



HAL
open science

Évaluation d'une formation en communication en réanimation pédiatrique

Floriane Ducert

► **To cite this version:**

Floriane Ducert. Évaluation d'une formation en communication en réanimation pédiatrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03367230

HAL Id: dumas-03367230

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03367230>

Submitted on 6 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Evaluation d'une formation en communication en réanimation pédiatrique

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 28 Septembre 2021

Par Madame Floriane DUCERT

Née le 8 septembre 1992 à Paray-Le-Monial (71)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PÉDIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHEL Fabrice

Président

Monsieur le Professeur ANDRE Nicolas

Assesseur

Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NEUROCHIRURGIE 4902

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1, FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

NUTRITION 4404

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

FELICIAN Olivier (PU-PH)

DAVID Thierry (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

DESSI Patrick (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Fabrice Michel,

Je vous suis reconnaissante de m'avoir proposé de travailler avec votre équipe sur ce projet passionnant et si important dans notre pratique de la médecine. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, et vous adresse ma plus respectueuse considération.

A Messieurs les Professeurs Nicolas André et Pierre Le Coz, à Monsieur le Dr Barthélémy Tosello,

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail dont le contenu vous tient à cœur.

A Mesdames les Docteurs Céline Grimaldi et Noémie Vanel, à Monsieur le Docteur César Roncin, à Madame Rachel Ohnouna, à Sonia et Corentin, aux internes ayant participé à l'étude,

Un énorme merci pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de ce projet. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre enthousiasme.

A Madame le Docteur Patricia Garcia,

Un immense merci pour ton aide et ta gentillesse pour la réalisation de mon mémoire de DES au cours de ces années. Merci pour ces moments passés avec toi à l'hôpital et à l'extérieur. Grâce à toi, je suis fière d'avoir présenté notre travail en congrès international. Je te souhaite une belle retraite pleine de bonheur.

A tous les médecins que j'ai rencontré dans mon internat et qui m'ont aidé à apprendre les bonnes pratiques de la médecine et notamment de la pédiatrie, merci pour la transmission de vos connaissances et de votre savoir-faire.

Merci à ma famille et mes proches pour m'avoir soutenu pendant ces années. Vous avez su m'aider quand il le fallait, et je sais que vous êtes tous très fiers de moi.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	2
1.1 L'évolution de la relation médecin-patient	2
1.2 L'importance de la communication.....	2
1.3 Spécificités des services de pédiatrie et de réanimation.....	2
1.4 La formation des médecins et l'évaluation des compétences en communication.....	4
1.5 Objectifs	5
2. Matériel et méthodes	6
2.1 Critères d'inclusion	6
2.2 Critères de non inclusion.....	6
2.3 Données socio-professionnelles	6
2.4 Séances de simulation	6
2.5 Module de formation en communication	7
2.6 Déroulement de l'étude	9
2.7 Autoévaluation	10
2.7.1 Echelle "Breaking Bad News"	10
2.7.2 Echelle de Cungi et Rey	10
2.8 Hétéroévaluation	11
2.9 Nombre de sujets nécessaires	11
2.10 Analyses statistiques.....	12
3. Résultats	13
3.1 Données analysables.....	13
3.2 Données socio-démographiques.....	14
3.3 Résultats de l'autoévaluation.....	14
3.3.1 Echelle "Breaking Bad News"	14
3.3.2 Echelle de Cungi et Rey	16
3.3.3 Echelle de stress.....	17
3.4 Résultats de l'hétéroévaluation	18
3.4.1 Score mBAS	18
3.4.2 Durée des entretiens.....	20
4. Discussion	21
5. Bibliographie.....	26
6. Annexes	28
6.1 Annexe 1 : Questionnaire socio-professionnel.....	28
6.2 Annexe 2 : Scénarios	29
6.3 Annexe 3 : Score "Breaking Bad News" (BBN).....	32
6.4 Annexe 4 : Score de Cungi et Rey	35
6.5 Annexe 5 : Echelle de stress.....	38
6.6 Annexe 6 : Score modified Breaking bad news Assessment Scale (mBAS)	39
7. Abréviations	47

1. Introduction

1.1 L'évolution de la relation médecin-patient

Au cours des dernières années, la relation médecin-patient est progressivement passée d'un modèle paternaliste, où le médecin décide et agit comme gardien des intérêts du patient en respectant le principe de bienfaisance, à un modèle plus informatif, où le médecin informe le patient qui agit alors en autonomie et donne son consentement libre et éclairé à la réalisation des actes de santé. Cette évolution conduit à une pratique des soins centrés sur le patient, désormais principal acteur de sa santé.

1.2 L'importance de la communication

Les soins centrés sur le patient sont fondés sur un partenariat entre le soignant et le patient qui passe par une communication mutuellement bénéfique entre les deux interlocuteurs (1). La communication tient donc une place primordiale dans cette relation, et est associée directement à la qualité des soins (2). Elle fait partie de la responsabilité éthique du médecin, de ses devoirs légaux, déontologiques et moraux.

1.3 Spécificités des services de pédiatrie et de réanimation

La communication avec les patients peut se révéler être un véritable défi dans sa réalisation au quotidien, notamment dans les services de soins critiques (3). En réanimation, la relation médecin-patient présente des spécificités puisqu'elle est nécessairement imbriquée avec la relation avec les proches, l'état du patient entravant souvent la relation directe du médecin avec le patient. En pédiatrie, cette relation s'inscrit dans un cadre triangulaire entre le patient, les parents et le soignant. Plus particulièrement en unité de réanimation ou de soins intensifs pédiatriques, la complexité des soins et le stress lié à la présence d'un enfant gravement malade rendent la communication particulièrement difficile. Il a été montré que les parents ne

comprennent pas toujours ce qui leur a été dit, et qu'ils ne pensent pas avoir eu suffisamment leur mot à dire dans les soins dispensés à leur enfant (2).

Les compétences communicationnelles sont donc un point fondamental pour construire une relation de confiance avec le patient et sa famille. En pédiatrie, peut-être plus encore qu'en secteur adulte, la relation parents-soignants devra permettre également aux parents de s'impliquer dans les processus décisionnels selon leur volonté. Les parents ne doivent pas être perçus, et incités à se sentir perçus, comme des visiteurs mais comme des membres de l'équipe de soins (4,5). C'est par cette relation de confiance que les soignants pourront aider au mieux les familles et éviter les conflits éventuels.

L'importance de la communication dans les soins centrés sur la famille au sein des services de soins intensifs de pédiatrie a été revue par Richards *et al.* (6). Les soignants doivent ainsi répondre à une double contrainte qui est d'intégrer les familles dans les soins, tout en les protégeant de la détresse et de l'anxiété que peut apporter l'instabilité médicale de leur enfant. Richards *et al.* ont ainsi identifié 5 thèmes principaux dans les soins centrés sur la famille : le partage d'informations avec les parents, l'écoute des parents, la prise de décisions pour ou avec les parents, l'individualisation de la communication et les rôles de négociation. L'étude de ces 5 thèmes met en évidence plusieurs écarts entre la façon dont les parents veulent s'impliquer, et leur perception sur le fait que les cliniciens les engagent dans les soins de leur enfant. Il peut être difficile d'évaluer la place que souhaitent prendre les parents dans les décisions. En effet, certains parents voudront être informés des différentes perspectives de soins et se sentent capables de participer à des décisions difficiles malgré les émotions intenses engendrées par les conditions médicales de leur enfant, tandis que d'autres veulent reporter les décisions aux médecins et avoir uniquement des informations de base sur les soins dispensés à leur enfant afin d'éviter d'augmenter leur anxiété.

1.4 La formation des médecins et l'évaluation des compétences en communication

L'indispensabilité d'une communication de qualité fait contraste avec la carence de formation aux compétences en communication que peuvent apporter les études médicales et paramédicales. Quand elle a lieu, la formation est limitée dans le temps, peu contextualisée, et souvent aucune stratégie de formation ni d'enseignement n'est clairement définie (7).

Une étude internationale de 2020, menée par Alshami *et al.*, a cherché à savoir si les professionnels de santé impliqués dans l'annonce de mauvaises nouvelles ont effectivement reçu une formation formelle à cet effet. Cet état des lieux mené dans des unités de soins intensifs de 40 pays différents et concernant plus de 10 000 professionnels de santé, a montré que seul un tiers des participants avait reçu une formation antérieurement. Par ailleurs, il semble que les participants d'Asie et d'Europe étaient ceux qui étaient les moins susceptibles d'avoir reçu une telle formation (8). En effet, en France, la formation au cours du cursus universitaire contient éventuellement des enseignements théoriques et des séances de simulation, qui restent le plus souvent réservés à l'acquisition de compétences techniques ou la communication dans l'équipe de soins, et sont peu portés sur la communication avec les proches. La formation des médecins seniors est elle aussi très pauvre et peu d'opportunités leur sont proposées pour évaluer et améliorer leurs compétences en communication.

