

La simulation pour l'apprentissage de l'annonce de mauvaises nouvelles par les professionnels de la santé : une revue rapide des écrits

Amélie Tremblay, Université de Montréal

Tanya Mailhot, Université de Montréal

Claudie Roussy, Institut de cardiologie de Montréal

Patrick Lavoie, Université de Montréal



L'annonce de mauvaises nouvelles est une activité courante dans la pratique de plusieurs professionnelles et professionnels de la santé (Barnett et al., 2007; Herzog et al., 2023). Une mauvaise nouvelle se définit comme une information concernant la santé qui peut engendrer chez la personne qui la reçoit des conséquences négatives sur le plan émotionnel, comportemental ou cognitif (Ptacek et Eberhardt, 1996). Cela peut être l'annonce d'un nouveau diagnostic, d'une progression de la maladie ou d'un pronostic défavorable.

Au Canada, plusieurs professionnelles et professionnels de la santé sont autorisés à poser et à annoncer des diagnostics. C'est le cas des médecins, mais aussi des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) qui ont suivi une formation avancée dans une spécialité spécifique (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2023). Malgré la récurrence de l'annonce de mauvaises nouvelles dans leur quotidien, plusieurs rapportent ne pas avoir reçu de formation pour les préparer à engager ces conversations difficiles (Fulmer et al., 2018). Un récent sondage mené en Europe ($n = 1089$) révèle qu'une majorité de médecins et de personnes étudiantes en médecine déclare avoir besoin de recevoir davantage de formation pour les préparer à annoncer de mauvaises nouvelles; souvent redoutée, cette activité leur cause de l'anxiété en plus de nuire à leur satisfaction au travail (Herzog et al., 2023). Il est pourtant essentiel que les personnes autorisées à transmettre des mauvaises nouvelles développent les compétences communicationnelles nécessaires pour accompagner de manière optimale la personne soignée dans son expérience de santé, sans quoi elles risquent de porter préjudice à leur santé psychologique (Rosenzweig, 2012; Baile et al., 2000).

Garderet et al. (2006) expliquent d'ailleurs l'importance d'accorder une attention particulière à l'entretien au cours duquel l'annonce de la mauvaise nouvelle est faite afin de faciliter la prise en charge de la personne soignée et sa relation ultérieure avec l'équipe soignante. La personne soignée sera plus disposée à comprendre les informations qui lui sont transmises et à conserver un certain espoir si la communication avec la personne qui lui annonce la mauvaise nouvelle est de qualité.

À l'inverse, un manque de préparation peut amener les professionnelles et professionnels de la santé à se concentrer uniquement sur les aspects médicaux et techniques de la maladie plutôt que sur les émotions et les souhaits de la personne soignée (Barnett et al., 2007; Corke et al., 2005). Ces personnes peuvent aussi être enclines à focaliser leur attention sur leurs propres émotions durant ces rencontres en raison du stress et de l'anticipation à l'égard de ces discussions (Shaw et al., 2013). La relation et la communication avec la personne soignée peuvent alors s'en ressentir, se traduisant par une diminution du niveau de satisfaction de cette dernière et une moins bonne compréhension de sa condition de santé; la personne soignée pourrait même en venir à entretenir de faux espoirs (Baile, 2015; Ngo-Metzger et al., 2008). L'annonce d'une mauvaise nouvelle, si elle n'est pas faite correctement, peut avoir un impact négatif sur l'adaptation psychologique de la personne (Ngo-Metzger et al., 2008).

Il est alors nécessaire d'offrir des formations aux professionnelles et professionnels de la santé pour soutenir le développement de leurs compétences à annoncer avec aisance les mauvaises nouvelles et améliorer leur accompagnement des personnes soignées. Le développement par les professionnelles et professionnels de la santé de leurs compétences communicationnelles profite aux personnes soignées : elles comprennent mieux les informations reçues, elles s'impliquent davantage dans leur plan de traitement et présentent un meilleur ajustement psychologique à la nouvelle (Grassi et al., 2015; Jalali et al., 2023). L'équipe soignante bénéficierait aussi d'une telle formation, puisqu'elle diminue l'anxiété et augmente la confiance face à l'annonce d'une mauvaise

nouvelle (Herzog et al., 2023). Une annonce guidée par un plan et les meilleures pratiques augmenterait la satisfaction tant chez la personne annonçant la nouvelle que chez celle qui la reçoit (Jalali et al., 2023).

Pour justement développer ces compétences chez les professionnelles et professionnels de la santé, la simulation est l'une des approches pédagogiques privilégiées (Dale MacLaine et al., 2021). La simulation se définit comme un ensemble de modalités éducatives permettant la reproduction partielle ou totale d'une situation réelle dans le but de favoriser l'apprentissage expérientiel des personnes participantes (Chiniara, 2019). En sciences infirmières, plusieurs modalités de simulation peuvent être utilisées, notamment l'immersion clinique simulée, la réalité virtuelle, la simulation procédurale ou la simulation hybride (Lioce et al., 2015). Elles peuvent impliquer la participation de patientes et patients standardisés, l'utilisation de mannequins ou le recours à d'autres types de technologies (Lioce et al., 2015). Les patientes et patients standardisés ainsi que les jeux de rôle sont particulièrement utiles lorsque les formations portent sur les habiletés de communication (Koukourikos et al., 2021), comme c'est le cas pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Le fait d'intégrer une activité de simulation dans la formation des professions de la santé pourrait améliorer les habiletés de communication ainsi que le processus d'annonce des mauvaises nouvelles (Bragard et al., 2018; Servotte et al., 2019).

La simulation utilisée à des fins de formation à ce sujet dans les programmes des sciences de la santé se décline en plusieurs variantes selon les modalités de simulation, les activités d'accompagnement, les types d'annonce et les méthodes d'évaluation des résultats (Dale MacLaine et al., 2021). Parmi les nombreuses approches recommandées pour l'annonce des mauvaises nouvelles, l'une des plus couramment utilisées est le protocole SPIKES, acronyme de *Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions with empathy, Strategy ou Summary* (Dale MacLaine et al., 2021; Garderet et al., 2006). Développé par Baile et al. (2000), ce protocole propose l'annonce des mauvaises nouvelles selon une approche systématique. Les professionnelles et professionnels en santé qui l'utilisent voient leur satisfaction et leur performance augmenter (Mahendiran et al., 2023).

Étant donné la grande hétérogénéité des formations sur l'annonce des mauvaises nouvelles, cette revue rapide des écrits vise à décrire les caractéristiques des activités de simulation destinées à développer la compétence à annoncer de telles nouvelles des professionnelles et professionnels de la santé. Cette revue rapide a pour objectif secondaire de décrire les résultats d'apprentissage observés à la suite de ces formations. Cette étude permet d'apprécier la qualité des activités de simulation à ce sujet et peut faciliter le développement de simulations mieux adaptées aux professionnelles et professionnels de la santé.

Méthode

Cette revue des écrits a suivi les étapes d'une revue rapide (Dobbins, 2017), une méthode de synthèse des connaissances permettant d'obtenir des résultats robustes dans un temps limité qui comporte cinq étapes : 1) la définition d'une question de recherche; 2) la recherche de données probantes; 3) l'évaluation critique des sources d'information; 4) la synthèse des données probantes; 5) la détermination des problèmes d'applicabilité et de transférabilité. Seule la troisième étape (évaluation critique des sources) n'a pas été incluse dans cette revue, ce qui sera discuté dans la section sur les forces et les limites. Bien que cette méthode ait été proposée dans un contexte de santé publique, les étapes suggérées sont propres au processus de revue rapide qui vise à guider l'élaboration de politiques et de programmes à partir de données probantes (Dobbins, 2017). Cette

méthode convient tout à fait dans le cadre de cette revue qui vise ultimement à soutenir le développement de futures formations.

