

**Faculté de santé publique**

**La simulation en Santé: impact sur la  
prise en soin de la personne âgée  
hospitalisée, ayant une pathologie visuelle**

Mémoire réalisé par :  
**Luis De Morais**

Promoteur :  
**Marie de Saint-Hubert**

**Année académique 2019-2020**  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**





# **La simulation en Santé**

Impact sur la prise en soin de la personne âgée hospitalisée, ayant une  
pathologie visuelle

*« Ne faut-il pas cesser de n'envisager le soin et l'accompagnement qu'à partir d'un savoir, d'un savoir-faire ? Si l'on veut permettre à la personne âgée de rester une personne humaine jusqu'au bout, il importe de donner toute sa place au savoir-être. Apprendre alors à se tenir dans une attitude d'écoute vis-à-vis de la personne, afin de saisir ses besoins, ses demandes, mais aussi vis-à-vis de soi-même, pour percevoir les messages que l'on envoie et les réponses que l'on apporte. Aller au-delà des mots, apprendre ce langage que va du corps vers le cœur comme du cœur vers le corps et dans lequel on livre quelque chose de sa propre vie. »*

Bernard de Peufeilhoux, 2009, p.28

## REMERCIEMENTS

---

J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin, à la réalisation et à la rédaction ce travail.

Je tiens à remercier, tout d'abord le Dr. Saint-Hubert, gériatre aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (CUMG), professeur à l'Université Catholique de Louvain (UCL), et promotrice de ce mémoire, qui a pu m'accompagner tout au long de ce travail, et m'a aiguillé pour chaque étape.

Ensuite je remercie Mme Decorte, ergothérapeute, au sein du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann (CHUB), dans le service de liaison gériatrique et détentrice d'un certificat d'aptitudes pédagogiques (CAP), de son aide précieuse dans la construction du programme pédagogique de ce projet, ainsi que dans la construction des questionnaires/audits.

Je tiens également à remercier le Dr. Benoît, gériatre au sein du CHUB, qui a été un élément facilitateur, au sein de l'institution, pour convaincre la direction de l'hôpital sur la plus-value de ce projet.

Je remercie l'ensemble du CHUB. L'institution dans laquelle je travaille depuis 8 ans, qui contribue activement à la transmission des connaissances médicales et sanitaires à ses collaborateurs, et offre des opportunités de création de projets au bénéfice du patient.

Je remercie également Mme Baghli, infirmière en chef au sein du CHUB, amie et collègue, pour la relecture précieuse de ce travail.

Enfin, je témoigne toute ma gratitude à ma maman, de sa présence, ses encouragements et son soutien moral, tout au long de ces années.

## Plagiat

---

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

# Table de matières

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>6</b>
<b>LE PLAGIAT</b>	<b>7</b>
<b>TABLE DE MATIÈRES</b>	<b>8</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX</b>	<b>11</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE 1. CADRE THEORIQUE</b>	<b>14</b>
1.1 Revue de la littérature	15
1.2 Le vieillissement	15
1.3 Le vieillissement visuel	16
1.4 La simulation en santé	19
1.5 Question de recherche et objectifs	24
1.5.1 Question de recherche	24
1.5.2 Objectif	24
<b>CHAPITRE 2. METHODOLOGIE</b>	<b>26</b>
2.1 Lieu de l'étude	26
2.2 Population et l'échantillonnage	27
2.3 Ateliers de simulation	27
2.4 Outil de récolte de données	29
2.5 Ligne du temps	31
<b>CHAPITRE 3. ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>32</b>
3.1 Audits patients avant les ateliers de simulation	32
3.2 Présentation et analyse des résultats des audits	32

3.2.1 Résultats des audits, par unité, avant ateliers de simulation	33
3.2.2 Résultats des audits, de la globalité des unités gériatriques, avant les ateliers de simulation	34
<b>CHAPITRE 4. CONCLUSION ET PERSPECTIVES</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>41</b>

## **LISTE DES ACRONYMES**

---

CAP - Certificat d'aptitudes pédagogiques  
CHU – Centre Hospitalier Universitaire  
CHUB – Centre Hospitalier Universitaire Brugmann  
CSN – Clinical simulation in Nursing  
CUMG - Cliniques Universitaires de Mont-Godinne  
DASH - Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare  
DMLA – Dégénérescence maculaire liée à l'âge  
ECOS - Examen clinique objectif structuré  
HAS – Haute autorité de Santé  
HUDERF -Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola  
IOM - Institut of Médecine  
IRIS – Interhospitalière Régionale des Infrastructures de Soins  
MMSE - mini mental state examination  
OCDE – Organisation de coopération et de développement économiques  
OMS – Organisation Mondial de la Santé  
ONU – Organisation des Nations unies  
PUH – Plan d'urgence Hospitalier  
QCM – questions choix multiples  
SBGG - Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie  
UCL - l'Université Catholique de Louvain  
ULB – Université Libre de Bruxelles

## LISTE DE FIGURES ET TABLEAUX

---

Tableau 1 - Types de simulation - adapté de la Typologie d'Alinier (2007)	20
Figure 1 - Déroulement général d'une session de simulation. Source : Oriot et Alinier (2019)	23
Figure 2 - Schéma adapté du Modèle de Kirkpatrick (2006)	30
Figure 3 - Résultats des questionnaires des audits niveau 4, par unité de soins gériatriques, avant les ateliers de simulation	33
Figure 4 - Résultats des questionnaires des audits niveau 4, de la globalité des unités de soins gériatriques, avant les ateliers de simulation	34

## **PREAMBULE**

---

Ce mémoire est le résultat d'un travail de recherche de plusieurs mois, qui malheureusement n'as pas atteint sa fin, compte tenu du plan d'urgence hospitalier (PUH) en Belgique, lié au contexte de pandémie de coronavirus, que les hôpitaux ont vécu ces derniers mois.

Ceci dit, ce mémoire a été réorienté vers davantage de théorie et dont la partie empirie s'est limité à une seule étape pratique de l'étude. Néanmoins, le développement théorique des autres étapes, ont été repris dans ce travail afin de mettre en avant les démarches entreprises à la réalisation de ce projet.

## INTRODUCTION

---

Le vieillissement de la population est l'un des enjeux de santé publique majeurs des décennies à venir. D'après le site de l'United Nations (2019), la population mondiale de 65ans+ en 2019 estimé à 9,1% va augmenter jusqu'à 15,9% en 2050 et 22,6% en 2100. En Belgique, selon le site de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2019, l'augmentation est estimée à 3,5% entre 2019 et 2030. Cette augmentation va de pair avec la survenue des troubles visuels. D'après la revue systématique de Bourne et al (2017), en 2015 le fardeau des déficiences visuels est plus grand chez les personnes âgées de 50 ans+ : 31 millions (86%) de 36 millions de personnes aveugles, et 172.3 millions (80%) de 216.6 millions de personnes avec des troubles visuels modérés ou sévères.

Cette réalité met en évidence un besoin croissant d'offre de soins adaptées à ce groupe d'âge. Il est ainsi nécessaire de former les soignants au dépistage du trouble visuel et à la prise en compte de ce handicap dans le projet de soins et de vie de la personne âgée. Néanmoins, dans le rapport du KCE (2015) sur l'approche global gériatrie, souligne l'actuelle pénurie d'infirmiers spécialisés en soins gériatriques et le peu d'heures consacrées à la gériatrie au niveau des écoles de soins infirmiers en Belgique. Par ailleurs, en août 2018, la modification de l'Arrêté Royal de 2011, relatif au plan d'attractivité pour la profession infirmière, met fin au financement et à l'obligation d'octroi d'une prime aux infirmiers porteurs d'une spécialisation ou d'une expertise. Ce qui crée un besoin de formation dans les équipes de soins et apporte peu de motivation à développer les compétences dans l'approche à la personne âgée.

La formation pratique des professionnels de la santé est donc faite en grande partie dans un contexte clinique, notamment au sein des institutions de soins. Un des outils de formation le plus ancien et le plus utilisé actuellement c'est la Simulation. Selon Gaba (2004), cités par Hssain, Alinier et Souaiby (2013), « *la simulation est une méthode (...) pour remplacer ou amplifier des expériences réelles avec des expériences guidées qui évoquent ou reproduisent d'importants aspects du monde réel de façon totalement interactive.* » p.20.

Les types de simulation en santé sont : l'e-learning, les mannequins et la réalité virtuelle. Pour le développement de ce travail, l'outil choisi a été celui qui se rapproche le plus possible de la réalité clinique : des lunettes qui simulent les modifications visuelles, liées aux pathologies les plus fréquemment rencontrés lors du vieillissement, combiné avec une mise en situation.

Au regard de cette problématique, ma question de recherche est :

*La mise en situation du personnel infirmier, via un simulateur des troubles visuels, impacte-t-elle les connaissances et les comportements des professionnels de la santé vis-à-vis de la personne âgée hospitalisée ?*

Pour cela, il est pertinent tout d'abord, d'établir un cadre théorique, portant l'attention sur la simulation en santé, en mettant en avant principalement, les études connues et prouvées, existantes dans la littérature.

Ensuite un cadre pratique, est élaboré avec le désigne de l'étude.

Enfin, une partie de ce travail, s'intéresse à l'analyse des résultats, afin de répondre à la question de recherche, ainsi que les potentialités de cette étude.

## CHAPITRE 1. CADRE THEORIQUE

---

### 1.1 Revue de la littérature

Pour ce faire, la recherche bibliographique de cette étude, est partie d'une recherche très large, autour de la notion de la « *simulation en santé* ». Cette recherche s'est étendue sur plusieurs angles. Une sélection d'articles s'est faite à la lecture des titres et des abstracts.