D'après les travaux de la littérature, l'enseignement par la simulation dans le domaine médical a déjà fait ses preuves dans l'amélioration des compétences pratiques et théoriques médicales, notamment grâce à la simulation haute-fidélité, mais la simulation dans l'enseignement des compétences en communication avec les familles n'a pas été beaucoup étudiée (9). Il existe notamment des carences dans l'enseignement de la communication dans le domaine des soins critiques pédiatriques et les expériences évaluant l'impact d'un tel enseignement sont peu nombreuses, avec des données qui se révèlent être contradictoires (7,10).

On peut citer deux expériences en soins intensifs de néonatalogie, la première de Bry *et al.* où un cours sur les techniques de communication a amélioré la capacité des infirmières à réagir avec empathie aux sentiments des parents (11). La seconde de Ghoneim *et al.* a évalué une formation en communication sous forme de séances de simulation dispensées auprès des médecins avant, après et à distance d'un cours théorique, et n'ont montré aucune amélioration statistiquement significative des compétences lors de l'évaluation des séances de simulation par

des experts après la formation, et même une baisse des scores à distance, et ce, malgré une perception d'amélioration des capacités selon l'autoévaluation (12).

Une autre expérience menée par Yuan *et al.* dans un service d'urgences pédiatriques, qui avait pour objectif d'évaluer objectivement les compétences en communication des médecins dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle, avant et après une formation utilisant la simulation, a montré une progression statistiquement significative des médecins dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans 3 des 5 domaines étudiés (13).

Du côté des familles, un travail récent qui évaluait leur implication dans le processus de décision concernant le maintien en vie en soins intensifs néonataux, pédiatriques et adultes via l'étude de 101 conversations enregistrées, a montré que l'adaptation de la communication des médecins aux préférences des familles n'était pas appliquée dans la pratique réelle. Les médecins utilisaient le plus souvent une approche centrée sur le médecin, qu'une approche partagée entre médecin et famille, et ne prenait pas soin de vérifier si l'approche choisie correspondait aux préférences de la famille (14).

L'ensemble de ces études suggèrent qu'il existe d'importantes lacunes dans les compétences des médecins, que la communication avec les familles et l'annonce d'une mauvaise nouvelle sont des compétences enseignables, et que les cours basés sur la simulation peuvent être d'une utilité remarquable pour ce genre d'exercice.

1.5 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'une formation en communication avec les familles à court et moyen terme, au sein d'une équipe d'internes dans le service d'anesthésie-réanimation pédiatrique de la Timone Enfants.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le stress des internes au décours des entretiens, de comparer l'évolution des scores d'auto et d'hétéroévaluation, et d'analyser l'effet du temps sur le maintien des acquisitions.

2. Matériel et méthodes

2.1 Critères d'inclusion

Les internes d'anesthésie-réanimation, de pédiatrie ou de médecine d'urgence volontaires, en stage dans le service d'anesthésie-réanimation de la Timone Enfants lors du semestre d'hiver 2020-2021, étaient éligibles à l'inclusion dans l'étude.

2.2 Critères de non inclusion

Les internes refusant de participer à l'étude ou présentant un trouble du langage ou de l'audition n'ont pas été inclus.

2.3 Données socio-professionnelles

Un questionnaire concernant les données socio-professionnelles de chaque interne a été recueilli en amont de l'étude (Annexe 1). Les données collectées s'intéressaient notamment au parcours professionnel des internes avec le nombre de semestres déjà effectués dans un service de réanimation, et l'existence d'une éventuelle formation en communication dans le passé.

2.4 Séances de simulation

Les séances de simulation se sont déroulées dans la salle d'entretien avec les familles du service d'anesthésie-réanimation pédiatrique de la Timone Enfants. Elles ont été filmées et enregistrées à l'aide d'une caméra et d'un microphone haute-fidélité discrets placés dans la salle.

La vidéo était retransmise en direct dans une salle proche où se trouvaient les coordinateurs de la séance (médecins et psychologues).

L'interne participant avait le rôle d'un médecin annonçant une nouvelle d'une particulière gravité à un ou deux parents standards joués par des acteurs : une actrice appartenant à l'équipe de l'association « Le rire médecin » et un étudiant en psychologie, formés à cet exercice.

En raison des mesures sanitaires imposées par la crise de la CoVID-19, chacun des intervenants portait un masque chirurgical transparent, pour permettre l'évaluation de la communication non verbale.

Trois scénarios A, B et C ont été élaborés pour l'étude (Annexe 2). Le scénario A correspondait à l'annonce d'un arrêt cardio-respiratoire dans le service de réanimation pédiatrique chez un nourrisson de 3 mois qui était hospitalisé pour une bronchiolite. Le scénario B correspondait à la prise en charge en réanimation d'une fillette de 11 ans victime d'un traumatisme crânien grave suite à une chute de cheval. Enfin, le scénario C se rapportait à la prise en charge en réanimation d'une fille de 14 ans ayant présenté un choc anaphylactique au cours de l'anesthésie pour une chirurgie programmée de scoliose. Pour chaque scénario, les renseignements cliniques et la situation actuelle du patient étaient données par écrit à l'interne juste avant la séance.

Les acteurs recevaient également des informations sur la situation de leur enfant fictif, ainsi que le contexte émotionnel attendu pour orienter leur réaction.

2.5 Module de formation en communication

Un enseignant en anesthésie-réanimation et une psychologue clinicienne en réanimation pédiatrique ont dispensé la formation théorique en communication.

Cette formation comportait un enseignement théorique sur les techniques et stratégies de communication (soins centrés sur le patient et la famille, conscience de soi, création d'un lien de confiance) et les recommandations des sociétés savantes et de la Haute Autorité de Santé, ainsi qu'une mise en pratique de ces stratégies dans un environnement sécurisé, dans une approche constructive (scénarios avec patients/parents simulés). Elle insistait sur la manière de délivrer l'information et d'inclure les parents dans la prise en charge pour les aider dans la gestion du stress et leur fournir les connaissances nécessaires pour agir en tant que décideurs. La formation visait à enseigner les aspects fondamentaux des soins aux patients : dignité, empathie, respect, éthique, humilité culturelle, création de sens, capacité d'écoute, vulnérabilité, conscience du

pouvoir dans les relations, importance du contexte (social, culturel et religieux), de la résilience. L'enseignement était multimodal et comprenait des discussions de groupe, des discussions basées sur des cas, un apprentissage vidéo et des séances de simulation relationnelle suivies d'un débriefing.

Le module de formation se composait de 4 séquences et se déroulait sur deux journées de 7 heures, par groupes de 6 à 8 personnes, parmi lesquelles les internes participant à l'étude.

La première séquence avait pour objectifs la prise de contact, l'évaluation des connaissances et des compétences du groupe, la présentation des enjeux (développement de la confiance, impact négatif des erreurs communicationnelles), la présentation des recommandations et des publications, la critique d'entretiens vidéo et l'enseignement de la base des techniques de communication (écoute active, vulgarisation, évaluation de la compréhension).

La seconde séquence visait à mettre en application des techniques de communication au cours de 3 séances de simulation relationnelle, suivies d'un temps d'échange avec re-visionnage de l'entretien, et analyse critique constructive au cours d'un débriefing.

La troisième séquence se concentrait sur l'étude des situations difficiles et des spécificités de la réanimation, le récit d'expériences personnelles, la prise en compte du contexte familial, la gestion des facteurs organisationnels, l'identification des mécanismes de défense des parents et des soignants, la communication centrée sur la famille, l'annonce d'évènement indésirable, la particularité de la fin de vie, la mort cérébrale, la limitation et arrêt de thérapeutiques actives, la construction d'un projet de soins.

La quatrième séquence avait pour objectif la simulation de situations difficiles et l'étude de réactions difficiles des familles, suivi d'un temps d'échange avec re-visionnage de l'entretien et analyse critique constructive au cours d'un débriefing.

2.6 Déroulement de l'étude

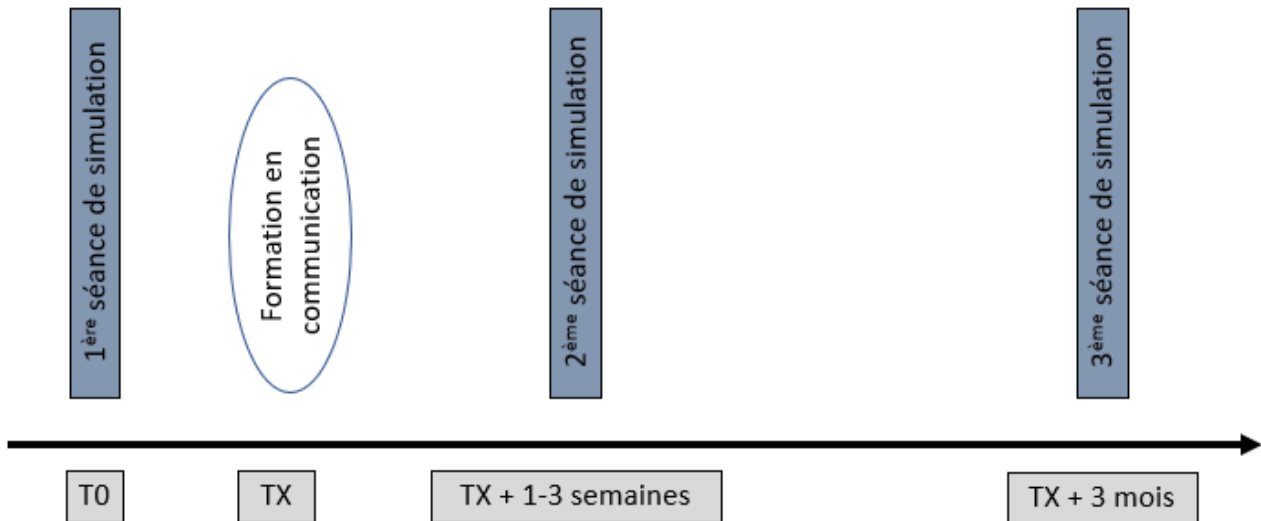


Schéma 1 : Déroulement de l'étude au cours du temps

L'étude a comparé 3 séances de simulation d'entretien pour chacun des internes. A chaque séance, l'interne était confronté à un des 3 scénarios, dans un ordre aléatoire.

