of a literature review. The post-session survey revealed that students were highly satisfied with the training by appreciating its progress (75% of students felt that the quality of the session was at least very good) ; 90% found that training Responds enormously to pedagogical expectations, which will have an impact on improving their interpersonal skills with patients ; and 92% find that simulation is more formative than classic teaching. After highlighting students' difficulties with role plays and allowing them to think about a better way to advertise during the group discussion, they all agree that this training should be included in the teacher's curriculum and to extend it to other students in a mandatory manner in 71% or optional in 29%. Finally, 95% of the students concluded that medical consultations dedicated to the announcement of a serious illness should be preferred in order to increase patient satisfaction and reduce their suffering. In the discussion, we first presented the peculiarities of the psychological and communication announcement in cancerology, followed by ethical considerations and deontological and regulatory obligations that frame and structure this stage before comparing our study with other work done on the same subject.

ملخص

إن تشخيص مرض السرطان والإعلان عنه للمريض يبقى مرحلة أساسية تبلور العديد من التحديات. هذا الإعلان، الذي يشكل صدمة نفسية للمريض، يعتبر صعب التنفيذ لدى الأطباء مادام يشكل حجر الزاوية لعلاقة علاجية طويلة الأمد وغير واضحة المعالم. تبين الدراسة هنا هدفا مزدوجا يوضح أهمية التكوين في الإعلان عن تشخيص الأمراض الخطيرة لإدراجه في المقرر التعليمي لكلية الطب والصيدلة بمراكش؛ وأهمية المحاكاة في الطب في تحسين المعرفة، المعرفة التطبيقية والخبرة لدى الطالب وبالتالي تحصين المرضى. تقوم الدراسة على تحليل وصفي لأجوبة 235 طالب طب للسنة السادسة على استطلاع آرائهم حول الإعلان عن تشخيص مرض السرطان وظروف تكوينهم في مركز المحاكاة والتجديد في علوم الصحة. النتائج المحصلة تبين الرضا المهم لدى الطلبة على التكوين (75% من الطلبة اعتبروا جودة تكوينهم، على الأقل، حسنة جدا)؛ 90% وجدوا أن التكوين يجيب إلى حد بعيد على الإنتظارات البيداغوجية، مما سينعكس على تطوير قدراتهم في تحسين العلاقة مع المريض؛ و 92% اعتبروا أن التعليم بالمحاكاة أكثر تكوينا من التعليم التقليدي. بعد الإبانة عن صعوبات الطلبة عن طريق لعب الأدوار وتمكينهم من التفكير في إيجاد طريقة مثلى للإعلان عن السرطان أثناء المناقشة الجماعية، اتفقوا جميعا على ضرورة إدراج هذا التكوين في المقرر التعليمي لكلية وتوسيعه ليشمل باقي الطلبة بطريقة إلزامية بالنسبة ل 71% من الطلبة أو بطريقة إختيارية لدى 29% المتبقية. أخيرا، 95% من الطلبة خلصوا إلى ضرورة خلق استشارة طبية تخص فقط الإعلان عن الأمراض الخطيرة من أجل كسب استحسانهم وتخفيف آلامهم. في الفقرة الخاصة بالمناقشة، قمنا أولا بتقديم خصوصيات الإعلان عن مرض السرطان على الصعيدين النفسي والتحاورى، ثم الاعتبارات الأخلاقية والالتزامات المهنية والقانونية التي تقنن هذا الموضوع، قبل الشروع في مقارنة دراستنا بباقي الأعمال المنجزة والتي تهم نفس الإشكالية.



I. Centre de simulation :

La formation se déroule au centre de simulation et d'innovation en science de la santé (CSI2S) de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Le CSI2S de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech est un département de pédagogie innovant de l'Université Cadi Ayyad et labélisé dans le cadre de « la cité de l'innovation », il fonctionne comme un laboratoire universitaire (développant de la pédagogie et de la recherche), et se concentre sur la pédagogie médicale en utilisant l'Enseignement basé sur les technologies numériques et la simulation.

