

La télésimulation : une méthode pédagogique innovante ? Impact d'une formation par télésimulation comparée à une formation en simulation sur l'apprentissage de la consultation d'infirmière en pratique avancée chez les étudiantes d'un Master en Sciences Infirmières

Auteur : Blasco Falgas, Sarah

Promoteur(s) : Chevalier, Sabrina; DUBOIS, Nadège

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/19994>


Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Annexe 1 : Documents d'E-Learning

Dossier « Entretien infirmier »




Activité d'intégration professionnelle
SANT4027-1

Entretien infirmier

Notions théoriques

À savoir :


- ✓ Ce qu'est un entretien infirmier
- ✓ Les différents types d'entretien (formes et fond)
- ✓ Les différentes phases de l'entretien
- ✓ L'importance du cadre (Temps et Lieu)



Qu'est-ce qu'un entretien infirmier ?


?

- « L'entretien infirmier est une technique de soins permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. » (Rybak Christian et al., 2004)
- Processus circulaire où chacun interagit avec l'autre, échanges
- Se réfère aux grands principes de la communication (verbale, non verbale, ...)



Modèle de Shannon et Weaver

- Bien plus qu'un simple échange ...
—> mise en oeuvre de liens (entre 2 per., dans le discours, dans l'histoire du patient)
Rôles de l'infirmier :
- **RASSEMBLER** tout ce que le patient
- lui faire *préciser*
- lui faire *expliquer*



- Dans la législation française, l'IPA peut :
—> Conduire un entretien (activités de consultation), évaluation, orientation, éducation, prévention, dépistage, conclusions cliniques, prescription, renouvellement de traitement (le guide de l'infirmier en pratique avancée, 2021)

- Formel ou informel, à la demande du soignant ou à celle du patient, l'entretien est un *moment particulier* (s'entre-tenir) où, par la parole pourraient se **réunir** les morceaux d'histoire.

Les différents types d'entretien

Selon la forme	Selon le fond
Entretien directif	Entretien d'accueil
Entretien semi-directif	Entretien d'informations et d'enseignements
Entretien non-directif	Entretien d'aide (formel ou non)
Entretien de groupe	
Entretien téléphonique	

Existe des entretiens mixtes

Type d'entretien SELON LA FORME

Entretien directif	grille précise, questions fermées, pour le recueil des données
Entretien semi-directif	grille structurée, questions ouvertes
Entretien non-directif	questions ouvertes, pas de grille, pour l'entretien d'aide
Entretien de groupe	famille, groupe de patient même caract) même principe que l'entretien individuel MAIS...
Entretien téléphonique	patient connu, spécifique

Type d'entretien SELON LE FOND L'entretien d'accueil

- Premier entretien -> entrer en relation
- Récolte des données : observation, questionnement, évaluation, etc.
- Comprendre l'état de santé et le contexte (évaluation)
- Planifier les soins appropriés et le projet de soins
- Vision large +++ mais info précises -> DI ou PC puis démarche clinique (cf cours Démarche clinique)
- Suivi d'une partie informative (hospitalisation, suivi, etc.)

Crucial pour commencer à créer une relation de confiance !



Type d'entretien SELON LE FOND L'entretien d'informations et d'enseignement

- Informations à la personne soignée et à sa famille : prévention, promotion de la santé, explication des problèmes de santé et du traitement
- But : aider le patient à comprendre et à accepter la situation mais aussi à devenir autonome dans son traitement et la gestion de sa maladie (cfr éducation du patient)



Type d'entretien SELON LE FOND L'entretien d'aide

- Processus de soutien à la personne soignée et ses proches
- Ecoute, favoriser l'expression
- Aide à affronter, comprendre une difficulté liée à sa maladie, traitements ou autres (élms de la vie nuisant à la bonne adapt.)
- Aide à accepter la situation (sérénité, autonomie, dignité)
- Nécessaire dans des situations compliquées/critiques.



Type d'entretien SELON LE FOND L'entretien d'aide

	Formel	Informel
Planification	A l'avance	A l'improviste (nécessité)
Horaires	Prédéfini	Spontané
Acceptation par l'aidé	Explicite	Implicite
Objectifs	Explicites et préalablement définis	Implicites et définis par les circonstances (ex : diminuer l'anxiété)
	A long terme	A court terme

Les 5 étapes/phases de l'entretien

1. Phase de préparation / organisation

- Se préparer, s'informer, se questionner sur Utilité/Nature/Obj
- Préparer son environnement et du matériel
- Créer un climat de sécurité

2. Phase d'orientation/ introduction = AMORCE

- Se présenter et vérifier l'identité du patient
- Introduire l'entretien : résumé le contenu et le thème, objectifs de l'entretien et/ou résumé des précédents entretiens
- Communication verbale et non verbale ! (contact visuel, position, etc.)
- Se renseigner sur les connaissances, volontés et besoins du patient

Les étapes de l'entretien

3. Phase d'exploitation

- Moment d'écoute, de questionnement, d'observation, de clarification
- Réponse ou non !
- Examen clinique, évaluation
- +/- structuré en fonction de l'objectif
- Utilisation des techniques de communication : reformulation, ... (soutenir, clarifier, reconforter)

4. Phase de conclusion ou de séparation

- Résumé de l'entretien, vérification de la bonne compréhension
- Préparation de la prochaine séance éventuelle ou vérifier atteinte objectifs fixés
- Remercier le patient et répondre aux questions

! peut faire naître sentiment d'abandon

5. Transmission dans le dossier et/ ou à d'autres professionnels de la santé

(Marzouk, 2012)

Le cadre : Temps & Lieu

Le cadre peut influencer (favoriser ou briser) la relation de confiance

Le temps :

- Le moment de la journée (le patient ne parlera pas de la même chose ou de la même manière)
- Durée : variable (mais le prévoir)
- Répétition SN, planification AVEC le patient (entretiens d'aide formels)
- Ponctualité, disponibilité et fiabilité

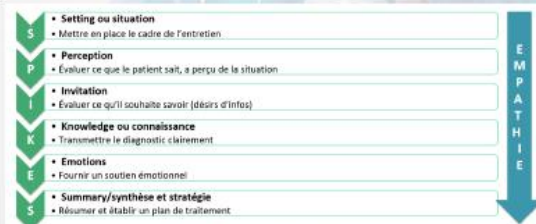
Le cadre : Temps & Lieu

Le lieu :

- Privilégier l'intimité
- Favoriser une atmosphère calme (réduire les sources de bruit)
- S'assurer de ne pas être dérangé
- Position : même niveau que la personne (ni dominant/ni dominé)

Il y a souvent un lien entre le lieu et le caractère formel ou informel de l'entretien.