Cette revue rapide vise à répondre à la question suivante : quelles sont les caractéristiques des activités de simulation offertes aux professionnelles et professionnels de la santé afin de développer leur compétence à annoncer de mauvaises nouvelles? Cette question découle de la volonté de concevoir une formation en simulation pour développer les compétences en matière d'annonce de mauvaises nouvelles dans un hôpital de soins spécialisés. Avant même d'entreprendre la sélection des écrits, cette question de recherche a été validée, comme le conseille Dobbins (2017), auprès de la personne ayant manifesté ce besoin, une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ayant huit ans d'expérience. Une rencontre en personne a eu lieu pour clarifier les besoins réels du milieu et les buts de la revue des écrits. L'IPS a confirmé que la question de recherche reflétait les besoins de son milieu de brosser un portrait des caractéristiques des formations existantes. À son avis, la démarche semblait réalisable dans le temps imparti. Par la suite, elle a participé à chacune des étapes de cette revue en apportant ses commentaires.

Critères d'admissibilité

Les études retenues portaient sur les professionnelles et professionnels de la santé (médecins, infirmières et infirmiers, IPS, pharmaciennes et pharmaciens et personnel de radiologie), peu importe leur spécialité. La communauté étudiante a été exclue, à l'exception des résidentes et résidents ou internes en médecine; cette exclusion permettait de cibler les activités de simulation qui pourraient être introduites dans les milieux de pratique des personnes ayant terminé leur formation initiale ou étant sur le point de la terminer. Les contextes de formation clinique et universitaire ont été retenus. Les simulations virtuelles ou téléphoniques ont été exclues. Les études considérées concernent toutes des populations adultes, à l'exception des populations obstétricale et psychiatrique.

Les études considérées portaient sur des formations destinées à former les professionnelles et professionnels de la santé sur l'annonce de mauvaises nouvelles au moyen d'une activité de simulation. Ces formations étaient axées sur trois types d'annonce : 1) un diagnostic (p. ex., cancer, diabète); 2) une modification du plan de traitement (p. ex., soins palliatifs, dialyse); 3) le décès imminent de la personne. Ont été exclues les études portant sur des annonces communiquées à la famille, les annonces liées à des erreurs médicales, la violence conjugale et l'abus d'une personne mineure, ainsi que les discussions sur des problèmes éthiques (p. ex., refus de vaccination d'une personne mineure). La raison de ces exclusions est que ces sujets peuvent nécessiter la prise en compte de besoins spécifiques non applicables à d'autres types d'annonce. Par exemple, lorsque l'annonce du décès d'une personne est faite à la famille, les discussions liées au don d'organes peuvent occuper une grande place dans l'entretien (Morton et al., 2000), une situation peu transférable aux autres types de mauvaises nouvelles.

Stratégie de recherche

Une recherche a été menée dans les bases de données MEDLINE et CINAHL en utilisant une combinaison de mots-clés et de descripteurs liés aux trois concepts suivants : simulation, mauvaise nouvelle et professionnel(le)s de la santé. Seuls les articles en français et en anglais ont été considérés. Pour ne pas en restreindre le nombre d'écrits à cette étape, aucune limite en termes d'année de publication n'a été appliquée. Seules les études primaires ont été retenues.

Sélection des études

L'une des auteur(e)s a d'abord trié les articles à partir de leur titre et résumé en utilisant la plateforme Covidence (*Veritas Health Innovation*, Melbourne, Australie). Cet outil a été choisi car il permet de conserver une trace des différentes étapes de sélection des références lors d'une revue des écrits. Puis, il a été décidé d'exclure à cette étape les études ayant été publiées il y a plus de 10 ans afin de représenter l'actualité des connaissances sur le sujet. Cette décision a été prise en adéquation avec le guide sur la rédaction de revues rapides (Dobbins, 2017), lequel conseille de raffiner les critères d'inclusion ou d'exclusion si le nombre de références est trop élevé et ne permet pas de produire des résultats dans le temps imparti, ce qui était le cas à cette étape de la recherche. Une fois que le texte complet des articles retenus a été récupéré, la même auteure les a triés selon les critères d'éligibilité détaillés plus haut.

Extraction et synthèse des données

Les données ont été extraites à l'aide d'un tableau conçu par les auteur(e)s et adapté du tableau d'extraction de données proposé par Dobbins (2017). Des éléments provenant de la liste d'items TIDieR, un modèle spécialement développé pour faciliter la description et la réPLICATION des interventions (Hoffmann et al., 2014), y ont été ajoutés. Le tableau ainsi conçu a permis de caractériser les simulations proposées, leur contexte de réalisation et les résultats obtenus. Les données extraites ont été synthétisées dans des tableaux présentant chaque caractéristique ainsi que le nombre et le pourcentage d'études associées.

Voici les informations qui ont été recueillies :

- caractéristiques de l'étude (pays, milieu clinique);
- caractéristiques des personnes participantes (titre professionnel et nombre de personnes);
- caractéristiques de l'intervention (activités accompagnant la simulation, sujet de l'annonce, type de simulation, théories ou modèles utilisés);
- résultats d'apprentissage (nom, définition, méthode d'évaluation).