L'équation de recherche établie a été utilisé sur le moteur de recherche « Thésaurus MeSH ». Les mots-clés utilisés sont les suivants : « *simulation training* » AND « *nursing* » AND « *éducation* ». 842 articles sont émergés de la recherche. Ensuite des filtres ont été mis pour avoir uniquement des articles publiés sur les 5 dernières années et sur des études portant sur l'aspect humain, afin de restreindre la recherche.

Suite à cela, 430 publications ont été retenues par le moteur de recherche. La simulation en santé a déjà été étudiée sur plusieurs angles. Sur les 430 articles, le choix de sélection des articles s'est fait sur les titres qui avaient un lien direct avec cette étude. Et enfin, après la lecture de l'abstract environ 20 articles ont été choisi pour une lecture plus approfondie.

D'autres moteurs de recherches ont été utilisés dans l'élaboration de cette étude, tels que « GoogleScholar », et « Clinical Simulation in Nursing » (CSN), afin d'avoir plus de détails sur la simulation en santé et sur les troubles visuels.

Enfin, il a paru intéressant d'illustrer brièvement des données épistémologiques sur le vieillissement présenté par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que des données démographiques sur le vieillissement de la population récoltés par l'OMS et des sites démographiques.

### 1.2 Le vieillissement

D'après le site de l'Organisation des Nations unies (ONU) en 2019, le vieillissement de la population est en train de devenir l'une des plus importantes transformations sociales du XXIème siècle, avec des répercussions dans presque tous les secteurs de la société. La population âgée de 65 ans+ augmente plus rapidement que celle des autres tranches d'âge. En 2018, pour la première fois dans l'histoire, les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans dans le monde. Cette réalité est expliquée en partie par la progression de l'espérance de vie aux grands âges.

Le rythme de vieillissement de la population dans de nombreux pays est également beaucoup plus rapide que cela n'a été dans le passé. Cela signifie que l'adaptation à laquelle ces pays devront procéder devra être entreprise beaucoup plus rapidement que ce ne fut souvent le cas dans le passé.

Selon Berr et al (2012), un vieillissement réussi n'est pas qu'une longévité accrue. Il est important que l'individu puisse agir pour préserver sa santé, ses capacités mentales ainsi que son autonomie. Cela passe par une bonne hygiène alimentaire, la réalisation d'activités physiques et intellectuelles adaptées et un usage raisonné de la médecine. Un certain nombre d'éléments sont considérés comme pouvant influencer négativement ou positivement ce vieillissement réussi : événements de vie, problèmes de santé physiques, perception de sa propre santé, détresse psychologique, insécurité financière.

Donc, vivre plus longtemps n'est pas synonyme de vivre en meilleure santé. Selon Berr et al (2012), ceci dépend de plusieurs variables. Si les gens vivent plus longtemps, en éprouvant des limitations fonctionnelles et/ou sensorielles, cela signifie que la demande en soins de santé et en services sociaux sera nettement plus importante, et les contributions sociales que les personnes âgées seront en mesure d'apporter seront plus limitées. Sur le plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ces altérations ne sont ni linéaires ni constantes. Ceci est expliquées en partie, par le fait que la plupart des mécanismes du vieillissement sont aléatoires et que ces altérations sont également influencées par l'environnement et les comportements de l'individu.

Un des objectifs de l'OMS, énoncé dans le « *rapport mondial sur le vieillissement et la santé* » par Beard et al (2016), est d'optimiser les capacités intrinsèques des personnes âgées où les fonctions sensorielles, sont considérées primordiales. En ce qui concerne, les déficiences visuelles liée à l'âge, les personnes âgées peuvent conserver leurs pleines aptitudes fonctionnelles grâce à des lunettes, mais sans elles, ils seront incapables d'accomplir des tâches simples, telles que lire ou préparer un repas.

### 1.3 Vieillesse visuelle

D'après Holzschuch et al (2012), le trouble visuel est une des déficiences neurosensorielles les plus fréquentes chez la personne âgée. La survenue de troubles de la vision s'avère

particulièrement délétère, favorisant souvent la perte de repères et engendre l'aggravation d'autres déficits jusqu'à présent compensés.

D'après la revue systématique de Bourne et al (2017), en 2015 dans le monde, on estime que 216.6 millions de personnes sont touchées par une déficience visuelle modérée ou sévère, soit 35% de plus qu'en 1990. Ces chiffres devront arriver à 237.1 millions en 2020 et 588 millions en 2050. Selon la même étude, les principales causes de ces déficits visuels sont les **vices de réfraction non corrigés** (nombre estimé à 116.3 millions), la **cataracte** (nombre estimé à 52.6 millions), la **dégénérescence liée à l'âge** (DMLA) (nombre estimé à 8,4 millions) et le **glaucome** (nombre estimé à 4 millions).

Selon Lueck (2004), citée par Rolland et al (2015), la déficience visuelle entraîne de multiples difficultés fonctionnelles, notamment l'analyse des détails et capacités de reconnaissance/identification, appréciation des distances, des couleurs et contrastes, sensibilité à la lumière, coordination œil/main, perte d'anticipation, fatigabilité. À leur tour, ces difficultés fonctionnelles peuvent altérer gravement l'autonomie de la personne dans l'exécution d'une ou plusieurs activités de la vie quotidienne, que ce soit au domicile ou en institution.

D'après Holzschuch et al (2012), le vieillissement apporte des modifications sensorielles tant dans la réception du message que dans le traitement de l'information. Ces modifications peuvent être à l'origine de pertes fonctionnelles sévères. Si la détérioration de l'information sensorielle a des répercussions sur l'action, secondairement, la diminution de l'action constitue chez le sujet âgé une cause de perte d'autonomie et d'appauvrissement sensorielle. Le vieillissement normal de l'œil, sans pathologie particulière, n'entraîne pas, à lui seul, une diminution des capacités d'agir.

L'étude de ce travail a été orienté vers les pathologies qui touchent le plus les sujets âgés, au niveau mondial : la DMLA, le glaucome, et la cataracte.

Selon Holzschuch et al (2012), la **DMLA**, est une maladie chronique qui concerne environ un tiers des personnes de plus de 60 ans et sa prévalence augmente avec l'âge. C'est une atteinte de la partie centrale de la rétine, la macula, qui comprends en son centre une région uniquement composée de cônes, la fovéa. Cette zone est irriguée par une membrane vasculaire (la choroïde) et par des vaisseaux rétiniens. Les dégénérescences les plus fréquentes sont atrophiques, dites « sèches », et représentent 80% des DMLA. La DMLA peut aboutir à la perte de la vision centrale mais n'aboutit généralement pas à une cécité complète, puisque la vision périphérique reste préservée (voir annexe I). Cette pathologie peut entraîner une déficience à la lecture. Ainsi, le sujet a l'impression de voir des lettres déformées et dansantes. Les travaux habituels de couture sont irréalisables, les pièces de

monnaie ne sont plus identifiées, les visages et les expressions de leurs proches ne sont plus perçus. Par contre, l'utilisation de la vision périphérique permet la prise d'informations provenant de l'environnement. Les éléments en mouvement peuvent être vus et localisés. Les déplacements à l'extérieur et l'accomplissement des tâches quotidiennes sont possibles. Toutefois, la rééducation peut être envisagée et apporter une aide significative à ces personnes. Des exercices peuvent permettre d'obtenir une utilisation de la rétine périphérique et de l'entraînement régulier optimise les capacités visuelles de la personne.

Selon Holzschuch, et al (2012), la **cataracte** est caractérisée par une perte d'élasticité et une opacification du cristallin au fur et à mesure des années. La modification de la forme du cristallin contribue à la diminution de la netteté de l'image quelle que soit la distance d'observation. Ce phénomène peut être progressive ou très rapide. Le sujet a l'impression de voir à travers un brouillard, des couleurs moins nettes et des images moins contrastées (voir annexe I). Le traitement de la cataracte est possible par une intervention chirurgicale, qui se fait de plus en plus dans les pays industrialisés. L'opacification du cristallin peut provoquer une cécité complète si la cataracte n'est pas opérée. Les conséquences engendrées par une cataracte, à long terme, sont multiples et graves, notamment une désafférentation sensorielle, repli sur soi, dépression, interprétation délirante, voire aggravation d'un processus démentiel. Les personnes qui refusent l'intervention sont plus exposées à une perte d'indépendance et d'autonomie nécessitant le recours à des aides extérieures (aide-ménagères, soins au domicile...). Un travail concernant l'aménagement des pièces de leur domicile, peut être apporté.

Selon Holzschuch et al (2012), le **glaucome** est une maladie neurodégénérative, caractérisé par une mort programmée des cellules visuelles (apoptose) associé à des degrés divers et selon les formes cliniques à des facteurs mécaniques (pression intraoculaire) accessibles aux traitements et à d'autres facteurs, tels que vasculaires et diabétiques. La mort cellulaire se propage aux cellules et aux fibres visuelles voisines. Les manifestations sont variables d'une personne à l'autre, et peut aller d'une atteinte du champ visuel périphérique jusqu'à une cécité complète (pas de perception lumineuse, ni de champ visuel) (voir annexe I). Cette affection peut évoluer lentement, malgré un traitement. Le traitement est à base d'un ou plusieurs collyres instillés, une ou plusieurs fois par jour. La prévention quant à elle, porte son attention sur les facteurs de risque au niveau vasculaire et endocrinien (le diabète). Le laser permet de baisser la pression intraoculaire de façon transitoire quand les collyres ne sont plus efficaces. Le glaucome peut engendrer des conséquences au niveau fonctionnel, notamment au niveau des déplacements, en heurter des objets ou des personnes, même

quand elles sont dans un environnement habituel. Ainsi, il est important d'aider ces personnes à découvrir un environnement nouveau (ex : hospitalisation) et de développer des techniques spécifiques pour apprendre à se déplacer en toute sécurité.