Lien avec l'annonce de mauvaise nouvelle : Outil SPIKES



(Centre de simulation médicale Uliège, 2018)

À garder à l'esprit

- Plus qu'un simple échange (observation, diagnostic, etc.)
- Nécessite préparation, motivation, intérêt et expérience
- Le patient a des ressources
- Se base sur les techniques de communication et suit différentes étapes
- Retranscription = continuité des soins et preuve du W inf

Références

- Ambrosino, F., Le guide de l'infirmier en pratique avancée, Vuiber, 2^{ème} édition, 2021.
- Centre de simulation médicale, SPIKES, 2018.
- Marzouk, l'entretien infirmier, 2012 (http://ifsi.charlesfoix.blog.free.fr/public/Semestre_3/L_entretien_infirmier.pdf)
- Rybak, C., N. Beuzée et A. Lelevrier-Vasseur, 2004, L'entretien infirmier en santé mentale, ressources et compétences du patient, Thérapie familiale, 25, 3, pp. 293-302.
- Salomé, Jacques, Relation d'aide et formation à l'entretien, Paris, Presses Universitaires Septentrion, 2003

Dossier « Communication »



Techniques de communication - Empathie

Outils pour exprimer L'EMPATHIE

- **Nommer** → « Je me demande si vous vous sentez xxx », « Certaines personnes se sentiraient xxx dans cette situation »
- **Compréhension** → « Je peux comprendre cela », « Ce fut une période difficile pour vous »
- **Respect** → « Je suis impressionné par la façon dont vous avez géré cela »
- **Support** → « Faites-moi savoir si je peux faire quelque chose pour aider », « Je reste disponible si vous avez d'autres questions »
- **Explorer** → « Comment vivez-vous cette situation? », « Dites m'en plus sur ce que vous ressentez »

OUTILS DE COMMUNICATION SPÉCIFIQUES - SCHÉMAS / MODÈLES

Communication avec le patient

Communication centrée sur le patient

Modèle de Consultation

Annouce de mauvaise nouvelle

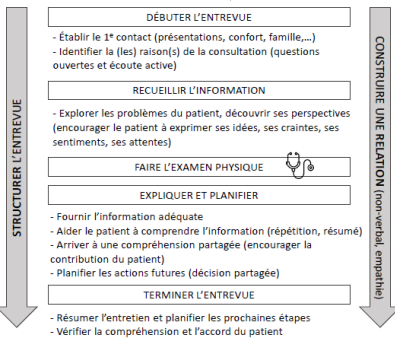
Reformulation par le patient

Communication Inter- et intra-professionnelle

Passage d'information

Boucle fermée

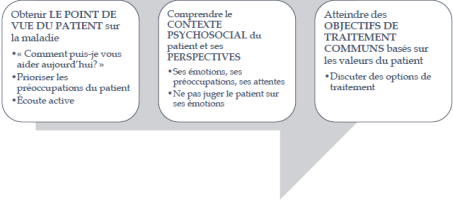
Speaking-up



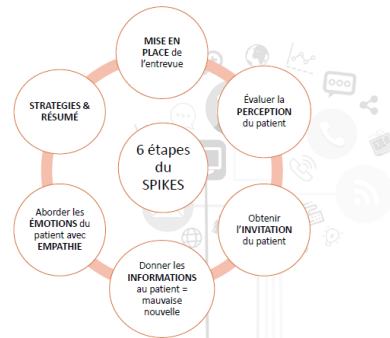
338,7 x 190,5 mm

CONSULTATION - Modèle de Calgary-Cambridge

Communication centrée sur le patient



Annoucer une mauvaise nouvelle - SPIKES



Adaptée de Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1995)

Annoucer une mauvaise nouvelle - SPIKES

- Le plus souvent concerne le **diagnostic** mais pas que ! (effets secondaires, handicap, génétique familiale)
- L'annonce = met un terme à la période d'incertitude
- Mécanismes de défenses, de protection (colère, déni, marchandage,...) → **Respecter ces réactions**
- Information progressive (pas à pas), répétée >>< rétention information
- Recueillir des informations auprès du patient, déterminer ses connaissances et ses **attentes**
- Fournir les informations en fonction des besoins et des désirs du patient
- Proposer une aide psychologique et/ou sociale

SBAR / SAED - Passage d'information entre professionnels

S	Situation : « Je suis le docteur Y, je vous appelle concernant Madame Dupont, nous sommes dans la salle d'attente du 2 ^e étage et madame présente des nausées alors que nous allons entrer en salle de scanner »
B	Background/Antécédents : « Madame a rendez-vous ce matin pour un scanner pelvien, elle est sous chimiothérapie depuis 2 mois et elle dit n'avoir jamais présentée de telles nausées »
A	Assessment/Évaluation : « Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis inquiet, elle commence à cracher du sang »
R	Recommandation/Demande : « Il faudrait que vous veniez tout de suite pour voir la patiente »

Exemple de SBAR

Vidéo HAS

Vidéo réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Régionale de Santé Bretagne (ARS)

<https://www.youtube.com/watch?v=FCYlg81c2-c>

Boucle de communication fermée

Feedback

« David peux-tu remonter la table? »

« Tu veux que je remonte la table de traitement? »

« Oui c'est correcte »

TEACH-BACK

Reformulation par le patient

Explications, informations

TEACH-BACK

→ Voir si le patient a compris, lui demander de réexpliquer
examination

→ Utiliser des **questions ouvertes**

« Comment expliquez-vous votre plan de traitement à votre mari une fois à la maison? »

Évaluation compréhension

Nouvelles explications

→ Répéter avec un langage plus simple, faire des pauses

Nouvelle évaluation compréhension

! Variations individuelles (socio-économiques, pathologies)

Communiquons plus et mieux!

SPEAKING UP

QUAND LE SILENCE EST DANGEREUX

Situations où la sécurité du patient est compromise (ou semble l'être)

RÉAGIR, s'adresser à ses collègues (même à ses supérieurs)

Soumettre ses suggestions, préoccupations, apporter une idée, parler d'un problème → dans le but de changer les choses et d'améliorer le travail d'un groupe, d'une organisation

Barrières: risque faible, hiérarchie, crainte des conséquences, résignation, confrontation collègues,...

