

Annoncer un diagnostic difficile : entre théorie et réalité

Sara Batina Fernandes, Leena Crochat, Olwen Fiander, Nans Romain, Aurélie Udry

Introduction

L'annonce de diagnostic difficile en santé est une compétence essentielle et particulièrement redoutée par les jeunes soignant·es dès leur entrée dans la vie active (5,8). Face à des systèmes de soins nécessitant une collaboration accrue, la littérature internationale montre que le stress professionnel touche près de 44,8 % des soignant·es et que l'épuisement émotionnel en concerne 37,4 %, ce qui engendre un coût social et économique global majeur pour les systèmes socio-sanitaires (1,2,8). Une communication inadaptée dans ces situations peut altérer la relation thérapeutique et la satisfaction des patient·es, provoquant chez eux une forte détresse psychique telle que de l'anxiété ou la dépression (3,8). Pour y remédier, des dispositifs comme la simulation en santé, l'éducation interprofessionnelle ou des espaces réflexifs comme les groupes Balint sont développés ; ils démontrent une efficacité sur l'auto-efficacité, la confiance en soi et la communication collaborative (+0,68 point) (1,4,5,7). Cependant, la littérature actuelle souffre encore d'un manque d'outils d'évaluation validés pour l'empathie non verbale, d'une hétérogénéité des modèles pédagogiques et de données limitées sur la durabilité à long terme de ces compétences (3,5). C'est pourquoi il convient de se demander : Comment la formation des jeunes soignant·es prépare-t-elle à l'annonce de diagnostics difficiles dans un contexte de prise en charge interprofessionnelle ?

Méthode

Ce travail s'intéresse à la formation des jeunes soignants à l'annonce de diagnostics difficiles. Pour explorer cette question, huit entretiens semi-structurés ont été menés auprès de différents acteurs au profils variés : un infirmier en soins palliatifs, une spécialiste en psychiatrie de liaison, un comédien « jouant patient simulé », un aumônier, un membre de l'ASMAV représentant les médecins assistants, une intervenante de l'association Doula, une philosophe, ainsi qu'un historien de la médecine. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par thématiques, et nous avons comparé ces résultats à la littérature sur le sujet.

Résultats

Les entretiens menés auprès de huit professionnel·les (historien·ne de la médecine, psychiatre de liaison, soignant·e en soins palliatifs, représentant·e des médecins assistant·es, aumônerie, patient·e simulé·e, DOULA et philosophe) convergent vers un même constat : la formation des jeunes clinicien·nes à l'annonce de diagnostics difficiles fournit des bases théoriques solides, mais prépare encore insuffisamment à la réalité du terrain.

Les participant·es reconnaissent les progrès apportés par les patient·es simulé·es, les mises en situation et les modèles de communication comme SPIKES. Toutefois, ces outils ne permettent pas toujours de faire face à la complexité des situations réelles, marquées par l'incertitude, les contraintes organisationnelles et la diversité des réactions des patient·es.

Les entretiens montrent également que la notion de « diagnostic difficile » dépasse la seule gravité médicale. La difficulté dépend avant tout de l'impact du diagnostic sur la vie de la personne et de la manière dont celui-ci est reçu. Les situations d'incertitude diagnostique ou pronostique sont fréquemment citées comme particulièrement délicates et encore peu abordées en formation.

La gestion des émotions constitue une autre limite importante. Si les étudiant·es apprennent à accompagner les réactions des patient·es, ils et elles sont moins préparé·es à faire face à leurs propres émotions, notamment lors de situations impliquant la souffrance, la fin de vie ou un sentiment d'impuissance. Plusieurs intervenant·es soulignent ainsi l'importance d'un travail réflexif sur le rapport personnel à la maladie, à la mort et à la vulnérabilité.

Les participant·es relèvent aussi que certaines situations centrales, comme la fin de vie ou les dégradations progressives de l'état de santé, restent peu travaillées de manière concrète. Une grande partie des compétences s'acquiert donc sur le terrain, par l'expérience et le mentorat, dont la qualité varie fortement selon les contextes cliniques.

Enfin, tous mettent en avant l'importance des compétences relationnelles : écoute active, reformulation, empathie, capacité à accueillir le silence et adaptation aux besoins de chaque patient·e. L'annonce est décrite comme un

processus qui touche non seulement à la maladie, mais aussi à l'identité, aux projets de vie et à l'entourage. Dans cette perspective, plusieurs pistes d'amélioration sont proposées, notamment le développement de la médecine narrative, l'intégration de patient·es partenaires et la création d'espaces de réflexion permettant aux futur·es professionnel·les de mieux appréhender la dimension humaine de ces annonces.

Discussion et conclusion

Nos résultats montrent que la formation à l'annonce de diagnostics difficiles repose sur des bases théoriques relativement bien établies, et que les principales difficultés résident dans la complexité des situations réelles, l'incertitude, la gestion des émotions (des patient·es comme des soignant·es) et l'intégration d'une vision globale du patient dans des contextes de soins contraints.