❖ Les locaux :

Les locaux destinés à l'enseignement par simulation sont composés de :

- 2 Salles de mises en situation plus contrôle audiovisuel et une salle débriefing (Figure 36)



Figure 36 : Salle de mise en situation plus contrôle audiovisuel.

- 1 Salle pour l'enseignement des procédures et des gestes techniques: Skill lab. (Figure 37)



Figure 37 : Salle d'enseignement des gestes techniques.

- Des salles de formation (mutualisées avec les autres enseignements) pour l'enseignement de petits ou de grands groupes d'étudiants. (Figure 38)



Figure 38 : Salles de formation pour enseignement de groupe.

❖ Matériel et outils pédagogiques :

Ce matériel est comme suit :

- Pour la réalisation des gestes médicaux et para médicaux de base
- Pour l'apprentissage de la Sémiologie médicale
- Pour l'apprentissage en Gynécologie – obstétrique
- Matériel pédagogique conçu à la faculté

Pour les lecteurs qui sont intéressés par le centre de simulation et d'innovation en sciences de la santé et veulent plus d'informations, ils pourront se documenter sur: « Projet d'enseignement par simulation à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ».

II. Questionnaire :

A. La partie concernant l'enseignement de l'annonce d'un diagnostic de cancer :

1- Etes-vous d'accord que l'annonce d'une maladie grave comme le cancer est un droit du patient à l'information ? :

- Oui Non

2- Quel modèle de relation médecin-malade préférez-vous dans votre pratique ? :

- Modèle paternaliste (décision est prise par le médecin seul)
- Modèle autonomiste (décision=patient+médecin)

3- L'annonce d'une maladie grave représente pour le patient un traumatisme, en général trois grandes catégories de réaction sont observées, selon vous quelle est celle la plus fréquente dans notre société marocaine? :

- Le déni
- La tristesse incommensurable
- Le stoïcisme=courage

4- Vous êtes le médecin qui va annoncer le diagnostic d'un cancer, quel est l'obstacle que vous allez craindre en premier ? :

- La peur de faire mal au patient
- La peur des reproches
- La peur d'un domaine non étudié
- La peur de provoquer une réaction non contrôlable ou agressive
- Aucun obstacle

5- Faut-il privilégier des consultations médicales dédiées à l'annonce ? :

- Oui Non

6- Quelle est l'étape que vous trouverez nécessaire pour réussir une consultation d'annonce? :

- Former les médecins à l'annonce des maladies graves.
- Demander toujours un avis psychiatrie avant l'annonce.
- Le psychiatre doit assister à la consultation d'annonce.
- L'infirmière doit assister à la consultation d'annonce.
- Le patient de préférence doit être accompagné d'un proche.

7- Est-ce que vous trouvez autant que médecin des difficultés de communication avec le patient et /ou sa famille ? : Oui Non

8- La communication se compose généralement de deux catégories, quelle est celle qui vous paraît plus difficile à contrôler ? :

- La communication verbale
- La communication non verbale (la gestuelle)

9- La révélation diagnostique d'un cancer doit passer par plusieurs étapes pour optimiser la relation médecin-malade, comment jugez-vous l'implication de nos médecins dans chaque étape ci-dessous ? :

- Préliminaires et préparation de l'entretien : Non engagés Engagés
- Chercher que sait déjà le patient ? : Non engagés Engagés
- Chercher que veut savoir le patient ? : Non engagés Engagés
- Partager l'information et révéler le nom courant de la maladie :
 - Non engagés Engagés
- Permettre l'expression des réactions affectives du patient :
 - Non engagés Engagés
- Résumer la situation et préparer le suivi thérapeutique:
 - Non engagés Engagés

B. La partie concernant l'enseignement par simulation :

1- Pensez-vous que ces séances de simulation puissent améliorer votre pratique professionnelle ?