RÉFÉRENCES

Baile WF. et al. *Spikes*, The Oncologist 2000
Balint M. *The doctor, the patient and the illness*, 1957
Gibson AS. et al. *Is it possible to improve radiotherapy team members' communication skills?*, Radiotherapy and Oncology, 2013
Halkett G.K.B. et al. *Communication skills training for radiation therapists*, J Med Radiat, 2016
HAS, *Annouer une mauvaise nouvelle*, 2008
Jawad Hashim M. et al. *Patient-centered communication: basic skills*, Ann Fam Physician, 2017, Jan 1;95(1):29-34
Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Radcliffe Medical Press, Oxford, 1998
Merck Sharp & Dohme Corp. *The Teach-Back Technique*, 2014
Merckaert L. et al. *Transfer of communication skills to the workplace: impact of a 38 hours communication skills training program designed for radiotherapy teams*, J Clin Oncol, 2015
Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Medical Press, Oxford, 1998
Vogel C., *Speak up: Quand le silence est dangereux*, Sécurité des patients Suisse
Waller A. et al. *Interventions for preparing patients for chemotherapy and radiotherapy: A systematic review*, Support Care Cancer, 2014

Interreg

Grande Région | Großregion

NiE, CHiEa

CHU de Liège

LIÈGE université

Centre de Simulation Médicale

Carnet de prébriefing

Simulation clinique

Objectifs d'apprentissage

Objectifs généraux :

- Acquérir un ensemble de SAVOIR, SAVOIR-FAIRE et SAVOIR-ÊTRE afin de réaliser une anamnèse de façon optimale

Acquis d'apprentissage :

- Structurer une anamnèse
- Développer une certaine qualité de communication : verbale/ non verbale/ para verbale
- Identifier les signes et symptômes importants dans une anamnèse

1. Introduction

L'anamnèse est un questionnement structuré et systématique réalisé par un professionnel de la santé auprès d'un patient, membre de la famille d'un patient ou d'un proche du patient. L'objectif de cette anamnèse est d'obtenir des informations précises relatives au motif de consultation du patient (Korunsky & Schub, 2016 ; Schub & Heering, 2016). L'anamnèse est constituée d'un ensemble d'éléments tels que la raison de la consultation, les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux, les assuétudes... Traditionnellement, l'anamnèse était un domaine médical jusqu'au début des années 1970. Depuis ce moment, les infirmiers ont été chargés d'effectuer des anamnèses afin de collecter des informations primordiales à l'établissement du diagnostic médical du patient (Fawcett & Rhynas, 2012).

Au sein des services d'urgences, l'anamnèse est réalisée dans un premier temps par les infirmiers tant en Belgique qu'au niveau international. D'un point de vue légal, la liste d'actes infirmiers en Belgique permet à l'infirmier d'effectuer des activités liées à l'établissement du diagnostic (M.B. 26/7/1990 ; A.R. 25/04/2014). Ensuite, les médecins réalisent une nouvelle anamnèse complétant celle de l'infirmier.

Lors de la réalisation de l'anamnèse, 80% des informations nécessaires à l'établissement du diagnostic peuvent être obtenues si l'anamnèse est complète (Young et al., 2010). De plus, un diagnostic adéquat est constaté dans 75% des cas en se basant uniquement sur les informations obtenues par l'anamnèse (Peterson et al., 1992 ; Saunders, 2002). Les compétences liées à la réalisation de l'anamnèse tant par l'infirmier que par le médecin sont cruciales en comparaison avec l'examen clinique, les examens de laboratoire et autres examens complémentaires. Un examen clinique complet seul ne donnera que dans 12% des cas un diagnostic correct alors que les examens complémentaires seuls ne le fournissent que dans 11% des cas (Saunders, 2002).

Comportements pouvant vous indiquer un faible niveau de littératie en santé

La personne :

- Exige qu'un de ses proches soit toujours présent
- Désigne les médicaments par leur forme ou leur couleur plutôt que par leur nom
- Est incapable d'expliquer clairement ce qu'elle ressent ou ce qui vient de lui être expliqué
- Dit manquer fréquemment ses rendez-vous médicaux
- Ne remplit pas elle-même ses formulaires

Poser des questions supplémentaires afin de vous assurer de la compréhension du patient et de ses proches. Laisser le temps au patient de répondre aux questions, poser des questions auxquelles il pourra répondre facilement. Ne poser des questions aux accompagnants qu'en seconde intention. Parler lentement, favoriser le contact visuel et prêter attention au langage non verbal (gestes, mouvements des lèvres, expression faciale et regard).

2.3. En fin d'examen

Reinstaller le patient de façon confortable et sécuritaire.

Placer le moyen d'appel à portée du patient.

Au besoin, éliminer le matériel souillé en respectant la procédure.

Procéder à l'hygiène des mains.

Nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable (thermomètre, brassard, stéthoscope, glucomètre, ...).

Consigner par écrit les propos, actes, ... réalisés ainsi que les directives et constats pouvant avoir une incidence sur le suivi du patient.

3. Questionnaire d'évaluation structuré de base

Données démographiques	<ul style="list-style-type: none">Nom – prénomÂgeActivité professionnelle et loisirsOrigine ethniqueCulture, religion
Patient conscient 1. Présentation cardinale	Après vous être présenté et avoir vérifié l'identité du patient, demander au patient quelle est sa plainte principale. Cela peut être un symptôme (douleur, gêne, ...) ou un événement (syncope, ...).

Détenir des compétences spécifiques liées à l'anamnèse contribue à la détection des problèmes de santé, l'établissement du diagnostic, la satisfaction tant du patient que du professionnel de la santé, l'adhérence du patient au traitement et à l'obtention de meilleurs résultats en termes de santé du patient (Fortin et al., 2002 ; Hatem et al., 2007 ; Windisch et al., 2005).

Les éléments recherchés lors d'une anamnèse varient en fonction de la situation, de la culture, du contexte... (Keifenheim et al., 2015). Ainsi, des anamnèses dans un service de psychiatrie ou de chirurgie seront différentes par rapport à un service d'urgences.

2. Etapes générales

2.1. Entrée dans la chambre

Procéder à l'hygiène des mains avant tout contact avec le patient : désinfection hydro alcoolique, 30 secondes.

En cas de risque de contact avec des liquides biologiques, mettre des gants à usage unique. Se présenter au patient afin de créer une relation avec la personne.

Vérifier son identité soit par le bracelet d'identification soit par une vérification positive. Dire : « Comment vous appelez-vous ? » plutôt que « Etes-vous ... ? ».

Assurer l'intimité du patient et le secret professionnel en fermant la porte. Installer le patient de manière sécuritaire sur le lit/brancard.

Régler la hauteur du lit / brancard : idéalement, vos mains reposent à plat sur le brancard avec les bras tendus. Protéger et respecter la pudeur du patient.

Informez et expliquez au patient vos gestes pour obtenir l'autorisation de procéder à l'examen physique.