Selon Holzschuch et al (2012), parmi les déracinements les plus fréquents au grand âge, l'hospitalisation ou l'institutionnalisation sont ceux qui demeurent les plus traumatisants lorsqu'il existe un déficit sensoriel. Le même auteur énonce la méconnaissance des équipes soignantes vis-à-vis du handicap visuel, leur manque de temps pour en assurer la prise en charge, ainsi que la primauté du soin technique sur le soin relationnel favorisent encore plus ses difficultés d'adaptation de la personne âgée au nouvel environnement. L'inertie due à la perte de stimulation comparée à l'aisance des soignants risque de créer un décalage alors que c'est le contraire qui est recherché.

#### 1.4 La simulation en santé

L'origine de la simulation en santé correspond à une prise de conscience de la nécessité d'améliorer la qualité des soins suite à la publication du rapport « *To Err Is Human* » par Kohn, Corrigan et Donaldson (2000). C'est sous cette formulation que l'Institut of Médecine (IOM) avait, lancé le concept de simulation dans les hôpitaux des États-Unis d'Amérique, pour accroître la qualité et la sécurité des soins.

En janvier 2013, suite au rapport réalisé par Granry et Moll (2012), la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un guide de bonnes pratiques sur cette méthode pédagogique. En s'appuyant sur la gestion des risques et sur l'éthique. Elle préconise son utilisation en formation et jamais la première fois chez un patient.

En France, le concept de la simulation en santé apparaît dans l'arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Art 5 : « *La simulation en santé est une méthode pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive* » (Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, HAS, décembre 2012, p.7).

La simulation en santé est un outil pédagogique qui « *correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural) de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.* » (Granry et Moll, 2012, p. 2)

En Belgique, la simulation en santé est en développement. Selon Betz, Ghuysen et D’Orion (2014), plusieurs centres de simulation commencent à faire son apparition, par des initiatives généralement isolées, travaillant en collaboration avec des institutions de soins qui proposent des environnements d’haute-fidélité en termes de réalisme. Au niveau hospitalier, depuis longtemps que des mannequins sont utilisés dans les cadres des formations et plus récemment l’e-learning.

Alinier (2007), citée par Ledoux (2016) propose une typologie de six niveaux (tableau 1) d’outils de simulation en éducation, basés sur le niveau de complexité et de réalisme. Le niveau qui va nous intéresser plus particulièrement dans le cadre de cette étude est le niveau « *patients standardisés* » faisant référence à l’examen clinique objectif structuré (ECOS).

**Tableau 1:** Types de simulation - adapté de la Typologie d’Alinier (2007)

TYPE DE SIMULATION	CARACTERISTIQUES
Simulateurs écrites	Histoire de cas Scénario
Modèles tridimensionnels	Mannequin de base
Simulateurs sur l’écran	Logiciel Vidéo Réalité virtuelle
Patients standardisés ↔ ECOS	Patient réel ou simulé Jeux de rôle
Simulateurs de fidélité intermédiaire	Mannequins programmés par ordinateur, mais pas entièrement interactif
Simulateurs haute-fidélité	Mannequins de simulation haute-fidélité interactifs

Selon Ledoux (2016), l’ECOS, développé dans les années 70 par Harden et Gleeson, est devenu le « *gold standard* » pour évaluer l’acquisition de connaissances pratiques. Cette modalité de formation et d’évaluation repose sur la participation de patients standardisés dans une série de situations pratiques. Plusieurs études randomisées ont mesuré la validité et la fidélité des ECOS, qui se sont avérées efficaces pour « *explorer, expérimenter et démontrer les compétences du domaine cognitif, socioaffectif et psychomoteur des professionnels de la santé* » (Smith, 2011, p. 1). Selon Mitchell et al (2009), l’ECOS, s’appuie sur la participation active de patients standardisés qui

simulent, à l'aide de jeu de rôles, une seule ou une série de situations pratiques. Selon le même auteur, l'ECOS permet entre autres d'évaluer la communication et la relation d'aide dans un contexte très réaliste qui sollicite le jugement clinique des participants, notamment par le recours à la rétroaction.

L'ECOS comporte effectivement certaines limites qui sont bien documentées par Smith (2011). En plus d'importantes considérations opérationnelles, lorsqu'il est non planifié et peu expliqué préalablement aux participants, il peut être une source de stress importante et entraîner des conséquences sur la performance visée. De même que pour les formateurs qui doivent également y être bien préparés afin d'assurer une forme de standardisation de jeux de rôles réalisés auprès des participants de manière répétitifs. La planification rigoureuse des scénarios choisis est donc essentielle au bon déroulement et à l'atteinte des résultats valides attendus. D'après Mitchell et al (2009), l'ECOS est considéré comme une activité de simulation de fidélité intermédiaire, car il est difficile pour les acteurs de reproduire avec une bonne fidélité les scénarios de soins standardisés qui reflètent la réalité du soignant en contexte de pratique clinique. Enfin, les scénarios proposés ne sont pas toujours adaptés au niveau d'apprentissage requis des participants, affectant ainsi leur niveau d'auto-efficacité et de performance. Ainsi, l'ECOS peut représenter certains défis de logistique et de standardisation des scénarios, ce qui rend son utilisation controversée et parfois difficile malgré ses nombreux avantages sur le plan pédagogique.

Selon la synthèse méthodique de Hamstra et al (2014), le degré de fidélité de la simulation est indépendant de l'efficacité de l'apprentissage. Toutefois ces mêmes auteurs font des recommandations en termes de simulation en santé, notamment de mettre un focus sur la ressemblance physique, un l'alignement des tâches fonctionnelles, ainsi qu'un environnement représentatif de la réalité des soins. Les mêmes auteurs recommandent aussi de se concentrer sur la méthodologie utilisant des principes du transfert de l'apprentissage et d'obtenir l'engagement des apprenants et d'éviter tout écart entre la réalité et la fiction. Arthur et al (2012), citée par Sujin, Park et Kim (2014), mets en évidence l'environnement pédagogique comme un facteur qui impactera positivement l'acquisition des compétences, ainsi que la maîtrise des émotions, notamment la confiance et l'anxiété pendant la prise en charge du patient.

Selon Boet, Granry et Savoldelli (2013), les conceptions pédagogiques doivent mettre l'emphase sur des approches centrées sur l'apprenant. Les connaissances sont construites par les apprenants à travers les expériences qu'ils vivent, mais aussi en interactions avec son environnement. Il est essentiel que l'apprenant soit en mesure d'engager son action dans ces types de situations pour apprendre à les gérer et comprendre ses manques. C'est effectivement ce mode d'apprentissage dans

l'action et par l'expérience qui facilite l'ancrage des acquisitions, notamment lorsque la pratique est poursuivie par son analyse réflexive, permettant sa conceptualisation.

Un programme d'apprentissage par le processus de simulation concerne souvent, à l'heure actuelle, les étudiants. Or, il devient évident que les professionnels de santé peuvent aussi être concernés par ce processus dans leur formation continue. Selon l'étude menée par Gaberson, Oerman et Shellenbarger (2015), la simulation a un bénéfice majeur sur les étudiants en soins infirmiers en dernière année d'études ou sur des infirmiers praticiens car ceux-ci ont déjà une expérience clinique comparé à des étudiants qui démarrent leurs études. Selon les mêmes auteurs, les résultats de ces études ont prouvé aussi un impact sur la motivation des infirmiers praticiens.

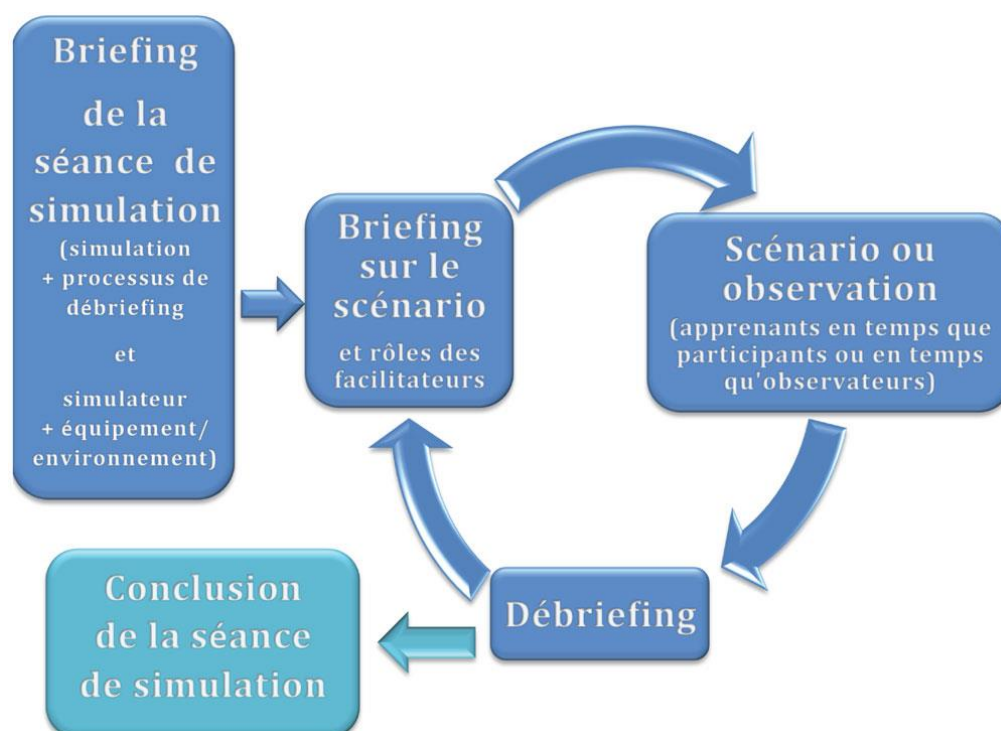
La meta-analyse de Hamstra et al (2014) a démontré que la simulation en santé peut augmenter les apprentissages avec un medium à large effet, comparé aux groupes sans intervention ou avec une méthode pédagogique traditionnel.