La première séance a eu lieu avant toute formation. La seconde 1 à 3 semaines après le module de formation en communication, enfin la troisième, à distance, 3 mois après la formation (Schéma 1).

La durée de l'entretien n'était pas limitée. Chaque séance de simulation a été suivie d'une courte session de débriefing. Cette session, indispensable sur le plan éthique, n'avait pas pour but de juger la prestation ou de transmettre des connaissances théoriques sur la communication, mais de faire le point sur le ressenti global de l'interne suite à cet exercice.

Deux types d'évaluations des entretiens ont été réalisés. Une autoévaluation par les internes à l'issue de chaque séance à l'aide de deux scores, ainsi qu'une hétéroévaluation des enregistrements vidéo à l'aide d'un score.

2.7 Autoévaluation

Deux scores d'autoévaluation ont été remplis à l'issue de chaque séance par l'interne évalué. Le premier score était le "Breaking Bad News" (BBN) (Annexe 3), et le second l'échelle de Cungi et Rey (Annexe 4). Une échelle de stress a également été remplie par les internes à l'issue de chaque séance (Annexe 5).

2.7.1 Echelle "Breaking Bad News"

L'échelle BBN est un score d'autoévaluation des participants à annoncer une mauvaise nouvelle à l'aide d'un questionnaire en 7 points. Il a été validé dans une étude Belge qui visait à évaluer l'efficacité d'une formation de 4 heures sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans un service d'urgences (15).

Les 7 items étaient les suivants : annoncer une mauvaise nouvelle, gérer votre communication verbale lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, identifier les émotions et les réactions d'autrui lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions, mener un entretien d'annonce de mauvaises nouvelles structuré, et enfin faire passer un message difficile en limitant autant que possible les dommages pour le récepteur.

Pour chacun des items, l'interne devait évaluer ses connaissances dans le domaine, ses capacités à les appliquer et leurs utilisations dans sa pratique professionnelle, sur une échelle allant de 0 : "Pas du tout", à 5 : "Enormément", et obtenait ainsi une note allant de 0 à 15.

2.7.2 Echelle de Cungi et Rey

L'échelle de communication de Cungi et Rey est une échelle rapide d'évaluation de l'affirmation de soi sur le versant de la communication. Elle a été validée dans une étude en

1998 s'intéressant à l'autoévaluation de la communication (16). Le questionnaire comportait 10 items notés sur une échelle allant de 1 : "Pas du tout", à 8 : "Parfaitement". Le score total était obtenu par l'addition des notes obtenues à chaque item.

2.8 Hétéroévaluation

L'évaluation des compétences en communication est un domaine peu exploré et peu standardisé. Il n'existe pas de score validé en français ni de score dédié à la communication avec les familles en réanimation. La plupart des scores ont été développés en cancérologie, pour discuter avec le patient lui-même. Nous avons donc choisi d'utiliser un score initialement validé dans une étude en oncologie (17), et adapté et utilisé récemment dans un travail dans un service d'urgences pédiatriques : "modified Breaking Bad News Assessment Scale" (mBAS) (Annexe 6) (13). Ce score a été validé, en allemand et traduit en anglais. Nous proposons une traduction en français. Ce score explore 5 domaines distincts et au total 22 items notés sur une échelle allant de 1 : "Très bien", à 5 : "Très insuffisant". Les 5 domaines concernaient : la mise en scène et l'environnement de l'entretien, l'annonce de la mauvaise nouvelle en elle-même, le recueil des inquiétudes engendrées par l'annonce, la diffusion d'informations, les considérations générales de l'entretien.

L'hétéroévaluation a été faite par une interne, qui n'était pas en stage dans le service et qui n'avait pas participé aux séances de simulation et à la formation. Cette évaluation a été faite en aveugle du temps d'enregistrement de la séance à l'aide du score mBAS.

2.9 Nombre de sujets nécessaires

Sur la base des publications existantes, nous avons calculé le nombre de sujets pour pouvoir mettre en évidence une progression de 2,9 à 2,5/5 avec un écart-type de 0,4 pour au moins un des 5 items de l'échelle mBAS. Le nombre de sujets nécessaires a été calculé à 13.

2.10 Analyses statistiques

Les données des différents scores ont été étudiées par l'analyse de variance pour mesures répétées. Les tests par paire deux à deux ont été réalisés par test-t pour données appariées, pour éviter la perte de données le cas échéant. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Les données sont présentées en moyenne \pm écart type.

3. Résultats

3.1 Données analysables

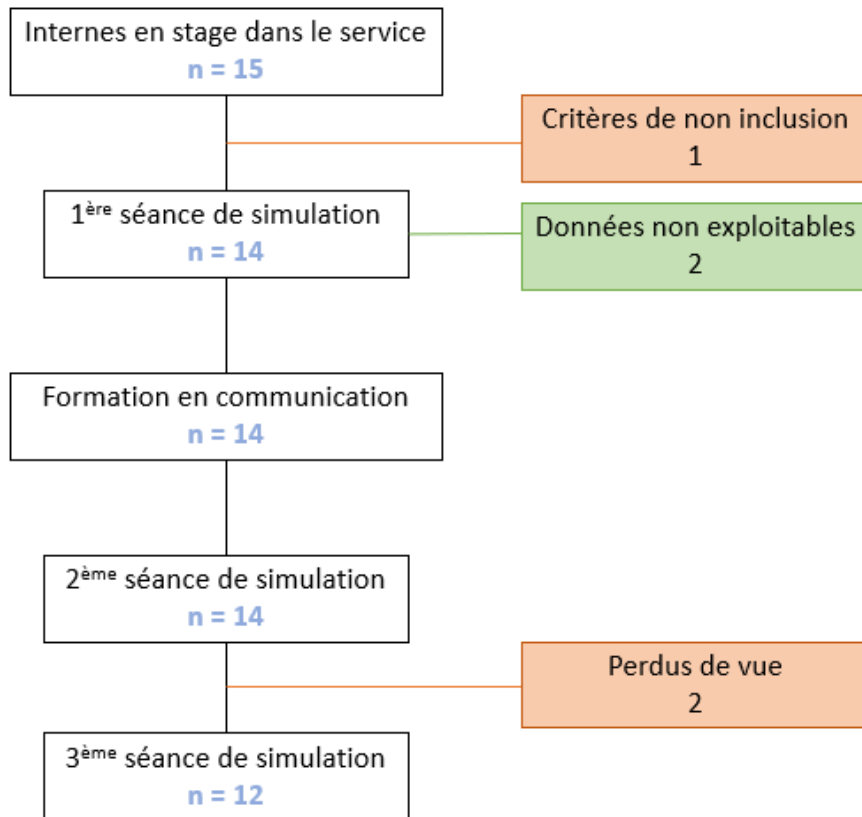


Figure 2 : Diagramme de flux

Quinze internes étaient éligibles à l'inclusion, l'un d'entre eux n'a pas été inclus en raison d'un trouble de l'élocution. Quatorze internes volontaires ont finalement été inclus dans l'étude. Deux d'entre eux n'ont pas participé à la troisième séance de simulation.

Deux entretiens de la première séance n'ont pas pu être exploités pour des raisons techniques.

3.2 Données socio-démographiques

Le sex-ratio garçon-fille était de 2,5. La moyenne d'âge était de $27,6 \pm 1,2$ ans. Il y avait 1 interne de médecine d'urgence (7,1%), 4 internes de pédiatrie (28,6%) et 9 internes d'anesthésie-réanimation (64,3%). Le nombre moyen de semestres validés était de $6,4 \pm 1,2$ dont $2,5 \pm 1,2$ en réanimation en moyenne. Onze internes (78,6%) annonçaient occasionnellement des mauvaises nouvelles dans leur pratique professionnelle (une fois par mois), 3 fréquemment (une fois par semaine ; 21,4%). L'ensemble des internes avait déjà été confronté à l'annonce d'une mauvaise nouvelle concernant leurs proches, mais aucun d'entre eux n'avait reçu une formation en communication auparavant.