2.2. Aspects de la communication aux urgences

Afin d'obtenir une anamnèse la plus complète possible et de pouvoir réaliser un examen physique nécessite le respect des techniques de communication. Voici quelques conseils :

- Adopter une approche accueillante et ouverte.
- Se montrer patient. Ce qui est habituel pour le professionnel ne l'est pas pour le patient et ses proches.
- Parler lentement
- Favoriser le contact visuel et prêter attention à votre langage non verbal (cliquer sur un stylo, croiser les bras, ...) et à celui du patient (gestes, mouvements des lèvres, expression faciale et regard)
- Entretenir un dialogue ouvert sans paraître pressé ou stressé
- Reformuler les propos du patient afin de vérifier la bonne compréhension
- Utiliser un langage simple, facile à comprendre et adapté aux personnes sans simplifier à l'extrême

2. SAMPLE	
2.1. Signes et symptômes OPQRSTU	<ul style="list-style-type: none">Onset (début) : quand le symptôme a-t-il débuté ?Provoqué par :<ul style="list-style-type: none">Qu'est-ce qui a provoqué ce symptôme ?Qu'avez-vous fait pour le soulager ? Est-ce efficace ?Qu'est-ce qui aggrave/réduit ce symptôme ?Qualité / quantité du symptôme<ul style="list-style-type: none">Pouvez-vous me décrire ce symptôme ? Brûlure, coup de poignard, étai, sourde, ...Sur une échelle de 0 à 10, quelle est l'intensité de votre symptôme actuellement ? Varie-t-il durant la journée ?Région / Irradiation<ul style="list-style-type: none">Pouvez-vous m'indiquer où se situe le symptôme ?Ressentez-vous ce symptôme ailleurs ?Symptômes et signes associés / sévérité<ul style="list-style-type: none">Avez-vous d'autres symptômes ou problèmes ?Ce symptôme est-il stable ou varie-t-il avec le temps ?Temps<ul style="list-style-type: none">Quand ce symptôme a-t-il commencé ?Est-ce fréquent ?A quel moment de la journée se présente-t-il ?Est-il constant / intermittent ?Understanding : compréhension et signification pour le patient<ul style="list-style-type: none">D'après vous, qu'est-ce que ce symptôme signifie ? A-t-il des répercussions sur votre vie ?Que savez-vous de ce problème / symptôme ?Si vous avez vu votre médecin traitant, qu'avez-vous compris de ses propos ?
2.2. Allergies	<ul style="list-style-type: none">Avez-vous des allergies ?Si dyspnée ● acariens, graminées, ...Si pas de dyspnée ● antibiotiques, iode ... ● important pour les traitements et examens futursSi oui, quelles ont été vos réactions ?
2.3. Médicaments	Médications / Produits naturels / Autres substances <ul style="list-style-type: none">Pour quelles raisons êtes-vous venus aux urgences ?Quels médicaments prenez-vous ?Pouvez-vous me dire pourquoi vous prenez ces médicaments ?Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Fumez-vous ? <p>Si le patient répond par la négative, cela ne suffit pas. Lui demander s'il est exposé à du tabagisme passif (lieu de travail, privé, ...) –</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommez-vous de l'alcool ? <p>Le questionnaire DETA (Diminuer – Entourage – Trop – Alcool) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation d'alcool ? • Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? • Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ? • Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ? <p>Si le patient répond OUI à 2 questions ou plus, le test est considéré comme positif (Rueff, 1989)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommez-vous d'autres substances ?
2.4. Passé médical	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous eu des problèmes de santé ? Lesquels ? - Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? Quand ? Pour quelles raisons ? - Vos parents ont-ils présenté des pathologies telles qu'un infarctus, cancer, AVC, ... ?
2.5. Last meal	<p>Dernier repas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand avez-vous mangé pour la dernière fois ? - Qu'avez-vous mangé ou bu ? - Avez-vous bien toléré ces aliments / boissons ? - Suivez-vous un régime particulier ?
2.6. Evènements	<p>Évènements / environnement avant l'arrivée aux urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre profession ? Si personne retraitée ou sans emploi, demander quel était la profession auparavant. - Avez-vous effectué un voyage à l'étranger au cours des 6 derniers mois ? - Y a-t-il un évènement qui vous préoccupe actuellement ? - Décrivez votre milieu de vie, votre milieu professionnel (si applicable dans la situation) - Qui est votre médecin traitant ? - Si personne âgée, dépendante, bénéficiez-vous d'une aide ?

Dossier « Calgary »

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale – les processus de communication *

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs.
Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs en les citant tel qu'ils le sont à la fin du présent guide

I - DÉBUTER L'ENTREVUE	
<p>A - Préparer l'entrevue</p> <p>B - Établir le premier contact (l'accueil)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le médecin salue le patient et obtient son nom 2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire 3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« Quels problèmes vous amènent aujourd'hui? » ou « Qu'est-ce que vous souhaitez discuter aujourd'hui? ») 2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui? ») 4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques 	
II - RECUEILLIR L'INFORMATION	
<p>A - Exploration des problèmes du patient</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées) 	

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*
< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<ol style="list-style-type: none"> 3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause 4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) 5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord 6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère? ») 7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires 8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé 9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début <p>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> • Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie 2. Encourage le patient à exprimer ses émotions 	
III - STRUCTURER L'ENTREVUE	
<p>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de passer à la prochaine étape 	

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*
< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<ol style="list-style-type: none"> 2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section <p>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Structure l'entrevue selon une séquence logique 2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir 	
IV - CONSTRUIRE LA RELATION	
<p>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Affiche un comportement non verbal approprié <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité 2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation 3. Affiche une confiance appropriée <p>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge 2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile 3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat 4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique <p>C - Associer le patient à la démarche clinique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « ce que je pense maintenant, c'est... ») 	

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*
< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<ol style="list-style-type: none"> 2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes 3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission 	
V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **	
<p>A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient : utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications 2. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient, s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir 3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic) 4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer <p>B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées 2. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter : avec vous, soit premièrement... » « Maintenant, abordons... ») 3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information 4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique 5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) 6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex. en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire 	

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*
< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient	
1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses maux : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient	
2. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement	
3. Relève les indices verbaux et non verbaux : Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort	
4. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin	
D - Planifier : une prise de décision partagée	
1. Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes	
2. Implique le patient : <ul style="list-style-type: none"> Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions 	
3. Explore les différentes options d'action	
4. S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre	
5. Discute d'un plan mutuellement acceptable <ul style="list-style-type: none"> signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles détermine les préférences du patient 	
6. Vérifie avec le patient <ul style="list-style-type: none"> s'il est d'accord avec le plan si l'on a répondu à ses préoccupations 	

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ualgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts : <ul style="list-style-type: none"> nom étapes des traitements; comment ils fonctionnent; bénéfices et avantages; possibles effets indésirables 	
3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation	
4. Reconnaît le point de vue du patient, plaide des points de vue alternatifs, au besoin	
5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité	
6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient	
7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome	
8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles	
C - Si discussion d'investigations et de procédures	
1. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourra vivre et subir, comment il sera informé des résultats	
2. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons	
3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles	

Références

Version originale anglaise :

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2nd edition). Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients* (2nd edition). Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).