Ledoux (2016), voit la simulation comme un moyen favorisant l'autoapprentissage, le développement de sa pensée critique et de son jugement clinique. Il y a un transfert de savoirs basé sur des cours magistraux, prenant peu en compte les représentations de l'apprenant, à une construction de savoir par l'étudiant, autour de situations du quotidien, où l'apprentissage par l'expérience et la posture réflexive deviennent des exigences de la formation.

En ce qui concerne la session de simulation, Der Sahakian, Buleon et Yall (2019) défend que celle-ci doit respecter 3 phases importantes : le briefing, la simulation et le debriefing (figure 2).

- Phase 1 : Le **briefing**. Selon Sahakian, Buleon et Yall (2019), a pour but introduire les objectifs de la session de simulation et l'explication du scénario.
- Phase 2 : **La simulation**, qui est la phase d'application (l'activité expérimentale). Selon le même auteur, cette phase constitue la partie concrète de la session, où l'outil éducationnel (le simulateur), les objectifs d'apprentissage et les apprenantes sont ensemble.
- Phase 3 : Le **débriefing**, d'après Oriot et Alinier (2019) est une « *analyse post-événementielle* », une technique « *centrée sur l'apprenant* », dans le but d'aider un professionnel ou une équipe à améliorer sa performance par une pratique réflexive et pouvoir transformer l'expérience en apprentissage sur base d'une clarification et consolidation des expériences vécues.

**Figure 1:** Déroulement général d'une session de simulation. Source : Oriot et Alinier (2019)



Van Malleghem (2019), définit le débriefing le « cœur et âme » de la simulation. Une technique de conversation « centrée sur l'apprenant, non offensante, dans le but d'aider un professionnel ou une équipe à améliorer sa performance par une pratique réflexive » (p.3). Il implique « la participation active des apprenants, guidés par un facilitateur ou un instructeur dont le but premier est d'identifier et de combler les déficits de connaissances et de compétences » (p.3). Un débriefing doit être structuré, factuel et objectif, spécifique et précis. Cette structuration permet de garantir une certaine efficacité et objectivité.

D'après Ledoux (2016), la simulation en santé comporte un bon nombre d'avantages, dont la participation active des participants, qui contribue à dynamiser les enseignements et l'apprentissage. Elle favorise également le processus d'acquisition des connaissances notamment à l'aide du débriefing sous forme de rétroaction, que selon Oriot et Alinier (2019) va stimuler la réflexion et la discussion en échange de groupes. Ledoux (2016) met en évidence que, lors de la session de simulation, l'observation de la performance d'autres participants semble être plus efficace que l'observation de celle d'un enseignant et plus important encore, des bonnes observations et réflexions ont un impact positif déterminant sur l'acquisition des compétences psychomotrices et cela représente un effort collectif plutôt qu'individuel, favorisant ainsi, la collaboration plutôt que la

compétition entre les participants. Cette approche pédagogique peut augmenter les connaissances, la confiance et les compétences des professionnels de la santé sans compromettre la sécurité et la santé du patient tout en respectant certains principes éthiques.

Selon Simoneau et Paquette (2014), malgré les avantages qu'offre la simulation en santé, certaines limites ne facilitent pas son intégration au niveau pédagogique, notamment les coûts des simulateurs (surtout ceux d'haute-fidélité), le temps requis pour leur implantation, la nécessité de construire les scénarios, un espace adapté et le temps requis pour la construction et la réalisation de ces scénarios. Selon le même auteur, l'intégration de cette approche pédagogique nécessite également la possibilité des formateurs à suivre une formation spécialisée à ce sujet. En ce qui concerne les participants, la nécessité d'une « *préparation, une implication, une charge cognitive importante et une écoute considérable (...) peut mener, paradoxalement, à un épuisement collectif* ». Ledoux, 2016, p.21.

La simulation en santé, nécessite de déployer des moyens importants pour sa réalisation. Cependant, elle pourra devenir un complément indispensable à la pratique dans les institutions de soins. Cela pourrait être un terrain d'apprentissage idéal pour les professionnels de la santé sans risque pour le patient. La simulation permet aux praticiens de se confronter au terrain et à soi-même pour progresser en confiance dans la pratique clinique.

## 1.5 Question de recherche et objectif

### 1.5.1 Question de recherche

Après une revue de la littérature, la question de recherche émergée est la suivante:

**La mise en situation du personnel infirmier, via un simulateur des troubles visuelles impacte-elle les connaissances et les comportements des professionnels de la santé vis-à-vis de la personne âgée hospitalisée ?**

### 1.5.2 Objectif

L'objectif de l'étude est d'étudier l'impact d'un atelier de simulation sur les comportements et les connaissances du personnel soignant vis-à-vis des patients âgés hospitalisés.

Cette étude tend à pouvoir créer un atelier de simulation des pathologies visuelles liée au vieillissement, dans un contexte hospitalier, dans le but de :

- Analyser l'impact de l'atelier de simulation sur les connaissances du personnel soignant ;
- Analyser l'impact de l'atelier de simulation sur les comportements du personnel soignant ;
- Et enfin, évaluer l'impact de l'atelier de simulation dans la pratique clinique hospitalière.

Afin de répondre à cette question, des hypothèses de recherche (HR) ont été définies :

- **HR 1** : L'atelier de simulation a un impact sur les connaissances du personnel soignant.
- **HR 2** : L'atelier de simulation a un impact sur les comportements du personnel soignant.
- **HR 3** : L'atelier de simulation a un impact dans la pratique clinique hospitalière.

## CHAPITRE 2. METHODOLOGIE

---

Cette étude aura un caractère expérimental, pour but d'analyser si la variable indépendante (« mise en situation du personnel soignant, via un simulateur des pathologies visuelles ») exerce un effet sur les variables dépendantes (« les connaissances » et « les comportements » du personnel soignant).

Entant donné les limites des conditions cliniques, notamment sur la répartition des personnes d'une même unité de soins ou des unités différentes dans le groupe expérimental et dans le groupe témoin, ainsi que l'impossibilité logistique relative à la constitution des larges groupes des participants aux sessions de formation, il a été décidé d'utiliser un **devis d'étude quasi expérimental à groupe unique**, où un seul groupe des sujets seront évalués avant et après l'intervention en vue de mesurer les changements survenus dans la variable dépendante.

### 2.1 Lieu de l'étude

Cette étude a été menée au sein du CHU-Brugmann dans le département de la Gériatrie sur le site Horta et site Paul Brien.

Le CHUB est un hôpital public, situé dans la Ville de Bruxelles. Partie intégrante du réseau IRIS, il est affilié aux deux facultés de médecine bruxelloises (ULB et VUB) et forme, sur le Site Horta, un groupement Hospitalier (OSIRIS) avec l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF). L'hôpital est également membre du CHU de Bruxelles avec l'HUDERF, l'Institut Jules Bordet et le CHU Saint-Pierre. Situé dans la partie nord de la région de Bruxelles-Capitale, le CHU Brugmann est constitué de trois sites complémentaires (Horta, Paul Brien et Reine Astrid/Hôpital Militaire).

Le CHUB compte au total 141 lits gériatriques répartis en 6 unités d'hospitalisation gériatrique (U03, U06, U13, U21, U31 et U83) avec une équipe interdisciplinaire qui participe à la démarche diagnostique et thérapeutique des pathologies aiguës diverses dans un souci de maintien optimal de l'autonomie et de la qualité de vie avec l'élaboration d'un projet de sortie intégrant le contexte social des personnes âgées. Dans la démarche du programme de soins pour le patient gériatrique, l'hospitalisation de jour gériatrique, ainsi que la liaison interne gériatrique sont des activités complémentaires dans la prise en charge spécifique de la personne âgée.

Au total, plus de 100 professionnels de la santé travaillent dans le département de la gériatrie au sein du CHUB. L'équipe interdisciplinaire gériatrique au sein de l'institution assure la formation

de nombreux stagiaires (infirmiers, médecins, ergothérapeutes, pharmaciens, etc.). Cette ouverture au monde extérieur assure une dynamique d'échanges et une remise en question sans cesse renouvelée.

## 2.2 Population et échantillonnage

Selon Fortin et Gagnon (2016), l'échantillonnage est le processus par lequel on obtient un échantillon à partir de la population.

La population cible de l'étude sont les infirmiers et aides-soignants travaillant dans une unité de soins gériatrique.

De manière à obtenir des résultats statistiquement significatifs et de pouvoir atteindre une majorité de soignants parmi les 6 unités de soins gériatriques, une population de 60 soignants sera sélectionnée parmi les 71, de façon aléatoire.

Le seul **critère d'exclusion** est d'avoir < 6 mois d'expérience en gériatrie.

Il y aura 10 sessions de simulation. Chaque session est composée de 6 participants qui seront choisis au hasard parmi les 6 unités de gériatrie.

## 2.3 Ateliers de simulation

Dans le cadre de cette étude, un type de simulation sera utilisé : « *patients standardisé* », où les participants jouent le rôle du patient, tout en utilisant des prothèses (lunettes) qui simule des pathologies visuelles. De manière à rendre la situation la plus proche de la réalité, des scénarios ont été créés, avec des mises en situations dans un environnement proche de la réalité de tous les jours, faisant appel à la modalité de formation ECOS.