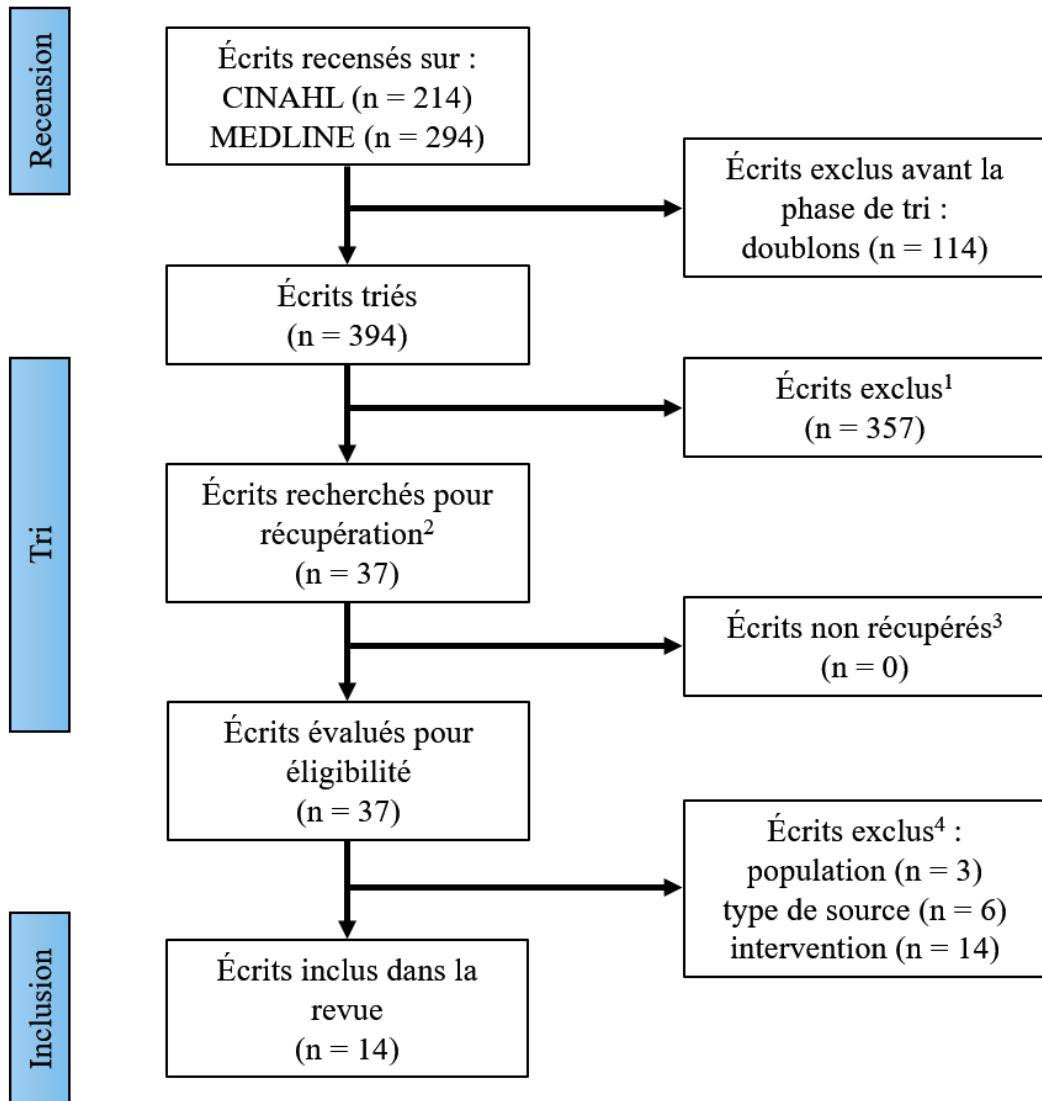
Les résultats d'apprentissages ont ensuite été classés selon les quatre niveaux du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2015); ces niveaux permettent d'évaluer une formation dans le but de l'améliorer et de favoriser le transfert des apprentissages en milieu de travail. Le niveau 1 est lié au degré de satisfaction des personnes participantes à l'égard de la formation (appréciation de la formation, perception de son utilité). Le niveau 2 renvoie à l'apprentissage, plus précisément aux connaissances et aptitudes acquises lors de la formation. Le niveau 3, lié au comportement, fait référence à l'application en milieu de travail des apprentissages effectués durant la formation. Enfin, le niveau 4 réfère aux résultats obtenus à l'échelle de l'organisation. Ce modèle a été choisi pour évaluer la valeur des formations proposées. Les quatre niveaux sont hiérarchisés de façon à ce que la satisfaction des personnes participantes à la formation et les apprentissages qu'elles en tirent (niveaux 1 et 2) puissent permettre le transfert de ces apprentissages en milieu de travail (niveau 3) et éventuellement produire des retombées sur l'organisation (niveau 4). Plus le niveau mesuré des résultats est élevé, plus les répercussions de la formation au sein du milieu de travail et de l'organisation seront grandes (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2015).

Résultats

La recherche initiale a permis de recenser (après le retrait des doublons) 394 articles (figure 1). Finalement, 14 études ont été retenues (Barbosa et al., 2019; Cannone et al., 2019; Chen et al., 2021; Cohen et al., 2016; Darrason et al., 2021; Dietrich et al., 2021; Fujimori et al., 2014; Ju et al., 2014; Ledford et al., 2020; Papadakos et al., 2021; Paramasivan et Khoo, 2020; Smith et al., 2023; Vergo et al., 2022; Yakhforoshha et al., 2019).

Figure 1

Diagramme de flux de la sélection des écrits dans le cadre de la revue rapide



¹ Écrits exclus pour non concordance avec les critères d’admissibilité lors du tri par lecture du titre et résumé.

² Écrits recherchés pour lecture du texte intégral.

³ La totalité des textes recherchés a été récupérée.

⁴ Écrits exclus en raison des caractéristiques méthodologiques de l’étude (population, type de source, intervention).

Caractéristiques des études

Les caractéristiques des 14 études retenues sont présentées au tableau 1. La moitié des études ($n = 7$, 50 %) a eu lieu en Amérique du Nord. La majorité des études ($n = 10$, 71 %) ont été réalisées auprès de résidentes et résidents ou internes en médecine, alors qu'une étude (7 %) portait sur des médecins, une autre (7 %) sur des infirmières et infirmiers en pratique avancée et deux autres (14 %) sur des personnes appartenant à différentes professions de la santé.

Tableau 1

Résumé des caractéristiques des études retenues ($n = 14$)

Caractéristiques	n (%)
Lieu	
Amérique	7 (50,0)
Asie	4 (28,6)
Europe	3 (21,4)
Personnes participantes	
Résidentes et résidents ou internes	10 (71,5)
Médecins	1 (7,1)
IPS	1 (7,1)
Autres*	2 (14,3)
Milieu	
Clinique	8 (57,2)
Universitaire	3 (21,4)
Non défini	3 (21,4)
Taille de l'échantillon (nombre de personnes participantes)	
0 à 25	7 (50)
26 à 50	2 (14)
51 à 75	5 (36)

* Personnes exerçant diverses professions de la santé

Tableau 2*Caractéristiques détaillées des études retenues (n = 14)*

Référence Pays	Personnes participantes (nombre)	Type d'intervention	Évaluation	Résultats d'apprentissage (effet)
Barbosa et al. (2019) Portugal	Résidentes et résidents (n = 64)	Conférence, simulation, pratique réflexive	Prétest, post-test immédiat et 3 mois après l'étude	Niveau 2 — Aptitudes; explorer la perspective de la personne soignée (+) Niveau 2 — Aptitudes; aborder les émotions (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, évaluation externe ¹)
Cannone et al. (2019) États-Unis	Internes (n = 20), résidentes et résidents (n = 2) en oncologie	Atelier, présentation interactive, jeu de rôle, débriefage	Prétest, post-test immédiat et 1 an après l'étude	Niveau 2 — Confiance; habileté à appliquer les techniques de communication (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, évaluation externe)
Chen et al. (2021) Taiwan	IPS (n = 61)	Conférence, simulation, commentaires constructifs	Prétest, post-test immédiat et 2 semaines après l'étude	Niveau 2 — Confiance; habileté à appliquer les techniques de communication (+) Niveau 2 — Aptitudes; explorer la perspective de la personne soignée (+) Niveau 3 — Comportement; satisfaction et perception de la personne soignée (=) Niveau 3 — Comportement; statut émotionnel du personnel professionnel et de la personne soignée (= personnel, - personne soignée)
Cohen et al. (2016) États-Unis	Internes en néphrologie (n = 26)	Séances didactiques, démonstration, simulation, rétroaction	Prétest, post-test immédiat et 3 mois après l'étude	Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, auto-évaluation)

Référence Pays	Personnes participantes (nombre)	Type d'intervention	Évaluation	Résultats d'apprentissage (effet)
Darrason et al. (2021) France	Résidents et résidentes en santé respiratoire (n = 52)	Jeu de rôle, débreffage	Prétest et post-test immédiat	Niveau 1 — Pertinence; pertinence de l'intervention (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, auto-évaluation) Niveau 2 — Attitude; appréhension et stress (=)
Dietrich et al. (2021) France	Résidents et résidentes en dermatologie (n = 15)	Breffage, simulation, débreffage, discussion de groupe	Post-test immédiat et 3 à 6 mois après l'étude	Niveau 1 — Pertinence; pertinence de l'intervention (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, auto-évaluation) Niveau 2 — Attitude; appréhension et stress (+)
Fujimori et al. (2014) Japon	Médecins oncologues (n = 16)	Conférence par ordinateur (avec texte et vidéo), brise-glace, simulation, discussion de groupe	Prétest, post-test immédiat et après 3 mois	Niveau 1 — Pertinence; pertinence de l'intervention (+) Niveau 2 — Confiance; habileté à appliquer les techniques de communication (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (évaluation externe, +) Niveau 2 — Attitude; épuisement professionnel et émotionnel (+)
Ju et al. (2014) États-Unis	Résidentes et résidents en radio-oncologie (n = 11)	Simulation, rétroaction, débreffage	Post-test immédiat	Niveau 1 — Satisfaction; face à l'intervention (+) Niveau 1 — Pertinence; pertinence de l'intervention (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, auto-évaluation)
Ledford et al. (2020) États-Unis	Médecins, résidentes et résidents, IPS, assistantes ou assistants du médecin,	Conférences, jeu de rôle, débreffage	Post-test immédiat	Niveau 1 — Pertinence; pertinence de l'intervention (+)