Version française :

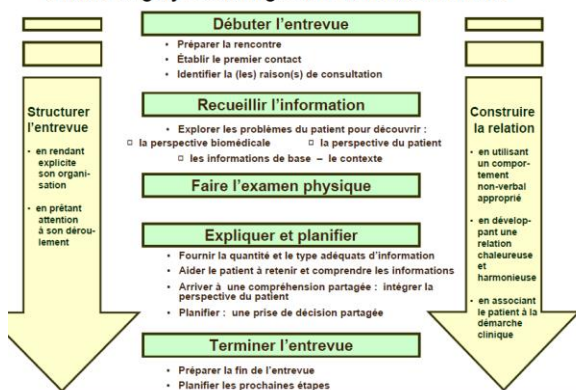
Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication*. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Canada : Les Éditions du Recours Pédagogique Inc., 2004 (sous presse).

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ualgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale



* Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*. Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003.

VI - TERMINER L'ENTREVUE	
A - Planifier les prochaines étapes	
1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin	
2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats attendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide	
B - Préparer la fin de l'entrevue	
1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins	
2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter	

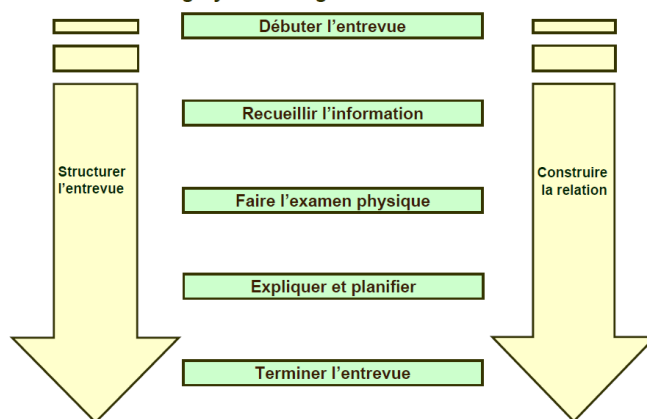
** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU	
A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification	
1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes	
2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées	
3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes	
4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises	
B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action	
1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, surlés, psychothérapie, mesures préventives)	

* *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ualgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale



* Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*. Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003.

Les liens « contenu et processus » : un exemple, recueillir l'information

Le processus : les habiletés pour l'exploration des problèmes du patient

- L'histoire du patient
- Le style des questions: de ouvertes à fermées
- L'écoute active
- La facilitation
- Le relevé des indices verbaux et non-verbaux
- La séquence des événements
- Les résumés
- L'emploi d'un vocabulaire approprié
- Les habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

Le contenu à découvrir

- | | |
|--|--|
| La perspective biomédicale (la maladie) <ul style="list-style-type: none"> - La séquence des événements - L'analyse des symptômes - La revue pertinente des systèmes | La perspective du patient (les maux) <ul style="list-style-type: none"> - Ses idées et croyances - Ses préoccupations - Ses attentes - Les impacts sur sa vie - Ses émotions |
|--|--|

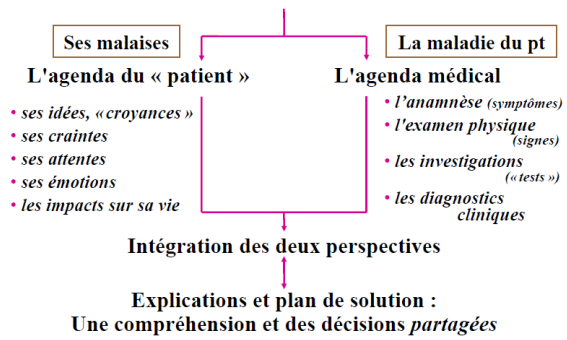
Les informations de base – le contexte

- L'histoire médicale antérieure
- L'histoire de prise de médicaments et d'allergies
- Les antécédents familiaux
- Les antécédents personnels et sociaux
- La revue des systèmes

* Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*. Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003.

Une approche centrée sur le « patient » !

La rencontre « patient » - médecin



Traduit et adapté de Stewart M et coll., 1995

Des stratégies communicationnelles

- ✓ L'écoute active, le silence
- ✓ La facilitation (incluant le langage corporel du médecin)
- ✓ Le style des questions : de ouvertes à fermées
- ✓ L'attention aux indices verbaux et non-verbaux
- ✓ L'annonce verbale des transitions, interruptions ou redirections
- ✓ Les énoncés de clarification
- ✓ Les reflets empathiques
- ✓ Les résumés périodiques (énoncés de vérification-synthèse)
- ✓ L'établissement de la séquence temporelle
- ✓ L'utilisation de questions et commentaires concis et faciles à comprendre
- ✓ Etc.

Extrait du résumé-synthèse de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard, CSL, 2004

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation des connaissances

Questionnaire de connaissances relatives à la structure de l'anamnèse et aux compétences de communication.

Bonjour,

Dans le cadre d'une consultation d'infirmière en pratique avancée, merci de bien vouloir compléter ce questionnaire à choix multiples afin d'évaluer votre niveau de connaissances à propos de la structure de l'anamnèse et des compétences en communication. **Veillez cocher la ou les réponse(s) qui vous semble(nt) correcte(s).**

Pour pouvoir compléter celui-ci de façon anonyme, veuillez renseigner l'identifiant que vous avez indiqué sur les autres questionnaires. Pour rappel, il est composé des trois premières lettres du prénom de votre papa, suivi des trois premières lettres du nom de votre maman.

Identifiant :

1. Au début de la consultation, il est indispensable de réaliser certaines actions :
 - Régler la hauteur du brancard au niveau de la taille.
 - Vérifier l'identité du patient en demandant s'il s'appelle bien Mr X.
 - Définir la nature de la consultation.
 - Se présenter (nom + fonction).
 - Serrer la main du patient.

2. L'acronyme SAMPLE permet d'identifier quels renseignements sur le patient ?
 - Ses symptômes, ses antécédents, le nom de son médecin, s'il voit une équipe pluridisciplinaire, ce qu'il a mangé, l'endroit où il vit.
 - Ses symptômes, ses antécédents, les médicaments qu'il prend, sa profession, ses loisirs, les événements qui l'ont amené à la consultation.
 - La source de sa venue, s'il est autonome, comment fonctionne son métabolisme, son passé médical, son régime alimentaire, quelles sont ses personnes ressources.
 - Ses symptômes, ses allergies, les médicaments qu'il prend, ses antécédents, l'heure de son dernier repas, y a-t-il un événement qui aurait déclenché les symptômes.
 - La source de sa venue, son régime alimentaire, les médicaments qu'il a consommés, sa profession, s'il a bu de l'alcool, s'il est parti en voyage récemment.