À l'occasion d'une formation (« **SIMULAGE** ») proposé par l'école Parnasse-ISEI, des idées sont émergées, notamment sur comment construire un outil pédagogique, ainsi qu'avoir un premier contact avec le matériel de simulation, notamment les lunettes de simulation des pathologies visuelles.

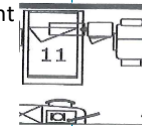
L'atelier de simulation a été créé de la manière suivante :

**Titre de l'atelier :** Sous la vue d'une personne âgée

**Durée de l'atelier :** 2h30

**Noms des formateurs :** De Morais, Luis & Decorte, Laurence

Horaires et durée	Objectif pédagogique	Contenu de la séquence	Méthodes, moyens pédagogiques et encadrement spécifique par séquence	Méthode d'évaluation (modalités et supports)
13h30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil</li> <li>- Faire un Briefing sur le déroulement de l'atelier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappel des principes de confidentialité</li> <li>- Présentation des objectifs, programme et organisation</li> <li>- Questions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diaporama power point</li> <li>- Donner la parole</li> </ul>	
13h45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les connaissances concernant les pathologies visuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation des contenus théoriques concernant les pathologies visuelles</li> <li>- Présentation des bonnes pratiques dans la prise en charge d'une PA atteinte d'une pathologie visuelle</li> <li>- Prise de connaissance de chaque pathologie via l'outil de simulation (lunettes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimenter chaque paire de lunettes simulateurs d'une pathologie visuelle</li> <li>- Diaporama power point</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- QCM écrit avant la présentation théorique (voir annexe VII)</li> </ul>
14h30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser l'expérience de simulation dans le cadre des mises en situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 mises en situation par sous-groupe de 3 (patient simulé, soignant, observateur) : 1. Aide à la prise du petit déjeuner. 2. Aide à la prise des médicaments, avec transfère du patient lit-fauteuil.</li> <li>- Le participant qui joue le rôle du patient sera dans son lit avec les lunettes simulateurs. Le soignant devra tenir compte de tous les principes vus sur les contenus théoriques, en tenant compte sa pathologie visuelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'une chambre patient avec un environnement standardisé : lit, table de nuit et fauteuil (cfr image), lunettes du patient sales sur la table de nuit, sonnette du patient loin de son champ visuel, plateau repas complet et sur la table éloigné (cf image), rideaux fermés, gobelet avec médicament placebo en blister et sur la table de nuit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grille d'observation (voir annexe VIII)</li> </ul>
15h30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer l'expérience de simulation et les acquis – débriefing</li> <li>- Clôturer la journée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partage des ressenti à chaud de la part des 3 participants selon la structure RUST (Reaction, Understanding, Summarise, Take home message) – Karlsen (2013) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaction à chaud : comment me suis-je senti ?</li> <li>• Compréhension : qu'est-ce qui s'est passé ? comment ?</li> <li>• Résumé : qu'est-ce que j'en retire ? Appris ?</li> <li>• Message à retenir : citez un point que vous allez utiliser dans votre pratique</li> </ul> </li> <li>- Évaluation de la satisfaction et réalisme de la simulation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaires</li> <li>- Donner la parole par sous-groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire de satisfaction (DASH) (voir annexe VI)</li> <li>- « Take home message »</li> </ul>



Toute recherche sur la personne humaine, dans le cadre d'une étude, doit être soumise à l'approbation d'un Comité d'Éthique. Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique du CHUB (voir annexe II). En suite la collecte des données a pu démarrer, ainsi que tout le processus lié à la mise en place des ateliers de simulation, notamment la commande des **médicaments placebo blistérés** à la pharmacie du CHUB, ainsi que **2 kits des lunettes de simulation** (DMLA, glaucome, cataracte) de la firme « ReSanté-vous » (Annexe III)

Ensuite une approbation, a été demandé au sein de la cellule formation pour le démarrage des ateliers de simulation. Les scénarios ont été construites soigneusement avec la validation des objectifs pédagogiques, du contenu, des moyens et des méthodes d'évaluation de chaque séquence :

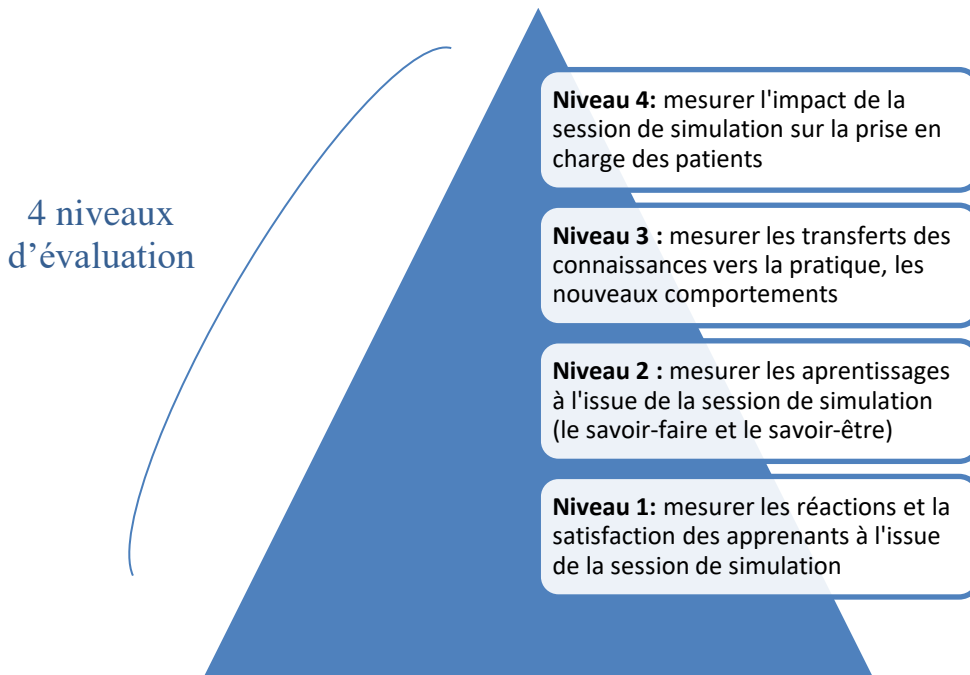
Un diaporama (Annexe IV) a été élaboré afin de présenter à la population cible, le programme, une partie théorique, et une partie pratique (avec des mises en situation).

Ensuite un calendrier a été construit (Annexe V) et rendu aux infirmiers en chef de chaque unité de soins gériatrique pour faciliter les inscriptions des participants.

#### 2.4 Outil de récolte de données

À la fin des années 50, Donald Kirkpatrick a défini un modèle d'évaluation. Selon Bewley et O'Neil (2013) cette approche d'évaluation a réussi dans des nombreux domaines de l'éducation et est devenue un standard dans le monde de la formation. Ce modèle est préconisé par l'HAS dans le Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé (2012) pour évaluer l'impact de la simulation sur 4 niveaux :

**Figure 2 :** Schéma adapté du Modèle de Kirkpatrick (2006)



Chaque niveau fournit des preuves valides et des informations qui vont pouvoir soutenir et interpréter les résultats du niveau suivant, donc si un des niveaux n'est pas atteint, ceci peut être expliqué par l'absence des éléments du niveau précédent. Selon Bewley et O'Neil (2013) si l'objectif est de transférer des connaissances, des compétences ou des comportements pour améliorer la performance au travail, il faudra arriver au niveau 3 pour une évaluation valide.

**Le niveau 1** du modèle, va pouvoir mesurer le degré de satisfaction des participants et ainsi améliorer les ateliers dans le futur si nécessaire. Une évaluation positive ne préfigure pas un apprentissage réussi, mais les réponses des participants seront essentielles pour déterminer leur investissement dans l'apprentissage du niveau suivant. Ce niveau sera mesuré par une échelle validée, le Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) (voir annexe VI).