- Pas du tout

- Un peu
- Énormément

2- Pensez-vous qu'il faille poursuivre ces séances sur un mode multidisciplinaire ? :

- Oui
- Non

3- Évaluez la qualité globale de cette séance :

- Excellent
- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Médiocre

4- Faut-il privilégier cette technique d'enseignement ? :

- Oui
- Non

5- Que proposez-vous pour assurer un meilleur déroulement de la simulation ? :

- Augmenter le nombre de thèmes
- Augmenter le nombre de cas cliniques par thème
- Utiliser des séances plus longues
- Utiliser des groupes plus restreints

6- Comment situez-vous cette nouvelle méthode d'enseignement par rapport à l'enseignement traditionnel (cours magistraux) que vous avez reçu pendant cinq ans d'études ? :

- Inférieur
- A l'égal
- Supérieur

7- Pensez-vous qu'il faille intégrer cette formation d'annonce par simulation dans le programme de la faculté d'une façon :

Obligatoire

Facultative

8- Évaluez le niveau de difficulté compte tenu de votre expérience :

Je me trouve inadapté à la séance avec beaucoup de difficultés

Je m'adapte peu à peu à la séance avec quelques difficultés

Je suis totalement adapté

Commentaires libres :

Merci d'avoir répondu aux questions précédentes, mais il est possible qu'elles n'aient pas permis d'exprimer parfaitement votre opinion. Nous vous invitons donc à vous exprimer ci-dessous. Sachez qu'il est toujours attaché d'importance aux commentaires libres :

.....

.....

.....

III. Exemple de scénario de l'annonce:

Patient âgé de 56ans, mari et père de 3 enfants.

Symptomatologie : Maux de tête, nausées et vomissements depuis 2 mois

Déficit fonctionnel de l'hémicorps gauche depuis 35jours

Consultation : Syndrome d'HTIC + Hémiplégie gauche.

IRM cérébrale : Processus tumoral fronto-pariétal droit + Œdème péri lésionnel.

Chirurgie : Exérèse tumorale macroscopique.

Anapath : Glioblastome grade VI de l'OMS.

Etat de base:

Patient se présente à la consultation accompagné de sa femme.

Il est inquiet, s'interroge sur sa maladie.

Matériel:

Salle de consultation – salle d'attente

Bureau – trois chaises – carafe d'eau

Divan d'examen – blouse médecin – stéthoscope

Dossier médical.

Acteurs:

2 médecins résidents – 2 étudiants

Rôles:

Médecin, infirmier, patient et sa femme

Briefing: (durée 15min)

Salle de consultation d'oncologie.

Présentation et distribution des rôles.

Mettre en confiance les acteurs.

* Médecin : annoncer le diagnostic de cancer.

* Patient : sidération, déni puis acceptance.

* Sa femme : – Non acceptance

– Pose trop de questions

– Parfois agressivité

– Met en doute le résultat de l'anapath.

* Infirmier : vérifier la dotation et les besoins en salle de consultation.

Débriefing: (durée 45min)



BIBLIOGRAPHIE



1. Bettevy F, Dufranc C, Hofman G.

Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer. 2006.

En ligne <www.ligue-cancer.net>. Consulté en juillet 2016

2. Libert Y, Reynaert C.

Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin.

Psycho Oncologie 2009; 3:140.

3. Buckman R.

S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé.

4ème éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson 2007.

4. Benezech J-P.

Le pronostic est-il éthique ?

Médecine palliative 2008; 7:140-148

5. Jean-Claude G, Marie-Christine M.

Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. 2012.

Disponible sur : (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/mission-confiée-par-la-has-sur-la-simulation-en-sante). Consulté en mai 2016)

6. International Agency for Research on Cancer.

Globocan 2008. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008

(<http://globocan.iarc.fr/> consulté en mai 2016)

7. L'organisation mondiale de la santé.

Cancer Country Profile. 2014

Disponible sur: (http://www.who.int/entity/cancer/country-profiles/mar_fr.pdf?ua=1)

Consulté en janvier 2017

8. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer.

Disponible sur :

(http://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf)

Consulté en janvier 2017

9. Le plan cancer 2003–2007

Disponible sur :

(<http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007/> consulté en janvier 2017)

10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS.

To err is human. Building a safer health system.

Washington: National Academy Press, 1999:112–116

11. Hoerni B.

L'autonomie en médecine: Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes.