3. Dans le cas d'une douleur aiguë chez le patient, que permet d'identifier l'acronyme OPQRSTU ?
- Comment la douleur a débuté, qu'est ce qui la provoque, description de la douleur, dans quelle région, son intensité, depuis combien de temps, connaissance du patient sur la douleur.
 - Où, à quel moment se présente la douleur, qualité de la douleur, présence d'une résistance sentie à la palpation, à quel point souffre-t-il, depuis combien de temps, compréhension du patient.
 - Intensité, y-a-t-il un événement déclencheur, fréquence, localisation, symptômes associés, depuis quand, comparaison.
 - Début de la douleur, qu'est ce qui la provoque, son intensité, signes associés, traitement pris, ce qui soulage.
 - Douleur omniprésente ou non, position adoptée par le patient, questionnement sur ce qui entoure la douleur, région, symbole, tolérance du patient, localisation uniforme.
4. L'acronyme SPIKES (en anglais) ou EPICES (au Canada) est utile pour :
- Transmettre une information.
 - Poser un diagnostic.
 - Reformuler des informations reçues.
 - Réagir à une situation où la sécurité du patient est compromise.
 - Annoncer une mauvaise nouvelle.
5. Quelles sont les étapes d'une entrevue médicale selon Calgary-Cambridge ?
- Se présenter et définir l'objet de l'entretien, faire l'examen physique, prescrire des examens complémentaires, poser l'éventuel diagnostic, dire au revoir.
 - Demander au patient qu'est ce qui l'amène, faire l'examen physique, poser le diagnostic établi ou supposé, dire au revoir.
 - Se présenter et définir l'objet de l'entretien, recueillir des informations sur le patient, faire l'examen physique, expliquer au patient, vérifier sa compréhension et planifier la suite.
 - Se présenter, recueillir des informations, faire l'examen physique, poser le diagnostic, donner le traitement.
 - Se présenter, définir l'objet de l'entretien, faire l'examen physique, prescrire les traitements, programmer le prochain rendez-vous.

6. Certaines postures non verbales peuvent nuire à une bonne communication :
 - Faire des silences.
 - Prendre des notes.
 - Fixer le patient dans les yeux.
 - Se tenir les bras croisés.
 - Adopter une position debout pendant que le patient est assis.

7. Lorsqu'un patient a un niveau faible de connaissances en santé, il faut :
 - S'assurer que le patient a compris en formulant des questions.
 - Prendre le temps de lui expliquer les choses (termes, maladie, ...).
 - Parler à l'accompagnant en première intention.
 - Simplifier notre langage.
 - Être attentif à l'expression faciale du patient.

8. Pour recueillir des informations de la part du patient, il faut :
 - Utiliser des questions ouvertes.
 - Reformuler ce que dit le patient pour s'assurer d'une bonne compréhension.
 - Interroger le patient avec des questions uniquement fermées.
 - Utiliser un jargon précis.
 - Faire preuve d'intérêt et de respect envers le patient.

9. Quelles attentions faut-il avoir pour favoriser une bonne éducation thérapeutique ?
 - Évaluer le point de départ du patient.
 - Négocier avec le patient des objectifs réalisables pour lui.
 - Rechercher les ressources et les difficultés du patient.
 - Reformuler ce que dit le patient.
 - Encourager le patient à apporter ses idées et son ressenti.

10. Pour bien terminer une consultation, il est important :
 - De s'assurer que le patient ait tout compris en lui faisant reformuler.
 - D'avoir réglé tous les problèmes du patient.
 - De demander au patient s'il est d'accord avec la suite programmée.
 - D'avoir prescrit des traitements et/ou des examens complémentaires.
 - De faire un résumé de ce qui a été dit et de ce qui est à faire.

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation des sentiments d'auto-efficacité et de maîtrise globale

Questionnaire d'auto-efficacité relative à la structure de l'anamnèse et aux compétences de communication.

Bonjour,

Dans le cadre d'une consultation d'infirmière en pratique avancée, merci de prendre quelques minutes pour compléter ce questionnaire selon une échelle de Likert (de 0 à 5) afin d'évaluer votre sentiment d'auto-efficacité à propos de la structure de l'anamnèse et des compétences en communication.

Pour chacun des items suivants, évaluez sur une échelle de 0 à 5 en entourant la proposition qui vous correspond (0 = ne s'applique pas, 1 = Très pauvre, 2 = Pauvre, 3 = Moyen, 4 = Bon, 5 = Excellent).

Pour rappel, le questionnaire est rempli de façon anonyme donc soyez le plus honnête possible. N'oubliez pas d'indiquer l'identifiant que vous avez renseigné sur les autres questionnaires. Pour ceux qui l'auraient oublié, il est composé des trois premières lettres du prénom de votre papa, suivi des trois premières lettres du nom de votre maman.

Identifiant :

Dans le cadre d'une consultation, je me sens capable de :

Informé un patient et d'obtenir son consentement.	0	1	2	3	4	5
Réaliser une analyse de la plainte principale.	0	1	2	3	4	5
Réaliser une analyse des signes et symptômes associés selon l'OPQRST.	0	1	2	3	4	5
Réaliser un relevé complet des médicaments pris par le patient.	0	1	2	3	4	5
Évaluer les consommations de tabac, alcool et autres substances.	0	1	2	3	4	5
Réaliser un relevé pertinent des antécédents et des pathologies associées du patient.	0	1	2	3	4	5
Réaliser un relevé pertinent des antécédents familiaux du patient.	0	1	2	3	4	5
Assurer l'intimité et le secret professionnel.	0	1	2	3	4	5
Effectuer une transmission orale pertinente au médecin responsable.	0	1	2	3	4	5
Noter les éléments pertinents dans le dossier.	0	1	2	3	4	5
Poser des questions ouvertes et ciblées.	0	1	2	3	4	5
Réaliser une anamnèse complète et structurée en consultation.	0	1	2	3	4	5
Identifier les comportements non verbaux et verbaux du patient.	0	1	2	3	4	5
Adopter une attitude non verbale appropriée.	0	1	2	3	4	5
Utiliser parfaitement les techniques de communication.	0	1	2	3	4	5
Adopter un langage clair et facile à comprendre.	0	1	2	3	4	5

Selon une échelle allant de 0 à 5, évaluez votre niveau de **maîtrise globale** d'une consultation infirmière. *Entouré la proposition qui vous correspond (0 = ne s'applique pas, 1 = Très pauvre, 2 = Pauvre, 3 = Moyen, 4 = Bon, 5 = Excellent).*

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Annexe 4 : échelle de satisfaction (SSLS)

Échelle de satisfaction des étudiantes à l'égard de leurs apprentissages (SSLS)

Instructions : Ce questionnaire consiste en une série d'affirmations sur les consignes que vous avez reçues durant l'activité de simulation clinique. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous serez sans doute d'accord avec certaines des affirmations, mais pas avec d'autres. Veuillez indiquer vos sentiments personnels par rapport à chaque affirmation en cochant le chiffre qui décrit le mieux votre opinion. Dites ce que vous pensez honnêtement sans détour.