3.3 Résultats de l'autoévaluation

3.3.1 Echelle "Breaking Bad News"

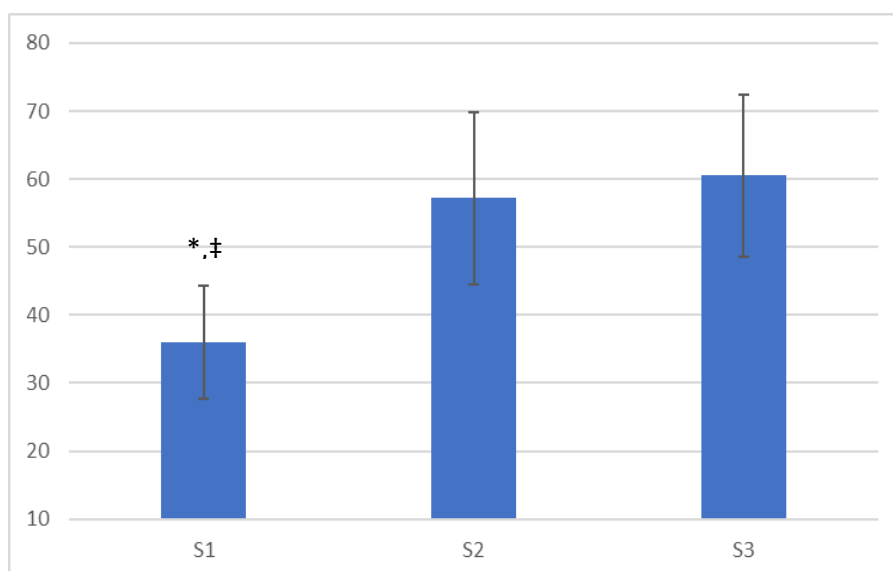
Item	Moyenne \pm écart type			Comparaison des 3 séances
	S1	S2	S3	
A	6,6 \pm 1,7 ^{*,‡}	8,9 \pm 1,7	9,1 \pm 1,5	p<0,001
B	7,0 \pm 1,7 ^{*,‡}	9,3 \pm 2,3	9,8 \pm 2,1	p<0,001
C	5,1 \pm 2,4 ^{*,‡}	7,9 \pm 2,9 [§]	9,3 \pm 2,7	p<0,001
D	4,9 \pm 1,9 ^{*,‡}	8,8 \pm 2,3	9,1 \pm 2,2	p<0,001
E	4,0 \pm 2,6 ^{*,‡}	7,6 \pm 2,5	6,8 \pm 2,4	p<0,001
F	3,8 \pm 2,2 ^{*,‡}	7,8 \pm 3,1	8,4 \pm 2,6	p<0,001
G	4,2 \pm 2,1 ^{*,‡}	7,0 \pm 2,9	8,0 \pm 2,0	p<0,001
Score total	36 \pm 8,4 ^{*,‡}	57,2 \pm 12,7	60,5 \pm 11,9	p<0,001

S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances

Comparaison par paire : * : S1 VS S2 : p<0,05 ; ‡ : S1 VS S3 : p<0,01 ; § : S2 VS S3 : p<0,05

Tableau 1 : Effet de la formation en communication sur l'échelle BBN

L'analyse des scores obtenus avec l'échelle BBN mettait en évidence une différence significative entre les 3 séances pour chacun des 7 items ($p < 0,001$). Cette différence était significative entre les premières et deuxièmes séances pour chaque item, et restait stable entre les deuxièmes et la troisième pour les items A, B, D, E, F et G, traduisant un effet positif de la formation en communication (Tableau 1). Pour l'item C, on notait, en plus, une poursuite de la progression avec une différence significative entre les deuxièmes et troisièmes séances ($7,9 \pm 2,9$ VS $9,3 \pm 2,7$; $p = 0,023$). Concernant la note globale obtenue sur l'échelle BBN, on notait une progression significative des internes après la formation ($p < 0,001$), et un maintien des compétences à distance.



S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances
Comparaison par paire : * : S1 VS S2 : $p < 0,05$; † : S1 VS S3 : $p < 0,05$

Figure 1 : Evolution des moyennes obtenues sur l'échelle BBN au cours des 3 séances

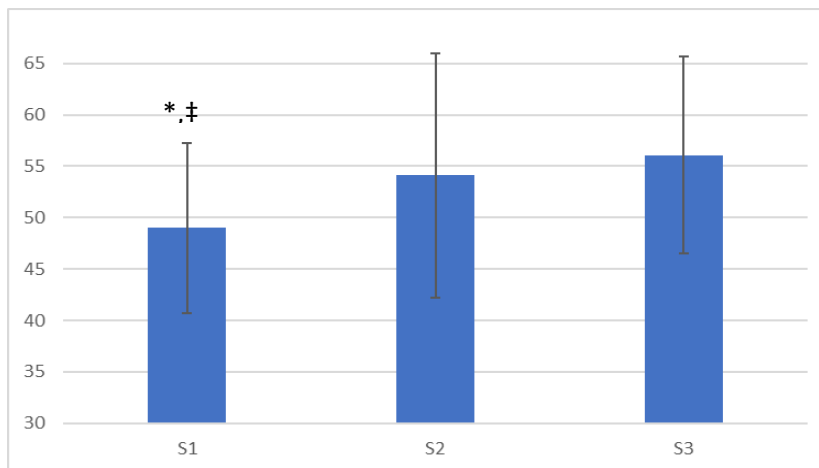
3.3.2 Echelle de Cungi et Rey

L'étude des scores obtenus à l'aide de l'échelle de Cungi et Rey montrait également une progression significative des internes entre les premières et deuxièmes séances, et un maintien de ce progrès entre les deuxièmes et troisièmes séances (Tableau 2, Figure 2).

Moyenne ± écart type			Comparaison des 3 séances
S1	S2	S3	
49±8,3 ^{*,‡}	54,1±11,9	56,1±9,6	p=0,012

S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances
Comparaison par paire : * : S1 VS S2 : p<0,05 ; ‡ : S1 VS S3 : p<0,05

Tableau 2 : Effet de la formation en communication sur l'échelle de Cungi et Rey



S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances
Comparaison par paire : * : S1 VS S2 : p<0,05 ; ‡ : S1 VS S3 : p<0,05

Figure 2 : Evolution des moyennes obtenues sur l'échelle Cungi et Rey au cours des 3 séances

3.3.3 Echelle de stress

L'échelle de stress montrait une diminution non significative du niveau de stress des internes au fil des séances (Tableau 3).

Moyenne \pm écart type			Comparaison des 3 séances
S1	S2	S3	
5,0 \pm 1,7	4,4 \pm 2,1	3,7 \pm 1,6	p=0,214

S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances

Tableau 3 : Evolution du stress des participants au cours des séances

3.4 Résultats de l'hétéroévaluation

3.4.1 Score mBAS

Domaine	Moyenne ± écart type			Comparaison des 3 séances
	S1	S2	S3	
A	7,3±1,4 ^{*,‡}	5,8±1,1	5,6±1,0	p=0,010
B	10,6±2,3	9,4±2,7	8,4±3,6	p=0,194
C	11,2±1,7	10,9±1,6 [§]	12,0±0,9	p=0,149
D	9,7±2,3 [*]	7,4±1,8	8,1±3,2	p=0,155
E	17±3,5	15,4±4,2	14,0±3,1	p=0,173
Score total	55,8±8,1	49,0±8,0	48,1±8,9	p=0,174

S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances
 Comparaison par paire : * : S1 VS S2 : p<0,05 ; ‡ : S1 VS S3 : p<0,05 ; § : S2 VS S3 : p<0,05

Tableau 4 : Effet de la formation en communication sur le score mBAS

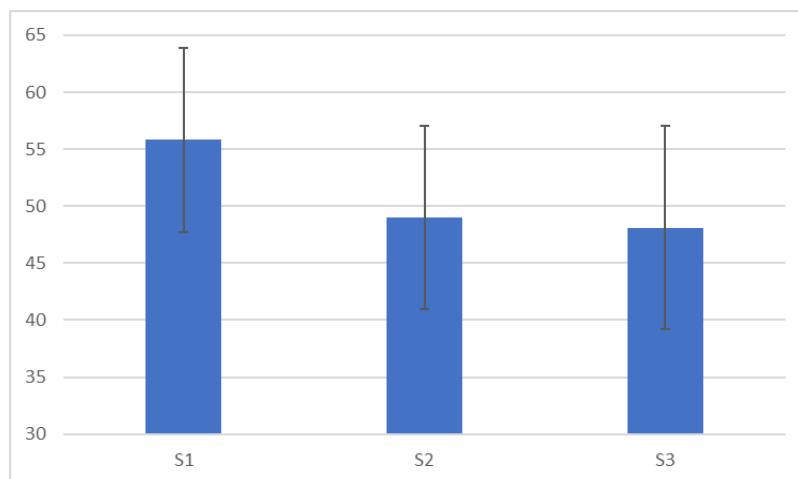
Suite à la formation, une progression significative dans le domaine A du score mBAS, qui concernait la mise en scène et l'environnement de l'entretien, a été mise en valeur (7,3±1,4 VS 5,8±1,1 ; p=0,007). Cette différence était maintenue entre les deuxièmes et troisièmes séances (5,8±1,1 VS 5,6±1,0 ; p=0,723) (Tableau 4).