Référence Pays	Personnes participantes (nombre)	Type d'intervention	Évaluation	Résultats d'apprentissage (effet)
	pharmacières et pharmaciens (n = 53)			Niveau 2 — Connaissances; vérification des connaissances (+) Niveau 2 — Confiance; habileté à appliquer les techniques de communication (+) Niveau 3 — Comportement; satisfaction et perception de la personne soignée (+)
Papadakos et al. (2021) Canada	Infirmières et infirmiers (n = 16), résidentes et résidents (n = 16), internes (n = 16), stagiaires en radio-oncologie (n = 6) et stagiaires en oncologie (n = 10) Total (n = 64)	Modules interactifs en ligne, vidéos, discussion réflexive en groupe, simulation, débreffage et pratique réflexive	Prétest et post-test immédiat	Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, auto-évaluation) Niveau 2 — Engagement; intention d'appliquer les techniques de communication (=) Niveau 2 — Confiance; habileté à appliquer les techniques de communication (+)
Paramasivan et Khoo (2020) Singapour	Résidentes et résidents en anesthésie (n = 15)	Enseignement didactique, simulation, débreffage	Prétest et post-test immédiat	Niveau 1 — Satisfaction; face à l'intervention (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, évaluation externe)
Smith et al. (2023) États-Unis	Internes (n = 28)	Conférence, démonstration, simulation, rétroaction	Prétest et post-test immédiat	Niveau 1 — Satisfaction; face à l'intervention (+) Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, évaluation externe) Niveau 2 — Confiance; habileté à appliquer les techniques de communication (+)

Référence Pays	Personnes participantes (nombre)	Type d'intervention	Évaluation	Résultats d'apprentissage (effet)
Vergo et al. (2022) États-Unis	Résidentes et résidents en médecine interne (n = 20)	Vidéo, démonstration, discussion, simulation avec pairs, réflexion	Prétest, post-test immédiat et après 6 mois	Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, évaluation externe)
Yakhforoshha et al. (2019) Iran	Internes en oncologie (n = 19)	Présentation interactive, discussions de groupe, présentations artistiques, essai réflexif, simulation, débrefrage	Prétest, post-test immédiat et 3 post-tests aux 2 semaines	Niveau 2 — Aptitudes; communication (+, évaluation externe)

Notes.

+ : un changement significatif positif a été observé en faveur de l'intervention pour le résultat d'apprentissage concerné;

= : aucun changement significatif n'a été observé

- : un changement significativement négatif a été observé

¹ Évaluation externe : les aptitudes de communication sont notées par des observatrices et observateurs externes

Parmi les 14 études retenues, l'on compte des études pilotes, des études longitudinales, quasi expérimentales, une étude exploratoire et une étude croisée. La majorité (n = 8, 57 %) a eu lieu en milieu clinique (Chen et al., 2021; Cohen et al., 2016; Dietrich et al., 2021; Fujimori et al., 2014; Ledford et al., 2020; Paramasivan et Khoo, 2020; Smith et al., 2023; Yakhforoshha et al., 2019). La formation était alors présentée par le centre hospitalier comme un élément du programme de résidence en médecine (Dietrich et al., 2021; Ledford et al., 2020; Paramasivan et Khoo, 2020) ou comme une activité de formation destinée aux internes qui pouvaient être libéré(e)s de leurs responsabilités cliniques pour y participer (Cohen et al., 2016; Smith et al., 2023; Yakhforoshha et al., 2019). Trois études (21 %) ont intégré les activités de simulation en contexte pédagogique, c'est-à-dire que les activités avaient lieu dans des locaux universitaires comme des salles de classe ou de simulation (Barbosa et al., 2019; Cannone et al., 2019; Papadakos et al., 2021). L'échantillon de la moitié des études (n = 7, 50 %) comptait 25 personnes participantes ou moins, alors qu'il regroupait entre 51 et 75 pour 5 des 14 études (36 %). Une seule étude, une étude pilote, avait un groupe contrôle (Chen et al., 2021).

Caractéristiques des formations

La majorité des formations proposent, outre la simulation, d'autres activités pédagogiques pour former les professionnelles et professionnels de la santé à annoncer de mauvaises nouvelles (n = 12, 86 %). Ces activités pédagogiques sont réalisées avant ou après la simulation. L'activité la plus courante est la conférence ou la présentation magistrale (n = 8, 57 %). Plusieurs formations incluent des discussions de groupe (n = 5, 36 %), des vidéos ou des modules interactifs en ligne (n = 4, 29 %). Trois études (21 %) utilisaient la démonstration, c'est-à-dire que les personnes formatrices ou actrices simulaient l'annonce d'une mauvaise nouvelle alors que les personnes participantes les observaient pour ensuite prendre part à une séance de débrefrage ou de discussion en groupe (Cohen et al., 2016; Smith et al., 2023; Vergo et al., 2022).

La majorité des formations (n = 11, 79 %) proposait un débrefrage après la simulation. Parmi les autres types d'activités utilisées pour accompagner la simulation, mentionnons la pratique réflexive, la présentation interactive et des ateliers brise-glace ou des approches

artistiques. Seules deux études (14 %) n'ont utilisé que la simulation sans aucune autre activité pédagogique (Darrason et al., 2021; Ju et al., 2014).

La simulation par des interprètes, utilisée dans six études (43 %), est la plus courante (Barbosa et al., 2019; Cohen et al., 2016; Dietrich et al., 2021; Ledford et al., 2020; Papadakos et al., 2021; Yakhforoshha et al., 2019). Il s'agit généralement d'actrices et d'acteurs professionnels à qui l'on remet un script ou un scénario. Ces interprètes participent ensuite à une ou plusieurs séances pratiques, souvent dirigées par les personnes formatrices, en vue d'incarner une patientèle crédible (Barbosa et al., 2019). Un autre type de simulation utilisée dans deux études (14 %) est le jeu de rôle où les pairs (ou la personne enseignante) incarnent le rôle de la personne soignée en utilisant le script qui leur est fourni (Cannone et al., 2019; Vergo et al., 2022). Deux études (14 %) utilisent à la fois la simulation avec des actrices et acteurs professionnels ainsi que le jeu de rôle avec les pairs à des fins de comparaison (Darrason et al., 2021; Paramasivan et Khoo, 2020). Six études (43 %) rapportent faire appel à une patientèle simulée ou standardisée sans toutefois préciser le type de simulation.

Dans la majorité des études, l'annonce des mauvaises nouvelles est liée au diagnostic ou à la progression d'un cancer ($n = 8$, 57 %). Dans deux études (14 %), ce sont des maladies chroniques qui sont annoncées (Cohen et al., 2016; Ledford et al., 2020) alors que deux autres études (14 %) portent sur plus d'un type de nouvelles (Barbosa et al., 2019; Smith et al., 2023). La durée des simulations et le nombre de séances de simulation varient grandement d'une étude à l'autre, sans compter que parfois, ces paramètres ne sont pas du tout mentionnés. Le nombre de séances de simulation ou de scénarios, lorsque mentionné, varie de deux (Chen et al., 2021; Ju et al., 2014; Yakhforoshha et al., 2019) à huit (Papadakos et al., 2021; Paramasivan et Khoo, 2020).