Utilisez l'échelle de notation suivante pour évaluer les pratiques d'enseignement :

TD -1- Totalemment en désaccord avec l'affirmation

D -2 - En désaccord avec l'affirmation

I -3 - Indécis – Vous n'êtes ni en accord, ni en désaccord avec l'affirmation.

A -4 - D'accord avec l'affirmation

TA -5 - Totalemment d'accord avec l'affirmation

Satisfaction à l'égard de l'apprentissage (ESEA)	TD	D	I	A	TA
1. Les méthodes d'enseignement utilisées dans cette simulation clinique ont été utiles et efficaces.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. La simulation clinique comprenait divers outils et différentes activités pédagogiques visant à améliorer nos apprentissages dans le cadre du programme de soins infirmiers.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. J'ai aimé la façon dont mon professeur a dirigé l'activité de simulation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Les outils et les activités d'apprentissages utilisés dans cette simulation clinique sont motivants et m'ont aidé à apprendre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. La façon dont mon professeur a dirigé l'exercice de simulation clinique convenait à ma façon d'apprendre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Version en langue française : Simoneau, I. L., Van Gele, P., Ledoux, I., Lavoie, S. et Paquette, C. (octobre, 2010).

Annexe 5 : échelle d'évaluation conceptuelle pédagogique (SDS)

Échelle d'évaluation conceptuelle de la simulation clinique (SDS)

Instructions : Afin d'évaluer l'utilisation des éléments de conception pédagogique, nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce que nous voulons savoir, c'est votre degré d'accord ou de désaccord avec les affirmations ci-dessous.

Utilisez l'échelle de notation suivante pour évaluer les éléments de conception pédagogique :							Notez chaque question selon son importance pour vous .				
TD - 1-Totalement en désaccord avec l'affirmation D -2- En désaccord avec l'affirmation I -3- Indécis – Vous n'êtes ni en accord, ni en désaccord avec l'affirmation. A -4- D'accord avec l'affirmation TA -5- Totalement d'accord avec l'affirmation SO – Sans objet. L'affirmation n'est pas pertinente dans le cas de la simulation clinique effectuée.							1 - Pas important 2 - Un peu important 3 - Neutre 4 - Important 5 - Très important				
	TD	D	I	A	TA	SO	1	2	3	4	5
Objectifs et information											
1. On nous a fourni suffisamment d'information au début de la simulation clinique pour nous orienter et nous encourager.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. J'ai bien compris le but et les objectifs de la simulation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Les informations offertes dans le cadre de la simulation étaient suffisamment claires pour que je puisse résoudre la situation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. J'ai reçu suffisamment d'information durant la simulation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Les indices offerts étaient pertinents et visaient à susciter ma compréhension de la situation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Soutien											
6. On m'a offert du soutien en temps opportun.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. On a reconnu mon besoin d'aide.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. J'ai senti le soutien de la part du professeur durant la simulation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. J'ai été soutenu durant mon d'apprentissage.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Utilisez l'échelle de notation suivante pour évaluer les éléments de conception pédagogique : TD - 1-Totalement en désaccord avec l'affirmation D -2- En désaccord avec l'affirmation I -3- Indécis – Vous n'êtes ni en accord, ni en désaccord avec l'affirmation. A -4- D'accord avec l'affirmation TA -5- Totalement d'accord avec l'affirmation SO – Sans objet. L'affirmation n'est pas pertinente dans le cas de la simulation clinique effectuée							Notez chaque question selon son importance pour vous . 1 - Pas important 2 - Un peu important 3 - Neutre 4 - Important 5 - Très important				
	TD	D	I	A	TA	SO	1	2	3	4	5
Résolution de problèmes											
10. On a encouragé la résolution de problèmes de façon autonome.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. On m'a encouragé à explorer toutes les hypothèses de la simulation clinique.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. La simulation clinique était adaptée à mon niveau de connaissances et d'habiletés cliniques.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. La simulation clinique m'a permis de prioriser les évaluations et les interventions de soins infirmiers.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. La simulation clinique m'a permis d'établir des objectifs de soins pour mon patient.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Commentaires et réflexion guidée											
15. La rétroaction* émise était constructive.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. La rétroaction* a été offerte en temps opportun.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. La simulation clinique m'a permis d'analyser mes actions et mes comportements.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Après la simulation clinique, nous avons eu l'occasion de recevoir les commentaires et les suggestions du professeur afin d'accroître nos connaissances.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fidélité (réalisme)											
19. Le scénario de la simulation clinique ressemblait à une situation réelle.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Le scénario de la simulation clinique comportait des événements, des variables et des éléments réalistes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> SO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Annexe 6 : échelles de stress

Échelle numérique d'évaluation du stress

Bonjour,

Merci de bien vouloir compléter cette échelle numérique afin d'évaluer votre niveau de stress à différents moments de la simulation. Veuillez entourer le chiffre qui vous correspond au moment opportun.

Pour pouvoir compléter celui-ci de façon anonyme, veuillez renseigner l'identifiant que vous avez indiqué sur les autres questionnaires. Pour rappel, il est composé des trois premières lettres du prénom de votre papa, suivi des trois premières lettres du nom de votre maman.

Identifiant :

1. Début de journée

Absence de										Stress
stress										majeur
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Avant la simulation

Absence de										Stress
stress										majeur
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Après la simulation

Absence de										Stress
stress										majeur
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Après le débriefing

Absence de										Stress
stress										majeur
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Position de passage dans la simulation : _____

Annexe 7 : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Bonjour,

Pour mener à bien la réalisation de mon mémoire, j'aurais besoin de quelques renseignements à votre sujet. Je vous remercie de compléter ce questionnaire.

Pour pouvoir compléter celui-ci de façon anonyme, votre identifiant sera composé des trois premières lettres du prénom de votre papa, suivi des trois premières lettres du nom de votre maman. Veuillez le renseigner ci-dessous.