Ces résultats rejoignent la littérature : une revue systématique confirme l'efficacité des patient·es simulé·es, mais souligne l'absence d'outils validés pour évaluer l'empathie non verbale, le manque de consensus sur le moment optimal de cette formation et le peu de données sur la durabilité des compétences acquises (3). Une revue narrative montre par ailleurs que ces dispositifs n'ont pas suffi à réduire l'insatisfaction des patient·es concernant l'annonce de leur diagnostic (7).

La dimension émotionnelle du soignant, identifiée comme un angle mort de la formation actuelle, trouve un écho dans les travaux sur les Schwartz Rounds et les groupes Balint, qui montrent qu'un espace réflexif régulier réduit la détresse psychologique et prévient le détachement affectif des jeunes soignant·es (1,8).

Sur cette base, nous proposons de renforcer les enseignements pratiques avec patient·es simulé·es tout au long du cursus, notamment par des simulations inversées où les étudiant·es endossent le rôle du patient, et le recours à des patient·es partenaires (ayant vécu une annonce de diagnostic difficile, dont l'expérience permet un retour plus authentique sur l'impact de la communication du soignant). Nous proposons également d'instaurer des ateliers annuels de réflexion sur le vécu émotionnel des soignant·es et d'intégrer la médecine narrative tout au long du cursus, plutôt que de la limiter à un unique cours en première année.

En conclusion, une collaboration interdisciplinaire associant simulation, médecine narrative, pratique réflexive et soutien émotionnel structuré pourrait améliorer la qualité de l'annonce de diagnostics difficiles tout en favorisant le bien-être des jeunes clinicien·nes (1,3,8).

Références

1. Golding L. Schwartz Rounds: Supporting the emotional wellbeing of our future healthcare workforce. *Future Healthcare J.* 2024 ;11(1) :100010. DOI: 10.1016/j.fhj.2024.100010
2. Heier L, Schellenberger B, Schippers A, Nies S, Geiser F, Ernstmann N. Interprofessional communication skills training to improve medical students' and nursing trainees' error communication - quasi-experimental pilot study. *BMC Med Educ.* 2024 ;24 :10. DOI : 10.1186/s12909-023-04997-5
3. MacLaine TD, Lowe C, Dale J. The use of simulation in medical student education on the topic of breaking bad news: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2021 ;104(11) :2670-2681. DOI: 10.1016/j.pec.2021.04.004
4. Marken PA, Zimmerman C, Kennedy C, Schremmer R, Smith KV. Human Simulators and Standardized Patients to Teach Difficult Conversations to Interprofessional Health Care Teams. *Am J Pharm Educ.* 2010 ;74(7) :120. DOI: 10.5688/aj7407120
5. Przymuszała P, Marciniak R, Wujczyk-Krempeć M, Heitzman J, Krajewski R, Cerbin-Koczorowska M. "Difficult Conversations with Patients"—A Modified Group Objective Structured Clinical Experience for Medical Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 ;18(11) :5772. DOI: 10.3390/ijerph18115772
6. Rai ZL, Reyes CM. Between Hope and Reality: The Art of Delivering Difficult News. *United European Gastroenterol. J.* 2025 ;13(10) :1593-1596. DOI: 10.1002/ueg2.70034
7. Warriar V, Pradhan A. A Narrative Review of Interventions to Teach Medical Students How to Break Bad News. *Med. Sci. Educ.* 2020 ;30(3) :1299-1312. DOI: 10.1007/s40670-020-01015-x
8. Zoumpouli A, Wood B. Balint Groups for Medical Students. In: Hughes P, Langan Martin J, eds. *Teaching Psychiatry to Undergraduates.* 2022 ;110-116. DOI : 10.1017/9781108921206.020

Mots clés

Formation ; Diagnostic difficile ; Jeunes soignants ; Annonce ; Interprofessionnel ; Mauvaise nouvelle ; Éducation

Annoncer un diagnostic difficile : entre théorie et réalité



INTRODUCTION

L'annonce de diagnostic difficile :

- compétence essentielle, particulièrement **redoutée** par les jeunes soignant·es (5,8)
- une **communication inadaptée** dans ces situations peut **altérer la relation thérapeutique** et la satisfaction des patients, provoquant une forte **détresse psychique** (anxiété, dépression, etc.) (3,8)
- malgré les divers dispositifs mis en place (simulations, éducation interprofessionnelle, espaces réflexifs dont Balint), la littérature met en évidence un **manque d'outils d'évaluation validée pour l'empathie non verbale, d'hétérogénéité des modèles pédagogiques et des données limitées sur la durabilité à long terme des compétences** (1,3,4,5,7)

OBJECTIFS



- Évaluer la **préparation des jeunes soignant·es** à l'annonce de diagnostics difficiles
- Identifier les **lacunes de la formation** face aux réalités du terrain
- Explorer des **pistes d'amélioration**

QUESTION DE RECHERCHE

COMMENT LA FORMATION PRÉPARE-T-ELLE LES JEUNES SOIGNANT·ES À L'ANNONCE DE DIAGNOSTICS DIFFICILES DANS UN CONTEXTE INTERPROFESSIONNEL ?