Paris : Payot, 1991:133–142

12. L'Eplattenier S.

Formation initiale à l'annonce d'une mauvaise nouvelle : enjeux, état des lieux, perspectives.

Th. Méd : Grenoble ; Joseph Fourier 2007;1:50–15.

13. Brzustowki M.

L'évolution des pratiques d'annonce du handicap ou de la maladie grave depuis la loi du 4 mars 2002.

Rapport de séminaire de module interprofessionnel de santé publique. Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique ; 2004.

14. Rattner GN.

The king's midwife. A history and mystery of Madame du Coudray.

Berkeley : University of California Press, 1998.

15. Rosen KR.

The history of medical simulation.

J Crit Care 2008; 23(2):157-66.

16. Hoffman KI, Abrahamson S.

The cost effectiveness of Sim One.

J Med Educ 1975;50(12 Pt1):1127-8.

17. Barrows HS.

An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills.

Acad Med 1993;68 (6):443-51.

18. Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie des médecins.

Disponible sur:

(www.sgg.gov.ma/Portals/0/profession_reglementee/arrete_code_deont_med_fr.pdf)

Consulté en janvier 2017

19. Article 35 du code de déontologie médicale et ses commentaires.

Disponible sur: (:<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>) consulté en janvier 2017.

20. Da Cruz N.

Annonce d'une maladie grave : les mots pour le dire.

Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins 2011;n°19, septembre-octobre:22-27.

21. Projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de médecine- CESE MA

(<http://www.ces.ma/Documents/PDF/Saisines/S-14-2014...de.../Avis-S-14-2014-VF.pdf>) consulté en février 2017.

22. Loi n°2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Disponible sur:

(http://www.legifrance.gouv.fr/af_chTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015) consulté en décembre 2016.

23. Code de la santé publique, article L. 1111- 2,

Disponible sur:

(http://www.legifrance.gouv.fr/af_chCodeArticle.do?idArticle=LEGIART100) Consulté en janvier 2017.

24. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparen P, Ye W, Adami HO, et al.

Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis.

N Engl J Med 2012;366:1310-8

25. **Plane M, Malet L, Sisteron S, Lo Bianco V.**
Temps, crise et traumatisme autour de l'effet d'annonce de la séropositivité.
Ann Psychiatr 1999;14(1):68-71
26. **Daneault S, Lussier V, Mongeau S, Paillé P, Hudon E, Dion D, et al.**
The Nature of Suffering and Its Relief in the Terminally Ill : a qualitative study.
J palliat care 2004;20(1):7-11
27. **Kubler-Ross E.**
La mort, dernière étape de la croissance.
Québec: phase 1, 1974:1-19
28. **Bailly L.**
Maladie grave : l'annonce est-elle un événement traumatique ?
Pratiques psychologiques 1998;1:3-8.
29. **Dolbeault S, Bredart A.**
Announcing cancer diagnosis: which communication difficulties from professional and from patient's side? Which possible improvements?
Bull Cancer 2010;97:1183-94.
30. **Ruszniewski M.**
Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants.
Paris : Dunod, 1999:199-45
31. **Philippe B.**
Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie.
Paris: Balland, Collection « Voix et Regards », 2003:359.

32. Stewart M.A

Effective physician–patient communication and health outcome a review

CMAJ 1995;152:1423–1433

33. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA et al.

Communicating with realism and hope : incurable cancer patients'views on the disclosure of prognosis.

J Clin Oncol 2005;23:1278–88

34. Street RLJ.

Interpersonal communication skill in health care contexts.

Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates,2003:909–34.

35. Watzlawick P, Helmick J.

Une logique de la communication.

(Résumé disponible sur : [http://sftg-sciences-humaines. Over-blog.com/article-23535197.html](http://sftg-sciences-humaines.Over-blog.com/article-23535197.html)) consulté en Novembre 2016

36. Maguire P., Booth K., Elliott C., Jones B.

Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills–the impact of workshops .

Eur J Cancer 1996 Aug; 32A (9):1486–1489.

37. Descamps MA.

Le langage du corps. Communication corporelle.