Pour le domaine D, qui concernait la diffusion d'informations, on notait également une progression entre les premières et deuxièmes séances (9,7±2,3 VS 7,4±1,8 ; p=0,023). Cet effet n'était pas maintenu à distance de la formation (9,7±2,3 VS 8,1±3,2 ; p=0,299).

Dans les domaines, B et E, qui s'intéressaient à l'annonce de la mauvaise nouvelle en elle-même et aux considérations générales de l'entretien, on notait une tendance à l'amélioration avec une progression des notes moyennes. On remarque notamment que dans le domaine des considérations générales de l'entretien, il y avait une progression entre les premières et troisièmes séances (17±3,5 VS 14±3,1 ; p=0,066).

Enfin, pour le domaine C, le recueil des inquiétudes engendrées par l'annonce, il y avait une tendance à la progression entre les premières et deuxièmes séances (11,2±1,7 VS 10,9±1,6 ; p=0,709) et une perte significative des acquis entre les deuxièmes et troisièmes séances (10,9±1,6 VS 12,0±0,9 ; p=0,041).

Au niveau du score total pour l'échelle mBAS, il y avait une tendance à la progression entre les premières et deuxièmes séances ($55,8 \pm 8,1$ VS $49,0 \pm 8,0$; $p=0,071$), et il ne semblait pas y avoir de régression à distance ($49,0 \pm 8,0$ VS $48,1 \pm 8,9$; $p=0,779$) (Tableau 4, Figure 3).



S1, S2, S3 : premières, deuxièmes et troisièmes séances

Figure 3 : Evolution des moyennes obtenues sur l'échelle mBAS au cours des 3 séances

3.4.2 Durée des entretiens

	Moyenne \pm écart type			Comparaison des 3 séances
	S1	S2	S3	
Durée totale (min)	8,5 \pm 3,2	9,5 \pm 2,0	10,2 \pm 2,3	p=0,228
Temps de silence (min)	1,1 \pm 0,7	1,4 \pm 0,5	1,6 \pm 0,6	p=0,126

S1, S2, S3 : première, deuxième et troisième séances

Tableau 5 : Comparaison des durées d'entretien et des temps de silence au cours des 3 séances

Au cours des 3 séances, la durée totale d'entretien et le temps de silence avait tendance à augmenter (Tableau 5). Il n'y avait pas de différence significative lors de la comparaison par paire.

4. Discussion

Cette étude analysait l'effet d'une formation à la communication avec les familles au sein d'une équipe d'internes, grâce à l'évaluation d'entretiens simulant l'annonce d'une mauvaise nouvelle au sujet d'un enfant, à ses parents. Une double évaluation a été réalisée afin de recueillir la perception des internes suite à la formation, et également d'évaluer de manière objective leurs progrès, qui peuvent différer de leur ressenti. A notre connaissance, il s'agissait de la première étude de ce type dans le cadre de la réanimation pédiatrique.

Le recueil des données socio-professionnelles des internes a confirmé l'absence d'enseignement antérieur dans le domaine de la communication avec les patients et/ou les proches, malgré un cursus universitaire bien avancé lors de cet état des lieux. Si on comprend que les acquisitions théoriques et pratiques purement médicales, autour de chaque spécialité, sont essentielles à la prise en charge optimale d'un patient, le manque de formation en communication dans le parcours des étudiants en médecine en France paraît toujours surprenant, malgré la place incontournable de ces compétences dans le quotidien des médecins. Cette étude rappelle donc la nécessité de développer les enseignements sur ce sujet.

Les deux scores d'autoévaluation, les échelles BBN et de Cungi et Rey, ont mis en évidence un progrès significatif des internes entre les premières et deuxièmes séances de simulation, et le maintien des compétences à distance. La formation a donc été perçue comme ayant un effet favorable sur l'acquisition et l'application des compétences en communication. Pour compléter ces résultats, nous pouvons citer les commentaires laissés par les internes lors du remplissage du questionnaire BBN pour justifier leur réponse sur leur compétence à annoncer une mauvaise nouvelle. Lors de la première séance, la plupart des internes ont notifié qu'ils manquaient de connaissances par le manque de formation et que les seules qu'ils possédaient venaient de leurs recherches personnelles ou de l'apprentissage en stage, souvent en accompagnant le médecin senior référent. Peu d'entre eux se sentaient capables d'annoncer une mauvaise nouvelle, par manque d'assurance et peur de mal faire, mais ils voyaient cela comme un devoir, une obligation. Après le module de formation, les internes ont déclaré avoir acquis des connaissances dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle grâce à la formation, mais aussi grâce à l'expérience acquise pendant le stage. Ils déclaraient avoir d'avantage confiance en eux, être plus à l'aise lors des annonces, et que la mise en pratique des connaissances était plus facile grâce aux séances de simulation du module et de l'étude. Dans notre travail, on remarquait

d'ailleurs une baisse du niveau de stress au fil des séances, bien que non significative, ainsi qu'une augmentation de la durée des entretiens et des temps de silence, témoignant possiblement d'un gain d'assurance et de confiance.

Sur le plan de l'hétéroévaluation, grâce au score mBAS, nous avons démontré un effet significatif de la formation pour deux des cinq domaines : la mise en scène et l'environnement de l'entretien, et la diffusion de l'information. Pour ces deux domaines, il y a eu une progression significative entre les premières et deuxièmes séances, et un maintien des compétences à distance dans le domaine de la mise en scène et de l'environnement. Pour les 3 autres champs du questionnaire, la tendance était toujours à la progression entre les premières et deuxièmes séances, et concernant la note totale obtenue à ce score, il semblait y avoir une progression après la formation, et qui se maintenait à distance.

Les résultats de notre étude s'apparentent aux résultats d'une étude Autrichienne récemment menée qui évaluait l'impact d'une formation expérimentale d'une journée sur les compétences en communication de 17 néonatalogistes dans la communication médecin-parents. Cette étude a montré que lors de conversations simulées avec des parents, les compétences en communication des médecins ont été significativement améliorées sur le plan de l'autoévaluation, mais cette compétence perçue ne s'est pas manifestée par une amélioration significative des compétences lors de l'hétéroévaluation (18). Dans notre étude, il se peut que la démonstration d'un progrès dans l'ensemble des domaines de l'hétéroévaluation ait été limitée par l'utilisation du score mBAS, validé initialement pour évaluer l'annonce d'une mauvaise nouvelle dans le domaine de l'oncologie, qui diffère des situations d'urgences rencontrées en réanimation. Certains items du questionnaire pouvaient donc paraître moins adaptés aux situations explorées dans nos entretiens. La création et la validation d'un score ajusté au domaine de la réanimation et de la pédiatrie seraient intéressantes pour de futurs projets.

Après la mise au point de notre étude, une large méta-analyse menée par Gilligan *et al.* a évalué les effets des enseignements visant à améliorer les compétences en communication interpersonnelle et destinés aux étudiants en médecine du premier au troisième cycle. Ces enseignements ciblaient l'empathie, l'établissement de relations, la collecte d'informations, l'explication et la planification, ainsi que des tâches de communication spécifiques telles que l'écoute, la structuration des échanges et le style de question. Les résultats et les niveaux de preuve de cette méta-analyse sont très hétérogènes. Dans l'ensemble, les enseignements ont eu

des effets positifs sur les résultats, on note notamment une amélioration des compétences globales en communication et de l'empathie lors des évaluations par des experts. Par ailleurs, il semble incertain que les acquis expérientiels améliorent les compétences globales en communication par rapport aux approches didactiques. Également, le retour d'information personnalisé après un enseignement semblerait améliorer les compétences globales par rapport à un retour d'information générique ou en son absence. Enfin, il n'est pas certain que le jeu de rôle avec des patients simulés soit plus performant que le jeu de rôle avec des pairs pour améliorer les compétences globales (19). La méthodologie que nous avons utilisée semble donc en accord avec les preuves regroupées dans cette méta-analyse.

Notre étude présente plusieurs limites. Premièrement, l'étude a été réalisée sur un petit groupe d'internes, et pour certains entretiens, nous n'avons pas pu exploiter les données (absence de l'interne lors de la séance de simulation ou difficultés techniques ayant perturbé l'analyse des enregistrements vidéo). Deuxièmement, bien que l'ensemble des internes n'avaient jamais reçu de formation formelle en communication, ils étaient tous proches de la fin de leur cursus et avaient donc, de fait, déjà acquis une expérience lors de leurs précédents semestres, ce qui rendait plus difficile la mise en évidence d'une progression. Il serait probablement plus facile de montrer une progression en réalisant le module de formation et son évaluation chez des internes dénués d'expérience en annonce de mauvaise nouvelle. Troisièmement, bien que le module de formation utilisé dans l'étude soit un module complet, combinant différentes stratégies d'apprentissage et faisant intervenir des enseignants expérimentés en simulation, c'était la première fois qu'il était réalisé dans le service d'anesthésie-réanimation pédiatrique de la Timone. Les résultats de l'étude vont permettre de le rendre encore plus performant, en ajustant certains enseignements aux besoins spécifiques des jeunes médecins.