MÉTHODOLOGIE



- Revue de la littérature scientifique
- 8 entretiens semi-structurés



**Infirmier en soins palliatifs,
Représentant de l'ASMAV,
Intervenante de l'association Doulas de fin de vie**



Comédien



**Aumônier,
Philosophe,
Historien de la médecine,
Spécialiste en psychiatrie
de liaison**

PISTES D'AMÉLIORATION

1

**Mieux préparer
à la réalité
clinique**

2

**Développer une
approche centrée
sur la personne**

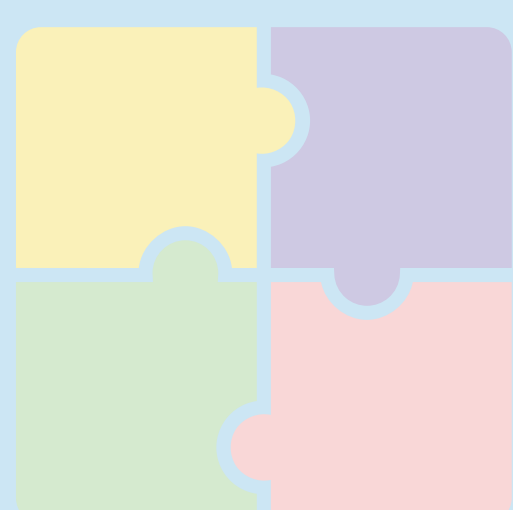
3

**Intégrer
davantage de
pratique réflexive**

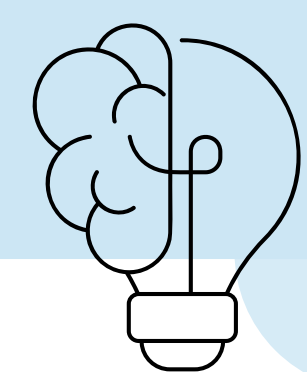
4

**Renforcer les
compétences
relationnelles**

MISE EN PLACE :



- Multiplier les **simulations** avec patients simulés tout au long du cursus
- Mettre en place des **ateliers annuels** de réflexion sur le **vécu émotionnel** des soignant·es : rapport à la mort, annonces de diagnostics difficiles
- Renforcer l'enseignement de la **médecine narrative**
- Développer l'**entraînement entre pairs, avec alternance des rôles** de soignant·e et de patient·e simulée



DISCUSSION & CONCLUSION

Nos résultats montrent que les **difficultés** liées à l'annonce de diagnostics difficiles dépassent la simple maîtrise des protocoles de communication. L'**incertitude** clinique, la gestion des **émotions** et la prise en compte de la personne dans sa **globalité** apparaissent comme des enjeux centraux. Ces constats rejoignent largement les données de la littérature, qui soulignent les **limites actuelles** des dispositifs de formation malgré leurs bénéfices reconnus. Une **approche** combinant simulation, pratique réflexive et développement des compétences relationnelles pourrait permettre une préparation plus complète des jeunes soignant·es.

RÉSULTATS

1. Formation et terrain

Bases **théoriques** solides
Simulations, patient·es simulé·es et modèle SPIKES appréciés
Apprentissage important sur le **terrain**
Importance du **mentorat** et de l'encadrement clinique
La formation fournit des bases solides mais insuffisantes face à la réalité clinique !

2. Complexité et incertitude

La difficulté ne dépend pas que de la gravité médicale
Importance de l'**impact du diagnostic** sur la vie, valeurs et projets de vie du patient·e
Incertitude diagnostique et pronostique peu abordée
Réactions des patient·es imprévisibles
Contraintes organisationnelles fréquentes
L'annonce difficile dépasse la simple transmission d'une mauvaise nouvelle !

3. Gestion des émotions

Préparation limitée aux **émotions du soignant·e**
Sentiment d'**impuissance** face à certaines situations
Difficultés liées à la souffrance et à la fin de vie
Besoin d'un **travail réflexif** sur la maladie, la mort et la vulnérabilité
Les compétences émotionnelles du soignant·e restent insuffisamment développées !

4. Relation au patient

Écoute active, **empathie**, **reformulation** et accueil du **silence**
Adaptation aux besoins de chaque patient
Prise en compte de l'**identité**, des **projets de vie** et de l'**entourage**
L'annonce comme **processus humain** et non uniquement médical
L'apprentissage par l'expérience est essentiel !

Mots-clés:

Formation ; Diagnostic difficile ; Jeunes soignants ; Annonce ; Interprofessionnel ; Mauvaise nouvelle ; Éducation

Contacts:

sara.batinafernandes@unil.ch, leena.crochat@unil.ch, olwen.fiander@unil.ch, nans.romain@unil.ch, aurelie.udry@unil.ch

Remerciements:

Nos sincères remerciements à toutes les personnes ayant participé à la réalisation de ce travail, en particulier à notre tutrice Brenda Bogaert.