Les théories et modèles utilisés par les études sont présentés au tableau 3. Deux modèles sont utilisés dans plus d'une étude : SPIKES ($n = 7$, 50 %) et SHARE ($n = 2$, 14 %), deux acronymes rappelant les éléments à considérer lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. L'acronyme SPIKES fait référence à l'environnement physique (*Setting up*), la perception de la personne (*Perception*), la demande de permission pour discuter d'un sujet (*Invitation*), les informations à fournir en utilisant un vocabulaire approprié (*Knowledge*), l'empathie et la considération des émotions (*Emotions with Empathy*) ainsi que les stratégies à mettre en place dans le futur (*Strategy ou summary*) (Barbosa et al., 2019; Cannone et al., 2019; Dietrich et al., 2021; Ledford et al., 2020; Paramasivan et Khoo, 2020; Smith et al., 2023; Yakhforoshha et al., 2019). Teike Lüthi et Cantin (2011) font part de la traduction française de cet acronyme : EPICES (environnement, perception de la personne, invitation, connaissances, empathie, stratégies et synthèse).

L'acronyme SHARE renvoie à l'environnement physique (*Setting*), à la façon d'annoncer la nouvelle (*How*), aux informations additionnelles à transmettre selon les besoins de la personne (*Additional Information*) ainsi qu'à l'importance de considérer les émotions avec empathie (*Reassurance*) (Chen et al., 2021; Fujimori et al., 2014). Les 14 autres théories et modèles recensés ont été utilisés dans une seule étude chacun. Selon des études, les modèles et théories pouvaient servir de base théorique pour la mise sur pied des activités d'enseignement accompagnant la simulation ou être utilisés pour le développement d'outils d'évaluation de la performance des personnes participantes et de l'efficacité de la formation.

Tableau 3

Théories et modèles utilisés dans les études retenues

Nom des théories ou modèles	n (%)
Modèle SPIKES (ou EPICES) ¹	7 (50)
Modèle SHARE ²	2 (14)
Modèle de soins centrés sur la relation ³	1 (7)
<i>Verona Coding Definitions of Emotional Sequences and Health Provider Responses</i> (VR-CoDES) ³	1 (7)
Modèle <i>Ask-Tell-Ask</i> ⁴	1 (7)
Approche centrée sur la personne apprenante ⁴	1 (7)
Outil mnémotechnique NURSE ⁴	1 (7)
Système d'analyse <i>Roter Interaction</i> ⁵	1 (7)
Instrument de mesure <i>Malash Burnout Inventory</i> ⁵	1 (7)
Liste essentielle d'éléments de communication Kalamazoo ⁶	1 (7)
Méthode ROADMAP pour personnes diabétiques ⁷	1 (7)
Outil mnémotechnique COMFORT ⁷	1 (7)
Méthodologie <i>VitalTalk</i> ⁸	1 (7)
Guide de conversation sur les maladies graves ⁹	1 (7)
Théorie de l'activité ¹⁰	1 (7)
Théorie de l'apprentissage transformateur ¹⁰	1 (7)

¹ Barbosa et al., 2019; Cannone et al., 2019; Dietrich et al., 2021; Ledford et al., 2020; Paramasivan et Khoo, 2020; Smith et al., 2023; Yakhforoshha et al., 2019.

² Chen et al., 2021; Fujimori et al., 2014.

³ Barbosa et al., 2019.

⁴ Cohen et al., 2016.

⁵ Fujimori et al., 2014.

⁶ Ju et al., 2014.

⁷ Ledford et al., 2020.

⁸ Smith et al., 2023.

⁹ Vergo et al., 2022.

¹⁰ Yakhforoshha et al., 2019

Résultats d'apprentissage

Chaque étude utilise son propre instrument pour évaluer les résultats d'apprentissage de la formation. Toutefois, deux principaux types d'instrument sont utilisés. Le premier est le questionnaire d'auto-évaluation que les personnes participantes remplissent pour évaluer leur satisfaction face à la formation (ce qui renvoie au niveau 1 du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2015) ou pour évaluer la perception de leurs habiletés de communication en matière d'annonce de mauvaises nouvelles (niveau 2 du même modèle). Le deuxième type d'outil est une liste à cocher que des personnes observatrices remplissent durant ou après la simulation pour évaluer objectivement la performance des personnes participantes (niveau 2 du modèle). Certaines études emploient les deux types d'outils, alors que d'autres n'en utilisent qu'un seul.

Puisque la description des résultats d'apprentissage est un objectif secondaire de cette revue, il convient de se pencher sur le moment où ces résultats ont été mesurés pour mieux les situer temporellement dans le contexte de la formation des personnes participantes. Le tableau 2 indique que pour la moitié des études ($n = 7$, 50 %), les mesures ont été effectuées à trois moments : avant la formation, tout de suite après, ainsi que lors d'un post-test ultérieur (effectué une semaine à un an après l'intervention selon les études). Quatre études (29 %) ont fait uniquement un prétest et un post-test immédiat. Les trois études restantes ont effectué uniquement un post-test ($n = 2$, 14 %) ou un post-test et un post-test ultérieur ($n = 1$, 7 %).

Les résultats d'apprentissage sont résumés au tableau 4. Malgré la grande variabilité des pratiques de simulation utilisées dans les études, il a tout de même été possible de classer tous les résultats d'apprentissage selon les quatre niveaux du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2015). En effet, les résultats étaient assez détaillés pour permettre de déterminer quel niveau du modèle était concerné : la réaction; l'apprentissage; le comportement; ou les résultats à l'échelle organisationnelle. Certaines études évaluaient des éléments du niveau 1, c'est-à-dire la satisfaction à l'égard de l'intervention ($n = 3$, 21 %) et la pertinence de l'intervention selon les personnes participantes ($n = 5$, 36 %). Tous les changements mesurés relatifs à ces deux éléments sont significativement positifs; autrement dit, les personnes participantes ont apprécié la formation et l'ont trouvée pertinente. Les résultats rapportés par les études sont majoritairement de niveau 2 et englobent : les connaissances ($n = 1$, 7 %); la perception des personnes participantes de leurs aptitudes de communication ($n = 5$, 36 %); les aptitudes de communication évaluées par des personnes observatrices ($n = 7$, 50 %); l'attitude d'appréhension ou de stress ($n = 2$, 14 %); l'épuisement professionnel et émotionnel ($n = 1$, 7 %); la confiance ($n = 6$, 43 %) et l'engagement ($n = 1$, 7 %). Les résultats indiquent une amélioration significative des connaissances et des aptitudes des personnes participantes en matière d'annonce de mauvaises nouvelles, et ce, autant lorsque leurs aptitudes étaient autoévaluées que lorsqu'elles étaient évaluées par une personne externe. On remarque une amélioration significative de la considération de la perspective de la personne et de ses émotions. La formation proposée par Darrason et al. (2021) n'a pas diminué de façon significative l'appréhension des professionnelles et professionnels de la santé et leur niveau de stress face à la rencontre : leur sentiment d'inquiétude demeure présent avant et durant l'événement. Une seule étude a évalué l'incidence de l'épuisement professionnel et émotionnel des personnes participantes avant et après la formation, indiquant une réduction significative des résultats d'apprentissage trois mois après la formation (Fujimori et al., 2014). La confiance des professionnelles et professionnels dans l'application des techniques de communication a significativement augmenté. Toutefois, leur intention d'appliquer ces techniques est demeurée inchangée (Papadakos et al., 2021).