Il est également à noter que, sans groupe contrôle, nous ne nous sommes pas affranchis des éventuelles compétences acquises dans le service sur les 3 mois de déroulement de l'étude. En effet, comme ils l'ont mentionné dans leurs commentaires, les internes ont pu enrichir leur expérience et leur connaissance et/ou compétences par des événements ayant eu lieu pendant le stage, notamment la pratique de l'annonce de mauvaise nouvelle avec le médecin senior référent. Du côté de l'autoévaluation, dans le score BBN, on pouvait voir notamment une progression significative des internes dans le domaine de gestion de la communication non-verbale et des émotions lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, entre les deuxièmes et

troisièmes séances. Ce progrès pouvait effectivement être ressenti grâce au déroulement du stage en parallèle de l'étude.

L'ensemble de ces résultats nous encourage à poursuivre dans deux directions qui sont les suivantes : poursuivre les enseignements, et poursuivre leurs évaluations afin de les optimiser.

Les formations en communication devraient être débutées dès le début des études médicales, dès l'externat, puisqu'elles y sont déjà bénéfiques (20), et que l'étude internationale de Alshami *et al.* qui montrait une carence dans la formation des professionnels de santé, constatait également qu'un pourcentage presque comparable de médecins et d'étudiants en médecine déclaraient annoncer des mauvaises nouvelles dans leur pratique professionnelle (8). Un enseignement précoce de ces compétences permettrait de les accroître tout au long du cursus, et de mettre l'accent sur le savoir-faire.

Il est également nécessaire que ces enseignements soient dispensés à un plus grand nombre, notamment aux médecins plus expérimentés, mais pas toujours à l'aise pour ce genre de compétences, et au personnel paramédical, comme les infirmiers, très souvent au contact du patient et des familles et avec qui se produisent de nombreux échanges. Ce besoin paraît d'autant plus essentiel dans les services de soins critiques où la délivrance de mauvaise nouvelle est très fréquente.

En France, le développement des structures semble encourageant et propices à de telles perspectives. En effet, 31 des 34 hôpitaux universitaires français disposent d'un centre de simulation, avec un nombre en augmentation (augmentation de 158% entre 2012 et 2018), et la plupart utilisent la simulation pour enseigner la communication et le travail en équipe, ainsi que pour les compétences techniques et relationnelles (21). Il conviendrait d'élargir l'exploitation de ces centres à l'enseignement des compétences en communication avec les patients et/ou familles, et à l'évaluation de celles-ci avant et après les formations.

En conclusion, nous avons pu montrer qu'une formation à la communication avec les parents en réanimation pédiatrique permet d'améliorer le vécu des internes au cours des entretiens des séances de simulation, renforçant leur confiance en eux et facilitant la relation avec les familles. Cet effet était moins marqué au cours de l'hétéroévaluation, ce qui doit inciter les formateurs à évaluer leur formation par des méthodes objectives. Enfin, les effets de la formation semblent stables dans le temps.

5. Bibliographie

1. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
2. Bogue TL, Mohr L. Putting the Family Back in the Center: A Teach-Back Protocol to Improve Communication During Rounds in a Pediatric Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1 juin 2017;29(2):233-50.
3. Béranger A, Pierron C, de Saint Blanquat L, Jean S, Chappuy H. Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Arch Pédiatrie.* 1 mars 2017;24(3):265-72.
4. Lamiani G, Giannini A, Fossati I, Prandi E, Vegni E. Parental experience of end-of life care in the pediatric intensive care unit. *Minerva Anestesiol.* déc 2013;79(12):1334-43.
5. Baird J, Davies B, Hinds PS, Baggott C, Rehm RS. What impact do hospital and unit-based rules have upon patient and family-centered care in the pediatric intensive care unit? *J Pediatr Nurs.* févr 2015;30(1):133-42.
6. Richards CA, Starks H, O'Connor MR, Doorenbos AZ. Elements of Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Hosp Palliat Nurs JHPN Off J Hosp Palliat Nurses Assoc.* juin 2017;19(3):238-46.
7. Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. *Patient Educ Couns.* 1 oct 2015;98(10):1287-91.
8. Alshami A, Douedi S, Avila-Ariyoshi A, Alazzawi M, Patel S, Einav S, et al. Breaking Bad News, a Pertinent Yet Still an Overlooked Skill: An International Survey Study. *Healthc Basel Switz.* 20 nov 2020;8(4):E501.
9. Wang S, Ren X, Ye J, Wang W, Huang H, Qin C. Exploration of simulation-based medical education for undergraduate students. *Medicine (Baltimore).* 21 mai 2021;100(20):e25982.
10. Turner DA, Fleming GM, Winkler M, Lee KJ, Hamilton MF, Hornik CP, et al. Professionalism and Communication Education in Pediatric Critical Care Medicine: The Learner Perspective. *Acad Pediatr.* juill 2015;15(4):380-5.
11. Bry K, Bry M, Hentz E, Karlsson HL, Kyllönen H, Lundkvist M, et al. Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr Oslo Nor 1992.* avr 2016;105(4):397-406.
12. Ghoneim N, Dariya V, Guffey D, Minard CG, Frugé E, Harris LL, et al. Teaching NICU Fellows How to Relay Difficult News Using a Simulation-Based Curriculum: Does Comfort Lead to Competence? *Teach Learn Med.* 15 mars 2019;31(2):207-21.
13. Y Y, S S, N VH, O O, P O. Objective Evaluation of a Simulation Course for Residents in the Pediatric Emergency Medicine Department: Breaking Bad News. *Cureus [Internet].* 16 janv 2019 [cité 12 janv 2020];11(1). Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/17154-objective-evaluation-of-a-simulation-course-for-residents-in-the-pediatric-emergency-medicine-department-breaking-bad-news>

14. Akkermans A, Lamerichs J, Schultz M, Cherpanath T, van Woensel J, van Heerde M, et al. How doctors actually (do not) involve families in decisions to continue or discontinue life-sustaining treatment in neonatal, pediatric, and adult intensive care: A qualitative study. *Palliat Med.* 28 juin 2021;2692163211028079.
15. Servotte J-C, Bragard I, Szyld D, Van Ngoc P, Scholtes B, Van Cauwenberge I, et al. Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department. *West J Emerg Med.* 14 oct 2019;20(6):893-902.
16. Cungi C, Bouvard M, Rey M. Deux échelles brèves et pratique d'auto-évaluation de la communication et de l'affirmation de soi. Etude de validation. *Rev Francoph Clin Comport Cogn.* 1998;3(1):7-15.
17. Miller SJ, Hope T, Talbot DC. The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer.* mai 1999;80(5-6):792-800.
18. Bibl K, Wagner M, Steinbauer P, Gröpel P, Wimmer S, Olischar M, et al. NeoAct: A Randomized Prospective Pilot Study on Communication Skill Training of Neonatologists. *Front Pediatr.* 2021;9:675742.
19. Gilligan C, Powell M, Lynagh MC, Ward BM, Lonsdale C, Harvey P, et al. Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 févr 2021;2:CD012418.
20. Mlika M, Ben Amor A, Mezni F. Improving the communicational skills in medicine using role play: a study about 28 students in the second cycle of medical studies. *Tunis Med.* févr 2021;99(2):201-6.
21. Takvorian C, Le Reun C, Jourdain M, Nuytten A, Martinot A, Dubos F. Simulation-based pediatric training: A French national survey. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* nov 2020;27(8):469-73.

6. Annexes

6.1 Annexe 1 : Questionnaire socio-professionnel

*Vos caractéristiques sociales et professionnelles (*cochez la mention utile)*

1) Vous êtes* :

- Un homme
- Une femme

2) Veuillez indiquer votre âge :

.....

3) Veuillez indiquer votre spécialité médicale :

.....

4) Expérience professionnelle :

Nombre de semestre(s) validé(s) :

dont semestre(s) en réanimation :

5) Au cours de votre cursus, avez-vous déjà reçu une formation en communication* :

- Oui Si oui, laquelle (lesquelles) :
- Non

6) Dans votre pratique clinique, vous annoncez des mauvaises nouvelles* :

- Jamais
- Occasionnellement (1 fois par mois)
- Fréquemment (1 fois par semaine)

7) Avez-vous des enfants* ?

- Oui Si oui, combien :
- Non

8) Dans votre vie personnelle, vous a-t-on déjà annoncé une mauvaise nouvelle médicale pour l'un de vos proches ?*

- Oui
- Non

6.2 Annexe 2 : Scénarios

Scénario A : médecin

Vous êtes médecin de garde en réanimation pédiatrique.

Vous avez pris en charge un nourrisson de 3 mois, Antoine, pour un arrêt cardiorespiratoire au cours d'une bronchiolite aigue.

Il a pour antécédent un hémangiome de la face en cours de traitement par propranolol.

Antoine était hospitalisé en réanimation depuis 24 heures pour une bronchiolite avec une dyspnée ayant nécessité un support ventilatoire par lunettes haut débit, et des difficultés à la prise alimentaire (alimentation entérale en continu sur sonde nasogastrique).