Paris: Psychologie d'aujourd'hui,1992:37–46

38. Llorca G.

Communication médicale.

1ère édition Paris : Ellipses, 1994:159

39. Winkin Y, ed.

La nouvelle communication.

Paris: Seuil, 1981:24.

40. Mehrabian et Wiener,

Decoding of Inconscient Communications

In Journal of Consulting Psychology 1967;31(3):248-252.

41. Carl Rogers.

Le développement de la personne

Paris: 2ème édition, 1968:121-142.

42. Moley-Massol I.

L'annonce de la maladie, une parole qui engage.

Puteaux : DaTeBe Vol 1, 2004:225-226

43. Goldwasser F.

La relation médecin-malade en cancérologie. De la théorie à la pratique

JHB Santé 2010;13:91-98

44. Schaerer R.

Vers une nouvelle relation soignant-soigné

JALMALV 2002;70:25-29

45. Oken D.

What to tell cancer patients. A study of medical attitudes.

JAMA 1961;175(1):1120-8

46. Novack et al.

Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient.

JAMA 1979;241(9):897-900

47. Kaye P.

Breaking bad news. A ten steps approach.

Physical Description 1995;1:28.

48. Razavi D, Delvaux N.

Précis de psycho-oncologie de l'adulte

Paris: Elsevier Masson, 2008:65-85.

49. Farnault, G

Cancérologie : pour une meilleure approche du soin (soins infirmiers)

Vincennes Cedex / Editions hospitalières 1995; 1:171-176

50. Kvale, K. & Bondevic, M

Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledges about cancer and its treatment for quality nursing care

Oncology nursing forum 2010; 37(4):436-442

51. **Kruijver, I.P.M, kerkstra, A, bensen, JM. & Van de Wiel, H.B.M.**
Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients.
Journal of Advanced nursing 2001; 34(6):772-779.
52. **Bacqué MF, Baillet F.**
La Force du lien face au cancer.
Paris: Odile Jacob,2009:396.
53. **Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce dans les établissements de santé**
Disponible sur:
([http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositifdannonce/ outils-et-supports-dinformation-pour-lesprofessionnels - outils8.](http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositifdannonce/outils-et-supports-dinformation-pour-lesprofessionnels-outils8)) Consulté en décembre 2016.
54. **Alinier G, and Newton A.**
A model to embed clinical simulation training during ambulance shift work.
International Paramedic Practice. 2013; 3(2):35-40.
55. **Alinier, G.**
Developing high-fidelity health care simulation scenarios: A guide for educators and professionals.
Simulation & Gaming. 2011; 42(1):9-26
56. **Gribov S.**
Etude de l'intérêt de l'auto-évaluation dans l'enseignement par simulation. Exemple des internes d'anesthésie pour l'apprentissage des compétences non techniques en simulation d'urgence [mémoire de master 2 de recherche à distance francophone].
Rouen: université de Rouen; 2012.

57. **Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al.**
Communication skills training for oncology professionals.
J Clin Oncol 2012; 30:1242-7.
58. **Supiot S, Bonnaud- Antignac A**
Using simulated interviews to teach junior medical students to disclose the diagnosis of cancer.
J Cancer Educ 2008; 23:102-7
59. **Lienard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne AM, et al.**
Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the ef_ cacy of a communication skills training program.
Br J Cancer 2010; 103:171-7.
60. **Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D.**
Teaching students to break bad news.
Am J Surg 2001; 182:20-3.
61. **Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallow eld L, Jost L, Razavi D, Kiss A.**
Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009
Ann Oncol 2010; 21:204-7.
62. **Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ**
Communicating bad news : a pediatric department's evaluation of a simulated intervention.
Pediatrics 1999; 103:1210-1217.

- 63. Schmidt TA, Norton RL, Tolle SW,**
Sudden death in the ed : educating residents to compassionately inform families.
J Emerg Med 1992; 10:643-647
- 64. 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; 167:453-460.
- 65. Rosenbaum ME, Wilson JF, Sloan DA**
Clinical instruction for delivering bad news.
Acad Med 1996; 71(5):529.
- 66. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulskey JA.**
A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life;
Acad Med 2006; 81(11):1008-1012.
- 67. Baile WF, Kudelka AP, Beale E, Globber GA, Myers EG, Greisinger AJ, [et al]**
Communication skills training in oncology.
Cancer 1999; 89(5):887-897
- 68. Garg A, Buckman R, Y Kason**
Teaching medical students how to break bad news.
Can Med Assoc J 1997; 156(8):1159-1164.