Tableau 4

Résumé des résultats d'apprentissage, classés selon les quatre niveaux du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2015) (n = 14)

Niveaux du modèle de Kirkpatrick évalués	n (%)	ΔS	ΔNS	s.o.
Niveau 1 — Satisfaction face à l'intervention	3 (21)	3		
Niveau 1 — Pertinence de l'intervention	5 (36)	5		
Niveau 2 — Connaissances	1 (7)	1		
Niveau 2 — Aptitudes				
- Communication (perçue)	5 (36)	5		
- Communication (évaluée)	7 (50)	6		1
- Explorer la perspective de la personne soignée	2 (14)	2		
- Aborder les émotions	1 (7)	1		
Niveau 2 — Attitude				
- Appréhension et niveau de stress face à la rencontre ^a	2 (14)	1	1	
- Épuisement professionnel et émotionnel ^a	1 (7)	1		
Niveau 2 — Confiance : habileté à appliquer les techniques de communication	6 (43)	5		
Niveau 2 — Engagement : intention d'appliquer les techniques de communication	1 (7)		1	
Niveau 3 — Comportement				
- Satisfaction et perception de la personne à l'égard de la discussion avec la personne soignante	2 (14)	1	1	
- État émotionnel de la personne soignante et de la personne soignée	1 (7)	1 ^b		

Notes.

ΔS : changement significatif; ΔNS : changement non significatif; s.o. : sans objet.

^a Résultats d'apprentissage montrant un changement à la baisse.

^b Changement significativement négatif.

Peu d'études ont mesuré des résultats de niveau 3. Seuls la satisfaction et la perception de la personne (n = 2, 14 %) et le statut émotionnel de la personne soignante et de la personne (n = 1, 7 %) ont été mesurés. Des deux études ayant mesuré la satisfaction et la perception de la personne, l'une a montré une augmentation après la formation (Ledford et al., 2020), alors que l'autre n'a montré aucun changement significatif (Chen et al., 2021). Le statut émotionnel, mesuré dans une seule étude, a montré une dégradation significative chez la personne soignée (Chen et al., 2021). Aucune étude n'a mesuré de résultats du niveau 4.

Discussion

Cette revue rapide des écrits visait un double objectif : 1) décrire les caractéristiques des activités de simulation destinées à développer la compétence des professionnelles et professionnels de la santé à annoncer de mauvaises nouvelles; 2) décrire les résultats d'apprentissage à la suite de ces formations. La majorité des études ont été menées auprès de résidentes et résidents en médecine ou d'internes, souvent en milieu hospitalier. Les études portant sur des membres d'autres professions de la santé, comme des médecins ou des infirmières et infirmiers en pratique spécialisée (IPS), sont plus rares. Pourtant, plusieurs professionnelles et professionnels de la santé ayant terminé leur formation universitaire déclarent ne pas avoir reçu de formation pour développer leur compétence à annoncer de mauvaises nouvelles et redoutent souvent ces moments difficiles (Fulmer et al., 2018; Herzog et al., 2023). Pour cette raison, il semble nécessaire qu'une formation leur soit offerte en milieu de travail et qu'elle fasse l'objet d'une évaluation.

Les formations proposées dans les études de cette revue (où la simulation était souvent accompagnée d'autres modalités éducatives) ont généralement produit des résultats positifs sur l'apprentissage des personnes participantes. Ces dernières ont jugé que les formations étaient pertinentes et qu'elles leur permettaient d'améliorer leurs aptitudes de communication et leur confiance à les mettre en application auprès des personnes soignées. Cependant, l'hétérogénéité des activités pédagogiques offertes conjointement à la simulation ne permet pas de dégager des tendances ou de tirer des conclusions sur les meilleures pratiques dans le domaine. Il faudrait mener d'autres études pour distinguer les modalités pédagogiques des formations sur l'annonce de mauvaises nouvelles qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats d'apprentissage. Par exemple, il serait pertinent de comparer l'influence des différentes activités pédagogiques utilisées conjointement à la simulation sur les résultats obtenus. Cette analyse guiderait la mise sur pied de formations plus efficaces.

Plusieurs tendances se dégagent de l'observation de certaines caractéristiques des formations. D'une part, la majorité des formations incluait un débreffage en post-simulation. Le débreffage se définit comme l'analyse d'un événement par les personnes participantes qui leur permet de réfléchir sur leur expérience et d'apprendre de celle-ci (Fanning et Gaba, 2007). Un débreffage de qualité est considéré comme une composante intrinsèque et essentielle des activités de simulation pour le développement des compétences (Schertzer et Patti, 2022). Faute de proposer un débreffage, certaines des études de cette revue recourraient toutefois à des activités sollicitant des « commentaires constructifs » après la simulation (Chen et al., 2021). Comme ces activités n'étaient pas décrites en détail, il est possible qu'elles aient pu s'apparenter à une séance de débreffage.

D'autre part, on remarque qu'une majorité de formations incluait minimalement une présentation magistrale, souvent en début de formation. Elle servait à présenter le programme de formation ainsi que les notions de base du déroulement d'une annonce d'une mauvaise nouvelle. Selon les meilleures pratiques en simulation, il est primordial de réserver du temps pour le breffage avant d'entreprendre une activité de simulation (Lioce et al., 2015). Cette période, variable selon les cadres théoriques utilisés et selon l'expérience des personnes participantes, sert à établir un climat respectueux, à discuter des attentes et à renseigner sur le déroulement de l'activité à venir (Lioce et al., 2015). Dans la majorité des articles de cette revue, le breffage comprenait la présentation d'un modèle théorique, souvent les modèles SPIKES ou SHARE. Les études qui ont présenté des vidéos ou des modules interactifs en ligne les ont utilisés à une même fin, c'est-à-dire

comme une introduction à la formation et comme un rappel de notions importantes avant d'entreprendre les simulations.

La comparaison des modèles SPIKES et SHARE, les deux plus fréquemment utilisés, permet de déceler plusieurs similitudes. Ces modèles abordent l'environnement physique, la préparation à la rencontre, le choix de l'information à transmettre selon les besoins de la personne, les émotions de cette dernière et soulignent l'importance de démontrer de l'empathie (Baile et al., 2000; Fujimori et al., 2014). Peu importe l'acronyme utilisé, ces éléments semblent pertinents à inclure dans toute formation sur le sujet afin d'assurer une bonne connaissance des pratiques à adopter pour que l'annonce se déroule dans les meilleures conditions possibles.

En ce qui concerne les types de mauvaises nouvelles étudiés dans les articles sélectionnés, la majorité des études (plus de 57 %) se concentrait sur de mauvaises nouvelles relevant du domaine de l'oncologie, c'est-à-dire des annonces de cancer ou de récidives de la maladie. L'on peut se questionner sur la transférabilité des modalités de formation proposées lorsque d'autres types d'annonce sont en cause. Une prochaine étape serait d'explorer d'autres types d'annonce, comme l'annonce d'une erreur médicale, ou encore les annonces communiquées à la famille de la personne. Cela permettrait d'observer d'autres tendances et de bonifier les résultats actuels.