Identifiant :

1. Êtes-vous :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Je préfère ne pas répondre

2. Quel âge avez-vous ?

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ 25 à 30 ans
- ☐ 31 à 40 ans
- ☐ Plus de 40 ans

3. Travaillez-vous déjà ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4. Si oui, depuis combien de temps ? Si non, passez à la question 6.

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

5. Avez-vous une expérience antérieure en consultation infirmière ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Si oui, de quel type était votre expérience ? Si non, passez à la question 9.

- ☐ Pratique
- ☐ Théorique
- ☐ Les deux

7. Si oui, combien de fois ?

- ☐ 1 seule fois
- ☐ De 2 à 5 fois
- ☐ De 6 à 10 fois
- ☐ Plus de 10 fois

8. Avez-vous déjà participé précédemment à des séances de simulation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Si oui, combien de fois ?

- ☐ 1 seule fois
- ☐ De 2 à 5 fois
- ☐ De 6 à 10 fois
- ☐ Plus de 10 fois

Annexe 8 : Avis du comité d'éthique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 25/07/2023

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Sarah BLASCO FALGAS**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerné: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: **2023/207**

"La télésimulation, une nouvelle approche pédagogique ? Impact de la formation par télésimulation comparée à la formation par la simulation avec des patients simulés sur les compétences en consultation dans le cadre d'une consultation d'infirmière de pratique avancée chez les étudiantes de Master en Sciences infirmières. "
Protocole : V1

Chère Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Chère Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : 04/323.21.58 – Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU	
Monsieur le Docteur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacien, CHU	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure CHU	
Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	

Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

"La télésimulation : une méthode pédagogique innovante ? Impact d'une formation par télésimulation comparée à une formation en simulation avec patient simulé sur l'apprentissage de la consultation infirmière de pratique avancée chez les étudiants en Master de Sciences Infirmières."

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

1.1. Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Chevalier Sabrina, sabrina.chevalier@uliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Blasco Falgas Sarah, Sarah.BlascoFalgas@student.uliege.be, Master en Sciences infirmières.

1.2. Description de l'étude

Cette étude a pour but de déterminer l'impact de la formation par télésimulation comparée à la formation par la simulation sur les compétences en consultation lors d'une consultation d'infirmier de pratique avancée (IPA) chez les étudiants de Master en Sciences infirmières. La télésimulation consiste en un visionnage en temps réel par vidéoconférence de manière

interactive, d'une simulation basée sur un mannequin ou avec des patients simulés¹. Les objectifs secondaires sont de mesurer l'effet des formations sur les connaissances, le sentiment d'auto-efficacité, le stress ressenti et la satisfaction des étudiants du Master en Sciences infirmières lors d'une consultation d'IPA.

L'étude est une recherche mixte pour comparer l'effet de la simulation et de la télésimulation sur les compétences en consultation d'infirmière de pratique avancée chez les étudiants du master en sciences infirmières via des questionnaires et des entretiens individuels. Elle est considérée comme étant expérimentale puisqu'il y aura un groupe témoin (celui de la simulation) et un groupe expérimental (celui de la télésimulation). Elle se réalise sur les étudiants de 1^{ère} année du master en sciences infirmières de l'Université de Liège réalisant les cours d'activité d'intégration professionnelle.

Un pré-test sera réalisé avant de commencer la formation. Les différents questionnaires et échelles seront distribués à ce moment-là (connaissances, sentiment d'auto-efficacité, sociodémographiques), puis les étudiants réaliseront une séance de simulation classique pour identifier les compétences de base sur la consultation et la communication des participants.

Ensuite, une formation théorique en ligne sera donnée à tout l'échantillon sous forme de PowerPoint et de vidéos. Ces supports devront être consultés à domicile par les étudiants avant la formation.

À la suite de cette formation théorique, les étudiants seront divisés en deux groupes de façon aléatoire. Les étudiants du premier groupe réaliseront une simulation classique à l'aide d'un patient simulé, tandis que ceux du deuxième groupe réaliseront de la télésimulation synchrone. Un questionnaire sur le stress, ainsi qu'une échelle d'évaluation conceptuelle de la simulation et de la satisfaction seront distribuées à ce moment.

Une dernière séance de simulation sera exécutée avec les deux groupes une semaine plus tard, ainsi que 3 mois plus tard pour réaliser les post-tests. Les étudiants devront également remplir les différents questionnaires et échelles (connaissances, sentiment d'auto-efficacité, ainsi que la satisfaction) après la séance. Ils seront interrogés via des entretiens individuels lors des post-tests.

Le pré- et post-test seront filmés pour pouvoir évaluer les compétences d'une séance à une autre via des grilles d'évaluation par des experts.

¹ Musa D, Gonzalez L, Penney H, Daher S. Technology Acceptance and Authenticity in Interactive Simulation: Experimental Study. JMIR Med Educ. 15 févr 2023;9:e40040.

Les différentes simulations seront réalisées en novembre 2023 et en février 2024 pour le dernier post-test. Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2023-2024.

1.3. Protection des données à caractère personnel

Les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

Quelles seront les données collectées ?

Les paramètres mesurés seront les compétences en consultation et de communication, le stress, connaissances, sentiment d'auto-efficacité, ainsi que la satisfaction. Ces paramètres seront évalués par des questionnaires et des échelles.

Des entretiens individuels seront réalisés pour analyser l'impact de ces formations d'un point de vue qualitatif.

Un questionnaire sociodémographique sera distribué pour récolter les données des différents participants comme le sexe, l'âge, l'ancienneté professionnelle, le secteur professionnel, l'expérience antérieure en consultation ou encore la participation précédente à des séances de simulation.

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du mémoire présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de l'équipe de recherche.

Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Le stockage des données sera sécurisé en utilisant un mot de passe et un cryptage des données pour empêcher tout accès non autorisé aux données à caractère personnel. L'accès aux données sera limité à l'équipe de recherche responsable de l'étude.

Les données ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude. Celles-ci ne seront pas partagées ou vendues à des tiers sans le consentement des participantes et seront détruites lorsque l'étude sera terminée, conformément à la réglementation applicable.

Le mémoire sera rédigé à l'aide des données rendues anonymes à l'aide d'un code personnel.

Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données seront anonymisées. Un code personnel à renseigner sur chaque questionnaire sera créé pour chaque étudiante. Ce code se compose des trois premières lettres du prénom de leur papa, suivi des trois premières lettres du nom de leur maman.

Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seul l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- Obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- Obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- S'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- Introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège

M. le Délégué à la protection des données,

Bât. B9 Cellule "GDPR",

Quartier Village 3,

Boulevard de Colonster 2,

4000 Liège, Belgique.

1.4. Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

1.5. Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

1.6. Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : Chevalier Sabrina

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Blasco Falgas Sarah

Date :

Signature :