Vers 22h, au décours d'un soin ORL, sont survenues brutalement une bradycardie avec cyanose, suivies d'un arrêt cardiorespiratoire hypoxique. Vous avez entrepris des manœuvres de réanimation avec un massage cardiaque pendant 5 minutes, deux doses d'adrénaline et une intubation oro-trachéale afin de récupérer une activité cardiaque.

La gazométrie de fin de réanimation montre une acidose lactique avec un pH à 7.2 et une hyperlactatémie à 8 mmol/L.

En raison de l'acidose sévère, de la période de low flow et d'une probable inhalation, vous êtes réservé sur les séquelles possibles.

Vous avez prévenu les parents par téléphone qui ont décidé de venir immédiatement. Actuellement, Antoine est stabilisé sur les plans hémodynamique et respiratoire, vous rencontrez les parents pour un entretien d'accueil au cours duquel vous donnez des informations sur le diagnostic et le pronostic de leur enfant.

Scénario A : consignes pour les acteurs

1^{er} PARENT :

Vous êtes l'un des parents d'Antoine, un nourrisson de 3 mois, hospitalisé depuis ce jour en réanimation pédiatrique pour une bronchiolite aigue (il présentait une gêne respiratoire et refusait ses biberons depuis cette nuit).

Le seul problème de santé d'Antoine est un angiome du visage traité par propranolol (traitement qui vise à réduire la taille de l'angiome et dont vous connaissez les effets secondaires principaux : diminution du rythme cardiaque, difficultés respiratoires en cas de maladie respiratoire intercurrente, diminution du taux de sucre dans le sang).

Antoine a présenté un arrêt cardiorespiratoire dans le service pour lequel il a été réanimé. Actuellement, il est inconscient et a besoin d'une assistance respiratoire mécanique avec une intubation.

Vous êtes en entretien avec le médecin du service afin de faire le point sur la situation.

Au cours de l'entretien, vous exprimez le fait que vous n'arrivez pas à comprendre pourquoi un arrêt cardiorespiratoire a pu survenir alors qu'Antoine était hospitalisé en réanimation. Dans ce sens, vous êtes plutôt énervés et revendicatif sur un manque de surveillance, un peu agité et agressif.

Par ailleurs, vous êtes en colère car vous pensez que le traitement de l'angiome est responsable de ce problème cardiaque et qu'il aurait peut-être fallu l'arrêter. Vous demandez des explications.

2^e PARENT :

Assez silencieux, effacé, ne dit pas grand-chose, semble très inquiet. Essaie de calmer le 1^{er} parent.

Scénario B : médecin

Vous êtes médecin de garde en réanimation pédiatrique.

Vous venez de recevoir une fille de 11 ans, Myriam, pour la prise en charge d'une chute de cheval avec traumatisme crânien grave.

Elle n'a pas d'antécédent particulier.

Elle a chuté d'un cheval la tête en avant et ne portait pas de protection du crâne. Elle a perdu connaissance initialement puis a présenté des mouvements convulsifs à répétition sans retour à un état de conscience normal. Le SAMU est intervenu sur place, a intubé la patiente, introduit un traitement anticonvulsivant et de lutte contre l'hypertension intracrânienne avant de la transférer.

Le scanner cérébral réalisé dès son arrivée a mis en évidence un volumineux hématome sous dural frontal gauche avec fractures de la boîte crânienne ainsi qu'un œdème cérébral.

Actuellement, l'enfant est stable sur les plans neurologiques et hémodynamiques, elle est transférée au bloc opératoire pour une prise en charge neurochirurgicale.

Compte tenu des lésions initiales, vous êtes réservé sur le pronostic immédiat et sur les séquelles possibles.

Vous réalisez un entretien avec l'un des parents pendant lequel vous donnez des informations sur le diagnostic et le pronostic de leur enfant.

Scénario B : consignes pour les acteurs

Vous êtes l'un des parents de Myriam, une fille de 11 ans, prise en charge en réanimation pédiatrique suite à une chute de cheval.

Myriam n'a jamais eu de problème de santé.

Ce jour, elle a fait une violente chute de cheval alors qu'elle pratiquait cette activité sans protection du crâne. Elle a perdu connaissance suite à la chute, a présenté des convulsions et a été prise en charge par le SAMU qui l'a conduit en réanimation pédiatrique.

Elle est actuellement au bloc opératoire pour la prise en charge du traumatisme du crâne.

Vous êtes en entretien avec le médecin du service afin de faire le point sur la situation.

Vous avez pu voir Myriam un instant avant son départ au bloc et vous vous sentez anéanti. Vous êtes en pleurs et vous n'arrivez à exprimer aucun mot.

Au fur et à mesure des explications vous commencez à poser des questions et vous demandez notamment quels sont les pourcentages de chance pour que Myriam s'en sorte sans séquelle, ou quel type de séquelle elle pourrait avoir. Est-ce qu'elle sera handicapée ? « Est-ce qu'elle pourrait être un légume » ? Qu'est-ce qui se passe si c'est ça ? Vous êtes répétitifs dans vos questions.

Scénario C : médecin

Vous êtes médecin de garde en réanimation pédiatrique.

Vous venez de recevoir Amélie, 14 ans, qui a été prise en charge ce jour au bloc opératoire pour correction d'une scoliose.

Elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors de sa scoliose.

Au moment de l'induction de l'anesthésie, la patiente a présenté une hypotension sévère sur un probable choc anaphylactique. L'anesthésiste a pris en charge le collapsus grâce à plusieurs remplissages vasculaires et à l'administration d'adrénaline.

La chirurgie n'a pas eu lieu et Amélie a été transférée en réanimation pour la suite de la prise en charge.

Le pronostic est normalement bon mais l'enfant est encore intubée, ventilée, elle est stable sur le plan hémodynamique avec un support aminergique.

Le collapsus a été sévère et vous savez qu'il existe un petit risque d'effet rebond.

Vous réalisez un entretien avec l'un des parents pendant lequel vous donnez des informations sur le diagnostic et le pronostic de leur enfant.

Scénario C : consignes pour les acteurs

Vous êtes l'un des parents d'Amélie, 14 ans, prise en charge en réanimation pédiatrique suite à une chirurgie de scoliose.

Amélie n'a pas de problème de santé en dehors de sa scoliose pour laquelle vous avez pris, avec le neurochirurgien, la décision de l'opérer.

La surveillance post-opératoire d'Amélie était prévue en unité de soins continus, mais l'infirmière est venue vous prévenir que l'opération avait dû être annulée suite à un problème au moment de l'anesthésie et qu'il avait fallu la transférer en réanimation. L'anesthésiste et le chirurgien vous ont déjà expliqué la cause de l'accident et vous savez qu'il s'agit d'une complication potentiellement grave.

Le médecin réanimateur vous reçoit en réanimation pour faire le point sur la situation.

Au cours de l'entretien vous êtes en état de choc, sidérés, puis vous exprimer de la culpabilité parce que vous hésitez beaucoup à recourir à cette chirurgie pour votre enfant. « Je savais bien qu'il ne fallait pas... », « est-ce qu'il peut y avoir un lien avec le vaccin qu'elle a reçu il y a un mois ? »

6.3 Annexe 3 : Score ‘Breaking Bad News’ (BBN)

Pour chaque objectif, estimez, selon vous, votre niveau de connaissance, de capacité d’action, et votre motivation à appliquer ces connaissances/compétences dans votre activité professionnelle :

A. Annoncer une mauvaise nouvelle

J’ai des connaissances
pour annoncer une mauvaise nouvelle

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Pour quelles raisons ?

.....

Je me sens capable
d’annoncer une mauvaise nouvelle

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Pour quelles raisons ?

.....

J’applique ces connaissances/compétences
dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Pour quelles raisons ?

.....

B. Gérer votre communication verbale lors de l’annonce de mauvaise nouvelle

J’ai des connaissances
pour bien communiquer verbalement

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Je me sens capable
de gérer ma communication verbale

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

J’applique ces connaissances/compétences
dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

C. Gérer votre communication non-verbale et vos émotions lors de l'annonce de mauvaise nouvelle

J'ai des connaissances

pour bien communiquer de manière non-verbale et gérer mes émotions

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Je me sens capable

de gérer ma communication non-verbale et mes émotions

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

J'applique ces

connaissances/compétences dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

D. Identifier les émotions et les réactions d'autrui lors de l'annonce de mauvaise nouvelle

J'ai des connaissances

pour identifier les réactions de mon interlocuteur et y réagir adéquatement

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Je me sens capable

d'identifier les réactions de mon interlocuteur et d'y réagir adéquatement

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

J'applique ces

connaissances/compétences dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

E. Accompagner le patient/sa famille dans la gestion de ses émotions

J'ai des connaissances

pour accompagner mon interlocuteur dans la gestion de ses émotions

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Je me sens capable

d'accompagner mon interlocuteur dans la gestion de ses émotions

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

J'applique ces

connaissances/compétences dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

F. Mener un entretien d'annonce de mauvaise nouvelle structuré

J'ai des connaissances
pour mener un entretien structuré

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Je me sens capable
de mener un entretien structuré

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

J'applique ces connaissances/compétences
dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

G. Faire passer un message difficile en limitant autant que possible les dommages pour le récepteur

J'ai des connaissances
pour annoncer une mauvaise nouvelle en limitant les dommages pour le récepteur

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

Je me sens capable
d'annoncer une mauvaise nouvelle en limitant les dommages pour le récepteur

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

J'applique ces connaissances/compétences
dans ma pratique professionnelle

S O	0	1	2	3	4	5
Sans objet	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément

6.4 Annexe 4 : Score de Cungi et Rey

Notez à quel point chacune des propositions suivantes vous correspond dans le cadre de votre activité professionnelle, lors de la communication avec les patients/familles.