Le tableau 4 montre que les résultats d'apprentissage à la suite des formations sont majoritairement positifs. Toutes les études ayant mesuré la satisfaction des personnes participantes ainsi que leur avis sur la pertinence de la formation ont obtenu des réponses positives. La simulation est d'ailleurs reconnue pour améliorer la confiance en soi ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle (Servotte et al., 2019). Les connaissances et les aptitudes des personnes participantes se sont généralement améliorées de façon significative à la suite de la formation, et ce, autant lorsque les aptitudes étaient autoévaluées que lorsqu'elles étaient notées par des observatrices et observateurs externes. Papadakos et al. (2021) ont effectué une étude portant sur une formation destinée à des professionnelles et professionnels dans le domaine de l'oncologie qui a utilisé la simulation avec des patientes et des patients standardisés. Les résultats indiquent que les personnes participantes, autant en prétest qu'en post-test, reconnaissaient que le fait de posséder de bonnes habiletés de communication était d'une grande importance en milieu clinique. Leur intention d'appliquer des techniques de communication lors des entretiens d'annonce, ferme avant la formation, est demeurée tout aussi ferme en post-formation, ce qui pourrait expliquer pourquoi aucun changement n'a été observé. Finalement, une seule étude (Chen et al., 2021) a montré un changement significativement négatif à la suite de la formation ($p = 0,01$). En effet, Chen et al. (2021) ont constaté que les personnes recevant l'annonce d'une mauvaise nouvelle par le personnel soignant qui avait participé à la formation proposée étaient plus déprimées que celles du groupe contrôle. Les auteurs de cet article émettent l'hypothèse que le type de cancer annoncé est possiblement en cause. Les personnes du groupe d'intervention ont reçu proportionnellement plus d'annonces de cancers au niveau de la tête ou du cou, ce qui aurait pu affecter leur état émotionnel vu que des changements de l'apparence physique peuvent être plus apparents avec ces cancers.

Bien que la plupart des résultats d'apprentissage observés à la suite des formations soient positifs, il importe de souligner que les résultats d'apprentissage se classent majoritairement au niveau 2 du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2015). Cela signifie que les apprentissages effectués lors des formations ne sont pas forcément transférables en milieu clinique. Par conséquent, il est impossible de prédire l'incidence réelle de ces apprentissages auprès des personnes soignées. Il convient d'en tenir compte au cas où l'on voudrait élaborer une formation en se basant sur les caractéristiques des formations présentées dans cette revue.

Forces et faiblesses

Cette revue des écrits a été menée selon la méthode reconnue de revue rapide de Dobbins (2017) et deux bases de données scientifiques ont été consultées pour la recherche des écrits. L'étape de sélection des écrits a en outre été précédée d'une rencontre avec une personne experte pratiquant depuis des années dans le domaine de la santé et étant chargée de la création de formations pédagogiques, et ce, pour assurer la cohérence de la question de recherche et la concordance avec les besoins du milieu.

Cependant, l'étape trois de la méthode, qui consiste à « évaluer la qualité des méthodes d'étude employées afin de déterminer si les résultats sont dignes de confiance » (Dobbins, 2017, p. 17), a été omise afin de permettre l'obtention de résultats dans le temps imparti. Cette revue permet tout de même de brosser un portrait des études publiées au cours des dix dernières années dans le domaine de la formation sur l'annonce de mauvaises nouvelles au moyen de la simulation. Rappelons que seuls les articles rédigés en français ou en anglais ont été retenus, limitant la portée des résultats. Toutes les étapes de tri des écrits ont été effectuées par une seule personne réviseuse, ce qui peut induire un biais. Comme la majorité des études incluses dans cette revue portaient sur des résidentes, des résidents ou des internes en médecine, la question de la transférabilité des résultats auprès des autres professionnelles et professionnels de la santé, notamment les IPS, se pose.

Conclusion

Cette revue rapide des écrits visait à décrire les caractéristiques des activités de simulation offertes aux professionnelles et professionnels de la santé dans le but de les former à annoncer de mauvaises nouvelles. Menées pour la plupart en milieu clinique auprès de résidentes et résidents en médecine ou d'internes, les études adoptent comme base théorique le modèle SPIKES ou SHARE. La simulation était fréquemment associée à diverses activités pédagogiques, puis à un débreffage.

Cet article a permis de brosser un portrait des principales caractéristiques des formations basées sur la simulation pour l'annonce des mauvaises nouvelles. Puisque la majorité des résultats d'apprentissage sont positifs, l'on peut s'inspirer de ce portrait pour élaborer de futures formations. Des formations pourront ainsi être adaptées aux besoins des médecins, des IPS et des membres des autres professions de la santé régulièrement appelés à annoncer de mauvaises nouvelles. Dans certains milieux, les résultats de cette revue pourraient être utilisés pour bonifier les pratiques déjà en place de formation en annonce de mauvaises nouvelles, en intégrant par exemple le modèle SPIKES.

En revanche, il n'existe pas ou très peu de données sur l'influence de ces formations sur le déroulement de réelles consultations visant l'annonce de mauvaises nouvelles. Il serait intéressant d'explorer la perspective des personnes soignées dans ce contexte. Il est aussi impossible de déterminer quelles sont les activités qui entraînent les résultats d'apprentissage observés, vu leur trop grande variabilité, ce qui complique le choix des modalités à inclure dans une nouvelle formation. À l'heure actuelle, il ne semble pas y avoir suffisamment de données pour entreprendre une revue systématique de l'efficacité des formations basées sur la simulation pour développer la compétence à annoncer de mauvaises nouvelles. Il serait souhaitable de pousser plus loin l'étude du sujet pour parfaire les connaissances et perfectionner l'offre de formation pour les personnes qui exercent une profession de la santé.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2023). *Infirmières et infirmiers praticiens*.
<https://cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens>
- Baile, W. F. (2015). Giving bad news. *The Oncologist*, 20(8), 852–853.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0250>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. et Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barbosa, M., Del Piccolo, L. et Barbosa, A. (2019). Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1104–1110. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.013>
- Barnett, M. M., Fisher, J. D., Cooke, H., James, P. R. et Dale, J. (2007). Breaking bad news: Consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. *Medical Education*, 41(10), 947–956. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02832.x>
- Bragard, I., Servotte, J.-C., Van Cauwenberge, I., Donneau, A.-F., Dardenne, N., Tubes, R., Cardos, B., Guillaume, M. et Ghysen, A. (2018). Breaking bad news in the emergency department: a randomized controlled study of a training using role-play simulation. *Critical Care*, 22 (suppl. 1). <https://hdl.handle.net/2268/225358>
- Cannone, D., Atlas, M., Fornari, A., Barilla-LaBarca, M.-L. et Hoffman, M. (2019). Delivering challenging news: An illness-trajectory communication curriculum for multispecialty oncology residents and fellows. *MedEdPORTAL*, 15, 10819-10829.
https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10819
- Chen, S.-H., Chen, S.-Y., Yang, S.-C., Chien, R.-N., Chen, S.-H., Chu, T.-P., Fujimori, M. et Tang, W.-R. (2021). Effectiveness of communication skill training on cancer truth-telling for advanced practice nurses in Taiwan: A pilot study. *Psycho-Oncology*, 30(5), 765–772. <https://doi.org/10.1002/pon.5629>
- Chiniara, G. (2019). *Clinical simulation: education, operations and engineering* (2e éd.). Elsevier.
- Cohen, R. A., Jackson, V. A., Norwich, D., Schell, J. O., Schaefer, K., Ship, A. N. et Sullivan, A. M. (2016). A nephrology fellows' communication skills course: an educational quality improvement report. *American Journal of Kidney Diseases*, 68(2), 203–211.
<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.01.025>
- Corke, C. F., Stow, P. J., Green, D. T., Agar, J. W. et Henry, M. J. (2005). How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. *BMJ*, 330(7484), 182. <https://doi.org/10.1136/bmj.38293.435069.DE>
- Dale MacLaine, T., Lowe, N. et Dale, J. (2021). The use of simulation in medical student education on the topic of breaking bad news: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2670–2681. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.004>