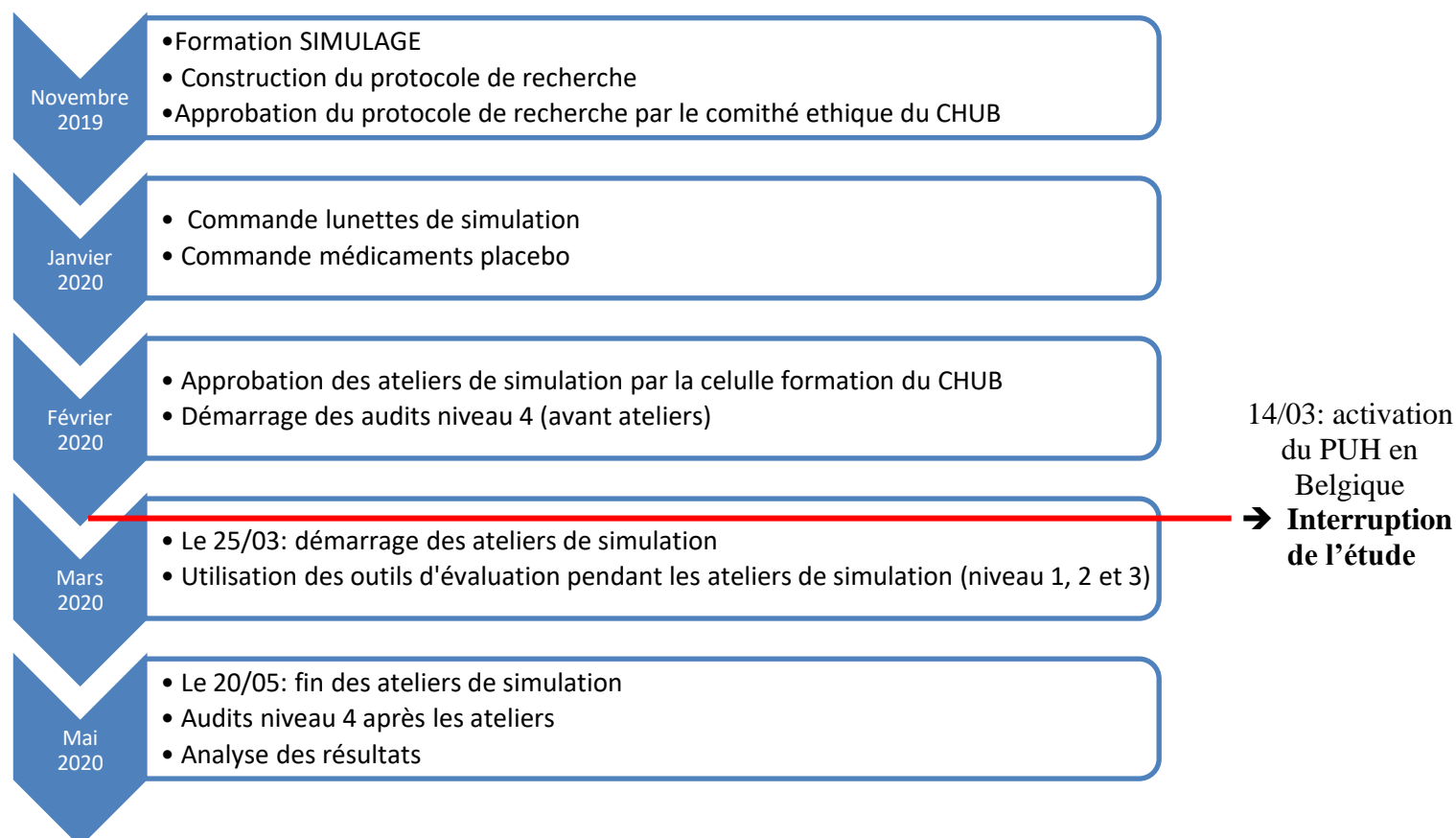
**Le niveau 2**, va au-delà de la simple satisfaction de l'apprenant. Le but c'est d'essayer de mesurer un apprentissage (connaissances et comportements) acquis lors de la session de simulation. Pour ce faire, un questionnaire à choix multiple (QCM) sera utilisé (voir annexe VII), qui évaluera les connaissances des participants avant et après l'atelier. Cet outil d'évaluation a été construit avec l'aide et approbation d'un médecin gériatre (Dr. Benoît) et une ergothérapeute (Mme Decorte) travaillant au sein du CHUB.

**Le niveau 3**, va mesurer si les transferts des connaissances vers la pratique ont été atteints. Pour ce faire, une grille d'observation a été réalisé au préalable par mes soins, ainsi que Mme Decorte et Dr. Benoît (voir annexe VIII). Cette grille comporte une série d'items d'actions

observables (gestes, faits, comportements) qui peuvent être noté en fonction de la prestation du participant par un « Oui » ou un « Non ».

Les 3 premiers niveaux vont pouvoir évaluer l'impact que les sessions de simulation auront sur les apprenants, tandis que le **niveau 4** permettra d'évaluer l'impact sur la pratique clinique et l'analyse des résultats de ce niveau. Et ainsi nous pourrons répondre à la question de recherche.

## 2.5 Ligne du temps



Suite au déclenchement du plan d'urgence hospitalier (PUH), tous les hôpitaux de Belgique ont dû réorienter sa manière de travailler. Une des mesures a été d'annuler toutes les formations jusqu'en septembre 2020, sans aucune garantie que les ateliers de simulation pourraient avoir lieu à cette date-là. La réalisation des audits niveau 4 (avant ateliers) ont dû aussi s'arrêter à 45, car toute bilan cognitif non essentiel a été déconseillé, donc plus de MMSE fait pendant le PUH.

## CHAPITRE 3. ANALYSE DES RESULTATS

---

### 3.1 Audits patients avant les ateliers de simulation

Pour évaluer l'impact des ateliers de simulation sur la pratique clinique, en faisant référence au **niveau 4** du modèle de Kirckpatrick, l'analyse sera faite au chevet du patient, où la participation du patient est nécessaire, par le biais des audits (voir annexe IX) avant et après les ateliers de simulation. Pour ce faire, 60 patients seront choisis parmi les 6 unités de gériatrie (10 patients par unité de soins).

Pour les patients audités, 5 critères d'inclusion sont définis :

1. Patient hospitalisé dans une des 6 unités de gériatrie au sein du CHUB
2. Patient âgé >75 ans
3. Patient portant des lunettes durant leur séjour d'hospitalisation
4. Hospitalisé depuis > 48h
5. Patient ayant un *mini mental state examination* (MMSE) >23 chez les personnes ayant une scolarité jusque 14 ans ou MMSE >20 chez les patients ayant une scolarité < à 14 ans

Les valeurs de référence de l'MMSE ont été choisies, en collaboration avec Dr. Benoît, pour éviter d'interroger des patients ayant de grands troubles cognitifs, pouvant fausser les résultats.

### 3.2 Présentation et analyse des résultats des audits

Dans un premier temps, une analyse des données a été faite, à partir des résultats des audits de niveau 4, du modèle de Kirkpatrick. La grille d'audit constituée de 5 questions fermées a été élaboré.

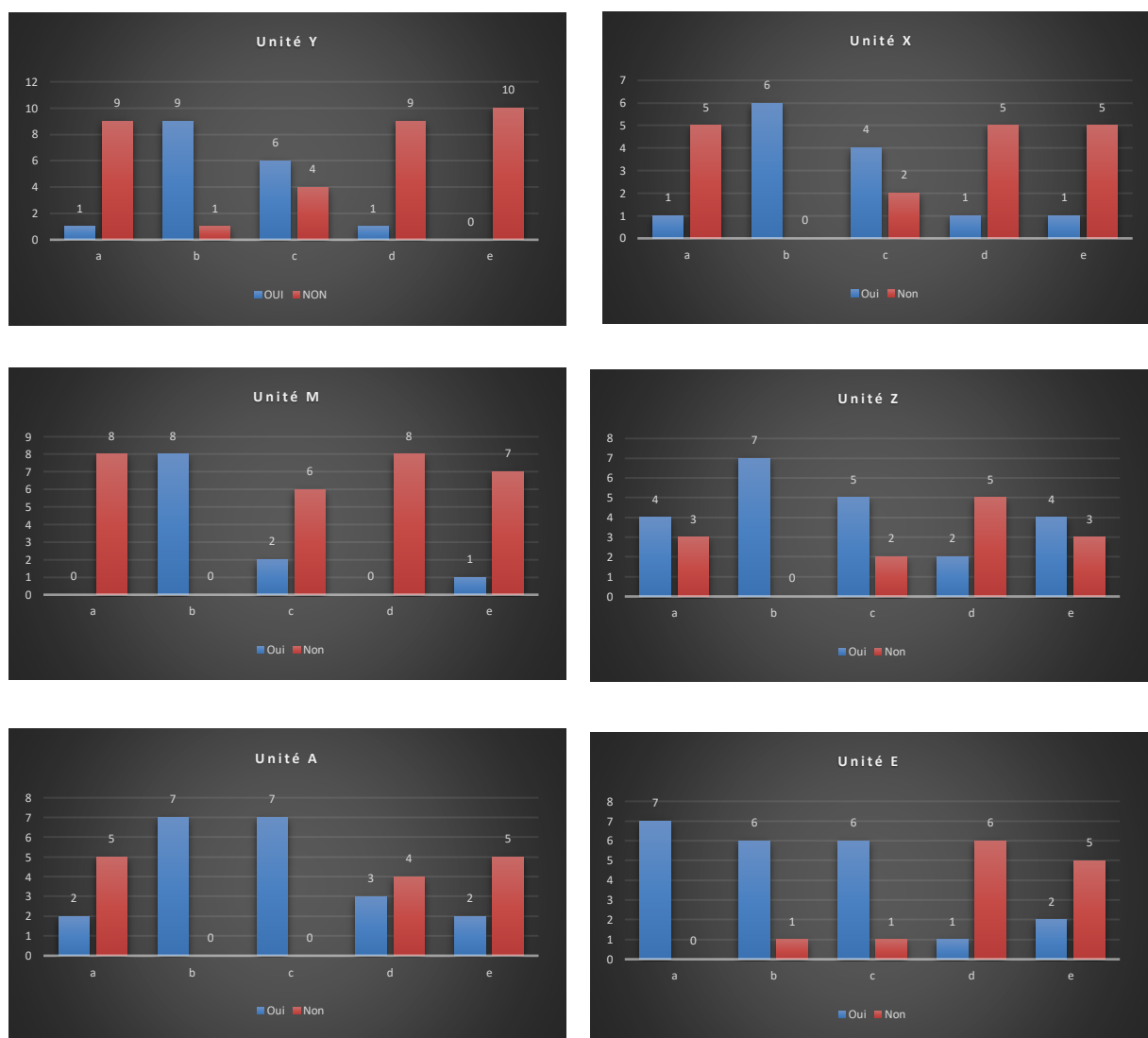
- a. Le patient porte-t-il ses lunettes ou les a-t-il à portée de la main ?
- b. Les lunettes sont-elles propres ?
- c. L'information sur la vue du patient est-elle notée sur la feuille du staff pluridisciplinaire ?
- d. Le patient a-t-il été interrogé sur sa vue ?
- e. Le patient a-t-il été interrogé sur ses lunettes ?

Les différents points audités ont été construites avec la collaboration du Dr. Benoît et de Mme Decorte, sur base de ce qui est préconisé pour une prise en charge adéquate des troubles visuelles chez une personne âgée hospitalisée.

Afin d'assurer une confidentialité, les 6 unités de soins de gériatrie sont nommées par un code, Y, X, M, Z, A et E.