1) Je me sens à l'aise dans les situations relationnelles

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

2) Je regarde facilement la personne qui me parle ou à qui je parle

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

3) Je parle assez fort pour être entendu(e)

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

4) Je parle assez distinctement pour être compris(e)

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

5) Je souris facilement

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

6) J'ai une attitude ouverte (posture générale)

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

7) Je peux me rapprocher physiquement des personnes à qui je parle, quand cela est souhaitable sans éprouver de gêne

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

8) J'écoute l'interlocuteur sans l'interrompre

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

9) Je vérifie souvent si j'ai bien compris ce que l'autre a dit

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

10) Je vérifie souvent si l'autre a bien compris mon message

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Bien	Très bien	Parfaitement

6.5 Annexe 5 : Echelle de stress

Pendant la simulation à laquelle vous venez de participer

Évaluez votre niveau de stress au moment de l'annonce, allant de 0 (pas du tout stressé) à 10 (extrêmement stressé), en plaçant **UNE CROIX** sur l'échelle visuelle analogique suivante :



6.6 Annexe 6 : Score modified Breaking bad news Assessment Scale (mBAS)

Veillez entourer le chiffre qui reflète le mieux le score que vous souhaitez attribuer. Les détails sous chaque question sont donnés à titre indicatif.

A. Mise en scène : on cherche ici à savoir si le médecin a établi un premier contact avant d'annoncer la mauvaise nouvelle. Cela peut être en créant un environnement qui permet une communication à la fois privée et confortable, en se présentant et en s'intéressant au patient en tant qu'individu.

1. Comment le médecin a-t-il organisé l'environnement de l'entretien ?

Très bien				Très insuffisant	
1	2	3	4	5	

Le médecin devrait :

- Avoir placé les chaises de façon à ce que le contact visuel soit non forcé.
- S'être assuré que le bureau n'était pas entre lui et le patient.
- Avoir veillé à ce que la corbeille soit à l'écart.
- S'être préparé au bouleversement du patient (par exemple, en plaçant des mouchoirs de manière à ce que le patient puisse les atteindre)
- Avoir pris des mesures pour éviter d'être dérangé (par exemple en éteignant le téléphone).

2. Le médecin a-t-il bien accueilli le patient et s'est-il présenté ?

Très bien				Très insuffisant	
1	2	3	4	5	

Le médecin devrait :

- Avoir accueilli le patient debout.
- Avoir confirmé le nom du patient.
- S'être présenté en utilisant son nom.
- Avoir donné sa fonction.
- Avoir montré au patient où s'asseoir.

Le médecin devrait :

- Avoir informé progressivement le patient que ce qui va suivre sera important, avant d'utiliser des termes spécifiques.
- Avoir demandé au patient de parler après avoir annoncé la nouvelle.

6. Lors de la diffusion des informations, le médecin a-t-il utilisé un niveau de détail et un langage appropriés pour la compréhension du patient ?

Très bien Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin devrait :

- Avoir commencé par utiliser des termes simples non spécifiques.
- Avoir répondu aux signaux du patient ou lui demander s'il voulait plus de détails avant de devenir plus précis.
- Avoir vérifié que le patient comprenait les termes utilisés.

7. Le médecin a-t-il permis au patient de fixer le rythme de l'entretien ?

Très bien Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin devrait :

- Avoir fourni les informations appropriées lorsqu'elles ont été demandées.
- Avoir donné les nouvelles à un rythme qui a permis au patient de réfléchir et de répondre.
- Avoir vérifié que le patient a compris et assimilé ce qui a été dit avant de donner plus d'informations.

8. Le médecin a-t-il fait une pause appropriée après avoir annoncé la nouvelle ?

Très bien Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin devrait :

- Avoir permis l'assimilation des informations sur le diagnostic et leurs implications

- Avoir donné au patient le temps de répondre.
- Avoir brisé le silence de manière appropriée si la pause était trop longue.

C. Recueillir les inquiétudes : on cherche ici à savoir si le médecin a activement tenté de se faire une idée claire sur la signification, les préoccupations et les implications personnelles qu'a engendré l'annonce de la mauvaise nouvelle.

9. Le médecin a-t-il spécifiquement demandé si le patient avait des questions ?

Très bien Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin devrait poser la question à plusieurs reprises.

10. Le médecin a-t-il explicitement tenté d'obtenir le détail des préoccupations du patient ?

Très bien Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin a-t-il exploré :

- Les sentiments et les émotions du patient à propos de la nouvelle qui vient d'être donnée ?
- Les préoccupations du patient concernant le traitement ?
- Les inquiétudes du patient concernant le pronostic ?
- Les préoccupations découlant des problèmes familiaux et relationnels ?
- Les inquiétudes du patient concernant l'effet sur son environnement social, par exemple son emploi ?

11. Le médecin a-t-il explicitement vérifié les domaines les plus importants pour le patient ?

Très bien Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin devrait :

- Avoir demandé au patient de quels problèmes il était important de parler lors de cet entretien.
- Avoir demandé dans quel ordre le patient voulait parler de ces problèmes.

D. Fournir des informations : on s'intéresse ici aux aspects autres que la diffusion de l'information elle-même.

12. Le médecin a-t-il donné des informations adaptées aux préoccupations exprimées par le patient ?

Très bien Très insuffisant
1 2 3 4 5

Le médecin devrait :

- Avoir donné des informations en rapport avec les préoccupations exprimées par le patient.
- Avoir répondu aux questions du patient.

13. Le médecin a-t-il clairement expliqué les informations fournies afin que le patient comprenne ?

Très bien Très insuffisant
1 2 3 4 5

Le médecin a-t-il :

- Donné des informations de manière ordonnée et logique ?
- Utilisé des termes appropriés et évité le jargon ?
- Vérifié que le patient a compris et proposer des éclaircissements le cas échéant ?
- Résumé les informations pour le patient ?

14. Le médecin a-t-il réussi à se concentrer sur des aspects positifs ?

Très bien Très insuffisant
1 2 3 4 5

Le médecin a-t-il :

- Exposé les options de traitement de manière positive ?
- Exposé les avantages et les effets secondaires de manière équilibré ?
- Donné des informations correctes sur le pronostic sans éteindre l'espoir ?

15. Le contenu de l'entretien était-il exact sur le plan factuel ?

Très bien

Très insuffisant

1 2 3 4 5

- Si toutes les informations fournies étaient correctes sur le plan factuel, le médecin devrait obtenir une bonne note.
- Si le médecin a reconnu l'incertitude ou le manque de connaissances, il devrait tout de même obtenir une bonne note.
- Les notes doivent être réduites en cas de déclarations incorrectes, d'optimisme infondé, de réconfort prématuré ou de négativité injustifiée.

E. Considérations générales : Les points suivants se rapportent à l'entretien dans son ensemble.

16. Combien de domaines clés des préoccupations du patient ont été abordés ?

Tous

Aucun

1 2 3 4 5

Chacun des cinq domaines clés suivants doit être abordé pour obtenir la note maximale :

- Traitement
- Pronostic
- Sentiments et émotions
- Problèmes familiaux et relationnels
- Retentissement social

17. Les problèmes psychosociaux exprimés par le patient lors de l'entretien ont-ils été explorés ?

Très bien

Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin devrait :

- Avoir reconnu les sentiments et émotions du patient, les effets sur la famille, les relations et les

circonstances sociales.

- Avoir permis au patient de parler de ces problèmes.
- Avoir posé des questions à leur sujet.
- Être entré dans un dialogue.

18. Le médecin a-t-il réussi à se montrer empathique lors de l'entretien ?

Très bien

Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin a-t-il :

- Été bienveillant ?
- Montré un soutien émotionnel ?
- Donné le sentiment que cela importait pour lui ?
- Transmis sa disponibilité pour aider le patient ?

19. Le médecin a-t-il utilisé un langage corporel approprié pendant l'entretien ?

Très bien

Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin a-t-il :

- Maintenu le contact visuel ?
- Été intéressé et attentif aux besoins du patient ?
- Montré un exercice professionnel compétent et fait preuve d'attention ?

20. Le médecin a-t-il évité de paraître maladroit lors de l'entretien ?

Très bien

Très insuffisant

1 2 3 4 5

Le médecin a-t-il :

- Présenté les sujets difficiles avec bienveillance ?
- Traité les problèmes douloureux avec tact ?
- Fait preuve de flexibilité et de sensibilité pour répondre aux besoins du patient ?

7. Abréviations

BBN : Breaking Bad News

mBAS : modified Breaking bad news Assessment Scale

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.