- Darrason, M., Souquet, P.-J. et Couraud, S. (2021). Standardized vs peer-played patients for learning how to break bad news in lung cancer: A prospective crossover study. *Respiratory Medicine and Research*, 80, 100856. <https://doi.org/10.1016/j.resmer.2021.100856>
- Dietrich, E., Le Corre, Y., Dupin, N., Dréno, B., Cartier, I., Granry, J. C. et Martin, L. (2021). Benefits of simulation using standardized patients for training dermatology residents in breaking bad news. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 148(3), 156–160. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.11.003>
- Dobbins, M. (2017). *Rapid review guidebook: Steps for conducting a rapid review*. National Collaborating Centre for Methods and Tools. <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/800fe34eaedbad09edf80ad5081b9291acf1c0c2.pdf>
- Fanning, R. M. et Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare*, 2(2), 115–125. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539>
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Akizuki, N., Katsumata, N., Kubota, K. et Uchitomi, Y. (2014). Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. *Palliative and Supportive Care*, 12(5), 379–386. <https://doi.org/10.1017/S147895151300031X>
- Fulmer, T., Escobedo, M., Berman, A., Koren, M. J., Hernández, S. et Hult, A. (2018). Physicians' views on advance care planning and end-of-life care conversations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1201–1205. <https://doi.org/10.1111/jgs.15374>
- Garderet, L., Ollivier, M.-P., Najman, A. et Gorin, N.-C. (2006). L'annonce d'une mauvaise nouvelle. Revue de la littérature. *Oncologie*, 8, HS126–HS131. <https://doi.org/10.1007/s10269-006-0564-2>
- Grassi, L., Caruso, R. et Costantini, A. (2015). Communication with patients suffering from serious physical illness. Dans R. Balon et T. N. Wise (dir.), *Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface: Update on Psychosomatics for the 21st Century* (vol. 34, p. 10-23). Karger. <https://doi.org/10.1159/000369050>
- Herzog, E. M., Pirmorady Sehouli, A., Boer, J., Pietzner, K., Petru, E., Heinzelmann, V., Roser, E., Dimitrova, D., Oskay-Özcelik, G., Camara, O. et Sehouli, J. (2023). How to break bad news and how to learn this skill: results from an international North-Eastern German Society for Gynecological Oncology (NOGGO) survey among physicians and medical students with 1089 participants. *International Journal of Gynecological Cancer*, 33(12), 1934–1942. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004693>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W. et Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

- Jalali, R., Jalali, A. et Jalilian, M. (2023). Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon*, 9(4), e14734-e14743.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14734>
- Ju, M., Berman, A. T., Hwang, W.-T., LaMarra, D., Baffic, C., Suneja, G. et Vapiwala, N. (2014). Assessing interpersonal and communication skills in radiation oncology residents: a pilot standardized patient program. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 88(5), 1129–1135.
<https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2014.01.007>
- Kirkpatrick, J. et Kirkpatrick, W. K. (2015). *An Introduction to the New World Kirkpatrick® Model*. Kirkpatrick Partners. <https://www.kirkpatrickpartners.com/wp-content/uploads/2021/11/Introduction-to-The-New-World-Kirkpatrick%C2%AE-Model.pdf>
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A. et Panagiotou, A. (2021). Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 15–20. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.15-20>
- Ledford, C. J. W., Seehusen, D. A., Cafferty, L. A., Rider, H. A., Rogers, T., Fulleborn, S., Clauson, E., Ledford, C. C., Trigg, S., Jackson, J. T. et Crawford, P. F. (2020). Diabetes ROADMAP: teaching guideline use, communication, and documentation when delivering the diagnosis of diabetes. *MedEdPORTAL*, 16, 10 959.
https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10959
- Lioce, L., Meakim, C. H., Fey, M. K., Chmil, J. V., Mariani, B. et Alinier, G. (2015). Standards of best practice: simulation standard IX: simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(6), 309–315. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005>
- Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H. et Perri, G. A. (2023). Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news – a systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(11), 1231–1260.
<https://doi.org/10.1177/10499091221146296>
- Morton, J., Blok, G. A., Reid, C., van Dalen, J. et Morley, M. (2000). The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): Enhancing communication skills with bereaved relatives. *Anaesthesia and Intensive Care*, 28(2), 184–190.
<https://doi.org/10.1177/0310057X0002800210>
- Ngo-Metzger, Q., August, K. J., Srinivasan, M., Liao, S. et Meyskens, F. L., Jr (2008). End-of-life care: guidelines for patient-centered communication. *American Family Physician*, 77(2), 167–174.
- Papadakos, C. T., Stringer, T., Papadakos, J., Croke, J., Embleton, A., Gillan, C., Miller, K., Weiss, A., Wentlandt, K. et Giuliani, M. (2021). Effectiveness of a multiprofessional, online and simulation-based difficult conversations training program on self-perceived competence of oncology healthcare provider trainees. *Journal of Cancer Education*, 36(5), 1030–1038. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01729-x>

- Paramasivan, A. et Khoo, D. (2020). Standardized patients versus peer role play-exploring the experience, efficacy, and cost-effectiveness in residency training module for breaking bad news. *Journal of Surgical Education*, 77(2), 479–484.
<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.10.009>
- Ptacek, J. T. et Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *JAMA*, 276(6), 496–502. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540060072041>
- Rosenzweig, M. Q. (2012). Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *The Nurse Practitioner*, 37(2), 1–4.
<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000408626.24599.9e>
- Schertzer, K. et Patti, L. (2022). In situ debriefing in medical simulation. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549876/>
- Servotte, J. C., Bragard, I., Szyld, D., Van Ngoc, P., Scholtes, B., Van Cauwenberge, I., Donneau, A.-F., Dardenne, N., Goosse, M., Pilote, B., Guillaume, M. et Ghysen, A. (2019). Efficacy of a short role-play training on breaking bad news in the emergency department. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 20(6), 893–902.
- Shaw, J., Brown, R., Heinrich, P. et Dunn, S. (2013). Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 203–208.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.009>
- Smith, M. M., Secunda, K. E., Cohen, E. R., Wayne, D. B., Vermeylen, J. H. et Wood, G. J. (2023). Clinical experience is not a proxy for competence: comparing fellow and medical student performance in a breaking bad news simulation-based mastery learning curriculum. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(4), 423–430.
<https://doi.org/10.1177/10499091221106176>
- Teike Lüthi, F. et Cantin, B. (2011). Annonce de mauvaises nouvelles : une pointe d'EPICES dans l'apprentissage. *Revue médicale suisse*, 7(277), 85–87.
https://www.revmed.ch/view/515216/4211392/RMS_277_85.pdf
- Vergo, M. T., Cullinan, A., Wilson, M., Wasp, G., Foster-Johnson, L. et Arnold, R. M. (2022). Low-cost, low-resource training model to enhance and sustain serious illness conversation skills for internal medicine residents. *Journal of Palliative Medicine*, 25(11), 1708–1714. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0247>
- Yakhforoshha, A., Emami, S. A. H., Shahi, F., Shahsavari, S., Cheraghi, M., Mojtabahedzadeh, R., Mahmoodi-Bakhtiari, B. et Shirazi, M. (2019). Effectiveness of integrating simulation with art-based teaching strategies on oncology fellows' performance regarding breaking bad news. *Journal of Cancer Education*, 34(3), 463–471.
<https://doi.org/10.1007/s13187-018-1324-x>