### 3.2.1 Résultats des audits, par unité, avant ateliers de simulation

**Figure 3 :** Résultats des questionnaires des audits niveau 4, par unité de soins gériatrique, avant les ateliers de simulation



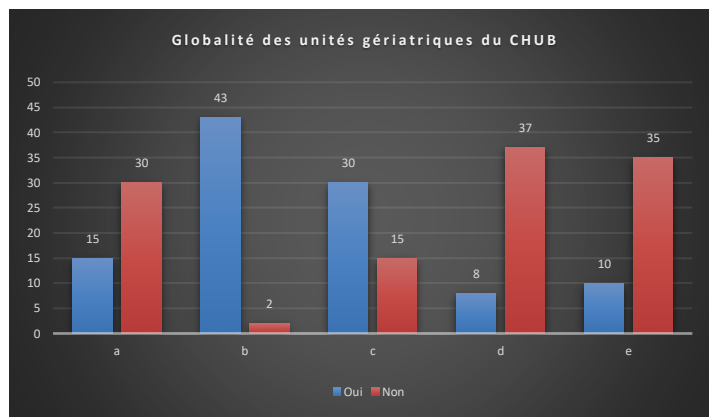
**Axe Y :** questions des audits niveau 4

**Axe X :** nombre de réponses aux questions. En bleu (« oui ») e en rouge (« non »)

En tenant compte que la réalisation des 60 questionnaires (10 pour chaque unité de soins) prévu au départ n'as pas été atteinte à cause du PUH, je me suis arrêté à l'analyse des 45 réalisés jusqu'au 13 mars : Unité Y : 10 ; Unité X : 6 ; Unité M : 8 ; Unité Z : 7 ; Unité A : 7 ; Unité E : 7. Les résultats sont représentés sous forme de graphique (figure 3).

### 3.2.2 Résultats des audits, de la globalité des unités gériatriques, avant les ateliers de simulation

**Figure 4** : Résultats des questionnaires des audits niveau 4, de la globalité des unités de soins gériatriques, avant les ateliers de simulation



Axe Y : questions des audits niveau 4

Axe X : réponses aux questions. En bleu (« oui ») e en rouge (« non »)

Nous observons,

- Pour la **question 1**, 33% des patients interrogés ont des lunettes à portée de main.
- Pour la **question 2**, 95% des patients audités ont des lunettes propres.
- Pour la **question 3**, 66.6% parmi les patients sélectionnés, nous retrouvons une note sur la vue du patient dans le dossier du staff multidisciplinaire.
- Pour la **question 4**, 17.7% des patients disent avoir été interrogé sur leur vue, au cours de leur hospitalisation.
- Pour la **question 5**, 22.2% des patients disent avoir été interrogés sur leur lunette, au cours de leur hospitalisation.

L'objectif de cette étude est de savoir si la mise en place des ateliers de simulation, aura un impact sur les connaissances et comportements des soignants et éventuellement améliorer la prise en soin de ce public cible.

Pour pouvoir répondre à cet objectif de départ, il était souhaité de réaliser les mêmes audits, dans les mêmes unités de soins, chez des patients ayant les mêmes critères d'inclusion et pouvoir faire une analyse des mêmes questions, par inférence statistique. Selon Fortin et Gagnon (2016), celle-ci utilise la probabilité, qui permet d'évaluer la signification des résultats des études. Quand une intervention particulier produit des effets bénéfiques, le chercheur peut décider, en se fondant sur ce résultat, d'utiliser la même approche auprès d'autres personnes ayant des conditions similaires.

Cette analyse, permettra de vérifier l'effet des séances de simulation (session de simulation - variable indépendante) sur les connaissances et comportements des soignants (variables dépendantes) vis-à-vis des personnes âgées hospitalisés.

En ce qui concerne les autres méthodes d'évaluation (selon le modèle de Kirkpatrick), n'ont pas pu être testés, car ceux-ci faisaient partie intégrante des ateliers de simulation. L'objectif était d'une part d'analyser les connaissances sur les pathologies visuelles, avant et après les séances de simulation par le biais du questionnaire QCM (niveau 2), et d'autre part, d'observer les comportements des participants après les séances de simulation (niveau 3).

Et enfin, une évaluation était envisagée, à l'aide d'un questionnaire de satisfaction (niveau 1) concernant les ateliers de simulation, pour but d'avoir, d'une part, le degré de réalisme des sessions de simulation et d'autre part le degré de satisfaction des participants et pouvoir adapter les ateliers en fonction des demandes/besoins des participants.

## CHAPITRE 4. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

---

La rédaction d'une revue systématique de la littérature m'as permis de constater que la simulation est un outil pédagogique très utilisé dans le domaine de la santé, non seulement au niveau des institutions enseignantes, mais aussi au niveau des institutions où des soins sont prodigués.

L'objectif de départ de cette étude, était de savoir si la mise en situation du personnel infirmier, via un simulateur des troubles visuelles impacterait ou non, les connaissances et les comportements des professionnels de la santé, vis-à-vis de la personne âgée hospitalisée. Et idéalement, pour que nous puissions conclure qu'il y a un bénéfice à long terme, un deuxième audit aurait été élaboré, 3 mois après la fin des ateliers de simulation.

Au vu de là, où le travail s'est arrêté, nous n'avons pas pu tirer des conclusions concernant les hypothèses de départ, car l'étude n'a pas pu être achevée.

Au vu des premiers résultats obtenus des audits avant séances de simulation, nous avons pu observer que les patients ne sont pas interrogés suffisamment sur leur déficit visuel et que 2/3 des patients ne disposent pas des lunettes à portée de main.

Les perspectives de cette étude, si elle avait été menée jusqu'au bout, aurait pu mettre en évidence les bénéfices des ateliers de la simulation sur la prise en soin des patients, et pouvoir mener ce même type de pédagogie vers d'autres disciplines qui travaillent au sein du département de la gériatrie du CHUB, et/ou pouvoir la mener vers d'autres dimensions sensorielles, notamment sur l'audition et/ou le goût, ou encore vers d'autres dimensions fonctionnelles.

Une autre perspective, est de pouvoir inclure des ateliers de simulation dans un programme de formation continue, notamment au sein, de « l'école de gériatrie », développé par le CHUB.

Avec l'appui de Dr. Benoît et de Mme Decorte, ce projet a été soumis au comité scientifique de la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG), pour faire l'objet d'une présentation orale ou d'un symposium lors d'une des programmes du congrès prévu les 15 et 16 octobre 2020 au Palais des Congrès de Liège (voir annexe X). Cette opportunité pourrait mettre en avant les bénéfices de la simulation en santé, notamment sur la prise en soin des personnes âgées et pouvoir le partager avec d'autres institutions/professionnels de santé.

## REFERECES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- BEARD, J., FERGUSON, L., MARMOT, M., NASH, P., PHILLIPS, D., STAUDINGER, U. et al. (2016). OMS: *Rapport Mondial sur le vieillissement et la santé*. Disponible sur le site Web:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf;jsessionid=BB8022D5ABD13F26EC8966DB80613454?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=BB8022D5ABD13F26EC8966DB80613454?sequence=1), Consulté le 14 septembre 2019.
- BERR, C., BALARD, F., BLAIN, H., ROBINE, J.M (2012). Vieillesse, l'émergence d'une nouvelle population. *Médecine/Sciences (Paris)*, 28(3), 281–287.
- BETZ, R., GHUYSEN, A., D'ORIO, V. (2014). Simulation en pédagogie médicale: état des lieux. *Revue Médical de Liège*, 69(3), 132-138.
- BEWLEY, W. L., O'NEIL H. F. (2013). Evaluation of Medical Simulations. *Military Medicine*, 178(10), 64-75.
- BOET S., GRANRY J.C., SAVOLDELLI, G., (2013). *La simulation en Santé : De la théorie à la pratique*. Paris : Springer-Verlag, 439 p.
- BOURNE R.R.A., FLAXMAN, S.R., BRAITHWAITE, T., CICINELLI, M.V., DAS, A., JONAS, J.B. et al. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment : a systematic review and meta-analysis. *Elsevier Ltd*, 5, 888-897
- BRETT-FLEEGLER, M., RUDOLPH, J., EPPICH, W., MONUTEAUX, M., FLEEGLER, E., CHENG, A., SIMON, R. (2012). Debriefing Assessment for simulation in Healthcare. *Simulation in Healthcare. The journal of Society for Simulation in Helathcare*, 7 (5), 288-294.
- DER SAHAKIAN, G, BULEON, C. et YALL D. (2019). A Pragmatic approach to scenario scripting. In Gilles Chiniara (2<sup>ème</sup> éd). *Clinical Simulation*. Québec : Elsevier. pp. 337-343.

- DESCHODT, M., CLAES, V., VAN GROOTVEN, B., MILISEN, K., BOLAND, B., FLAMAING, J. et al (2015). Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique – Synthesis. Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 245Bs. D/2015/10.273/46, Disponible à l’adresse : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_245Bs\\_Approche\\_geriatrique\\_globale\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245Bs_Approche_geriatrique_globale_Synthese.pdf), consulté le 12 octobre 2019.
- FORTIN M.F. ET GAGNON J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. 3<sup>ème</sup> éd. Québec: Chenelière éducation. 411 p.
- GABERSON, K.B., OERMANN, M.H. & SHELLNBARGER, T. (2015). *Clinical Teaching Strategies in Nursing*. New York : Springer Publishing Company. 400 p.
- GRANRY et MOLL (2012). HAS - Évaluation et amélioration des pratiques. Guides de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Disponible sur le site Web: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide\\_bonnes\\_pratiques\\_simulation\\_sante\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf), consulté le 12 septembre 2019.
- HAMSTRA, S. J., BRYDGES, R., HATALA, R., ZENDEJAS, B., COOK, D. (2014). Reconsidering Fidelity in Simulation-Based Training. *Academic medicine: journal of association of American Medical Colleges*, 89(3), 387-392.
- HOLZSCHUCH, C., CHRISTIAEN, MP., CREUZOT-GARCHER, C., LEPOLVRE, JP., MANIÈRE, D., MOUREY, F. et al (2012). *Gériatrie et basse-vision. Pratiques interdisciplinaires*. Paris : Deboeck. 254 p.
- HSSAIN I., ALINIER G., SOUAIBY N. (2013). La simulation in-situ : l’autre approche de la sécurité du patient ou l’entraînement en immersion. *Medicine Emergency*. 15, 17-29.