69. **Baer AN, Freer J, Milling DA, Potter W, Ruchlin H, Zinnerstrom KH.**
Breaking bad news : use of cancer survivors in role playing exercises
J Palliat Med 2008; 11(6):885-891.
70. **Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S.**
Ability of primary care physician's to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention.
Patient Educ Couns 2006; 60:10-15.
71. **Faulkner JA, Jone A, O'Keefe C**
Improving the skills of doctors in giving distressing information.
Med Educ 1995; 29:303-307
72. **Vetto JT, Elder NC, Toffler WL, Fields SA.**
Teaching medical students to give bad news : does formal instruction help ?
J Cancer Educ 1999; 14:13-17
73. **Rosenbaum ME, Kreiter C.**
Teaching delivery of bad news using experiential sessions with standardized patients.
Teach Learn Med 2002; 14(3):144-149.
74. **Ferguson JE, Kleinert HL, Lunney CA, Campbell LR**
Resident physicians' competencies and attitudes in delivering a postnatal diagnosis of down syndrome
ACOG Educ Bull 2006; 108(4):898-905.

75. Ambuel B.

Delivering bad news and precepting student / resident learners

J Palliat Med 2003; 6(2):265-266

76. Han PKJ, Keranen LB, Lescisin DA, Arnold RM

The palliative care clinical evaluation exercise (CEX) : an experience-based intervention for teaching end-of-life communication skills.

Acad Med 2005; 80(7):669-676.

77. Souhami RL

Teaching what to say about cancer.

Lancet 1978, october 28; 2(8096):935-936

78. Belling C

The Bad news scene as clinical drama. Part 1 : writing scenes

Fam Med 2006; 38(6):390-392.

79. Belling C

The Bad news scene as clinical drama. Part 2 : viewing scenes

Fam Med 2006; 38(7):474-475.

80. Hulsman RL, Mollema ED, Hoos Am, De Haes JCJM, Donnison-Speijer JD

Assessment of medical communication skills by computer : assessment method and student experience

Med Educ 2004; 38:813-824

- 81. Gettman MT, Karnes RJ, Arnold JJ, Klipfel JM, Vierstraete HT, Johnson ME, [et al]**
Urology resident training with an unexpected patient death scenario : Experiential learning with high fidelity simulation
J Urol 2008; 180:283-288.
- 82. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S**
Breaking bad news : structured training for family medicine students
Patient Educ Couns 2002; 48:63-68
- 83. Farber NJ, Friedland A, Aboff BM, Ehrental DB, Bianchetta T.**
Using patients with cancer to educate residents about giving bad news
J Palliat Care 2003; 19(1):54-57
- 84. Cushing AM, Jones A**
Evaluation of a breaking bad news course for medical students.
Med Educ 1995; 29:430-435.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل

في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 052

سنة 2017

التكوين في الإعلان عن تشخيص مرض السرطان بالمحاكاة الطبية، تجربة كلية الطب والصيدلة بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2017/04/18

من طرف

السيد سفيان دنون

المزداد بتاريخ 29 يوليوز 1990 ببني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التعليم بالمحاكاة – الإعلان عن السرطان
الإعلان عن تشخيص أمراض خطيرة – الحوار والتواصل

اللجنة

الرئيس

أ. الأديب

السيد

أستاذ في طب التخدير والإنعاش

المشرف

م. خوشاني

السيدة

أستاذة مبرزة في طب الأمراض السرطانية

أ. بصير

السيدة

أستاذة مبرزة في طب النساء والتوليد

م. زحلان

السيدة

أستاذة مبرزة في الطب الباطني

ل. عمرو

السيدة

أستاذة مبرزة في طب الأمراض التنفسية

الحكام