- KARLSEN, R. (2013). Stable Program. Adaptation of RUS model. Center for Medical Simulation (D.R.), Cambridge, MA, USA.
- KIRKPATRICK, D.L., KIRKPATRICK, J.D (2006), *Evaluating training programs: the four levels*. 3<sup>ème</sup> éd. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 380 p.
- KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. (2020). *To err is human: Building a safer healthy system*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies. 286 p.
- LEDOUX I. ET VINCELETTE C., LAVOIE, S., MARCEAU, M., BILODEAU, C., GOSSELIN, E. (2019). Intégration d'une capsule pédagogique au briefing d'étudiants en sciences infirmières en contexte de simulation de soins d'urgence : acceptabilité et effets sur l'anxiété situationnelle et le travail d'équipe. *Science of Nursing and Health Practices – Science infirmière et pratiques en santé*. 2(2), 1-13
- LEDOUX, I. (2016). *Exploration de l'ajout de la simulation haute-fidélité à l'examen clinique objectif structuré sur l'auto-efficacité, l'anxiété et la performance en situation d'apprentissage d'étudiantes de niveau collégial en soins infirmiers*. Thèse de doctor en sciences infirmières. Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Disponible sur le site Web : [https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/8385/Ledoux\\_Isabelle\\_PhD\\_2016.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/8385/Ledoux_Isabelle_PhD_2016.pdf?sequence=7&isAllowed=y), consulté le 01 février 2019
- MITCHELL, L.M., HENDERSON, A., GROVES, M., DALTON, M., NULTY, D. (2009). The objective structured clinical examination (OSCE): optimizing its value in the undergraduate nursing curriculum. *Nurse Education Today* 29, 398-404.
- OCDE stat (2019). *Population âgée*. Disponible sur le site Web : <https://data.oecd.org/fr/pop/population-agee.htm>, consulté le 12 novembre 2019.
- ORIOT D., ALINIER G. (2019). *La simulation en santé - Le débriefing clés en mains*. Paris : Elsevier Masson. 188 p.
- PEUFEILHOUX, B. (2009). *Écoute-moi vieillir*. Paris : Editions GabriAndré. 128 p.

- ROLLAND C., DANGOUMAU, M., BELLAICHE, AC. (2015). *Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans les établissements pour personnes âgées*. Disponible sur le site Web : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/revue\\_de\\_litterature\\_deficiences\\_sensorielles\\_livrable1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/revue_de_litterature_deficiences_sensorielles_livrable1.pdf), consulté le 28 septembre 2019.
- SIMONEAU, I., PAQUETTE, C. (2014). *Pédagogie par la simulation clinique haute-fidélité dans la formation collégiale en santé :préparation clinique, interdisciplinarité et intégration au curriculum*. Rapport de recherche. Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Disponible sur le site Web : <https://cdc.qc.ca/parea/788796-simoneau-paquette-pedagogie-simulation-clinique-formation-collegiale-sante-sherbrooke-PAREA-2014.pdf>, consulté le 03 février 2020.
- SMITH, A. (2011). *Recension sommaire des écrits sur les ÉCOS (examen clinique objectif structuré)*. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Disponible sur le site Web : [http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/35/201101\\_Recension\\_sommaire](http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/35/201101_Recension_sommaire), Consulté le 12 novembre 2019
- SUJIN, S., PARK, JH., KIM, JH. (2014). Effectiveness of patient simulation in nursing education : Meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(1), 176-182.
- UNITED NATIONS (2019). *World Population Prospects*, 46 p. Disponible sur le site Web : [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf), consulté le 15 novembre 2019.
- VAN MALLEGHEM, C. (2019). *Evaluation de la qualité du debriefing en simulation de santé. Revue de la littérature des outils d'aide à l'évaluation de la conduit de debriefing*. 41 p. Disponible sur le site Web : <http://www.medesim.fr/wp-content/doc/memoire/diu2019-cvanmalleghem-meemoire.pdf>, consulté le 10 février 2020.

## ANNEXES

---

### ANNEXE I : Pathologies visuelles simulés par les lunettes

#### 1. Glaucome

a)



b)



Source :

a) <http://ophtalmo-essonne.com/maladies>

b) <http://guidedeltre.unblog.fr/ce-que-disent-nos-yeux-au-travers-de-chaque-symptome/le-glaucome/>

#### 2. DMLA

c)



d)



Source :

c) <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/ophtalmologie/dmla/>

d) <http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2016-11-15/dmla-bacteries-intestinales-alimentation>

### 3. Cataracte

e)



f)



**Source :**

e) <https://www.braille.be/fr/documentation/pathologies-visuelles/cataracte>

f) <https://shortways.com/informal-learning-train-users-software/attachment/vision-floue/>

ANNEXE II : Accord du Comité d'Ethique du CHUB



Réf. : **CE 2019/132**

Mr Luis De Morais

[Luis.demorais@chu-brugmann.be](mailto:Luis.demorais@chu-brugmann.be)

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALIER  
OM 026**

**Secrétariat**

**☎ 02 / 477.39.16**

**☎ 02 / 477.39.20**

[cc : ct.ec@afmps.be](mailto:cc:ct.ec@afmps.be)

E-mail [comite.ethique@chu-brugmann.be](mailto:comite.ethique@chu-brugmann.be)

12/11/2019

**Président**

*Dr J. VALSAMIS*

Cher Mr De Morais,

**Secrétaire**

*Dr P. VERBANCK*

Concerne:

L'impact d'une formation via un simulateur des pathologies visuelles sur les comportements et connaissances du personnel soignant travaillant en gériatrie vis-à-vis des patients âgés hospitalisés

BUN : B077201942051

**Membres effectifs  
& suppléants**

*Dr J-C CAVENAILE*

*Dr F. CORAZZA*

*Dr Th COS*

*Dr A. DEMULDER*

*Dr P. JENSEN*

*Dr B. PEPERSTRAETE*

*Mme KATSILIS*

*Mme M. EUCHER*

*M. O. BROWN*

*M. J. LIBRECHT*

*M. C. NYS*

*M. Y. MAULE*

*M. E. SIMONS*

Le Comité d'Ethique Hospitalier du C.H.U. BRUGMANN a pris connaissance des documents relatifs à l'étude dont l'intitulé est repris sous rubrique.

Documents examinés:

*Formulaire de demande interne*

*Protocole*

*CV Mme Decorte*

*CV Mr De Morais*

*Demande assurance AMMA*

Le comité d'éthique marque son accord.

Nous vous prions de croire, Cher Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

ULB - VUB

Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek  
Association de droit public régie par la loi du 8 juillet 1974

Site HORTA

Place A Van Gehuchten 4 - 1020 Bruxelles

Site BRIEN

Rue du Foyer Schaerbeekois 36 - 1034 Bruxelles

Site ASTRID

Rue Bruyn 1 - 1120 Bruxelles

*Docteur P. VERBANCK,*  
Secrétaire

*Docteur J. VALSAMIS,*  
Président

*Le Comité d'Ethique rappelle que les amendements substantiels et les notifications de sécurité, comme décrites dans la loi du 7 mai 2004, doivent lui être soumis*

Siège de l'Association : Site Horta  
T. 02 209 9111

**ANNEXE III : Lunettes de simulation des pathologies visuelles de la firme « ReSanté-vous »**





**Table de matières:**

1. Objectifs de l'atelier
2. Test des lunettes
3. Les pathologies visuelles
4. Conseils de prise en charge
5. Mises en situation

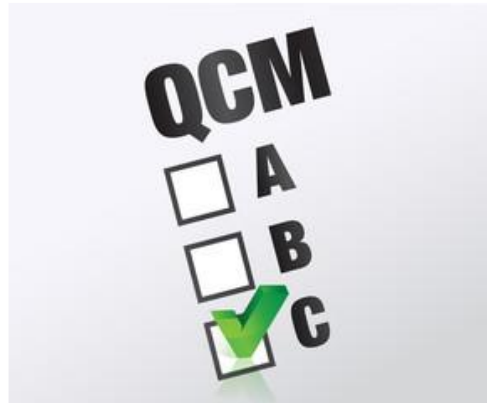




## Objectifs de l'atelier

- Développer des connaissances sur les différentes pathologies visuelles liées au vieillissement
- Exercer des comportements adaptés à la prise en soin d'une PA avec une pathologie visuelle à travers des ateliers de simulation

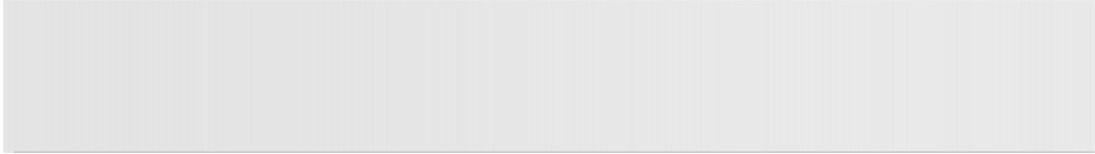
# Testez vos connaissances



# Testez les lunettes

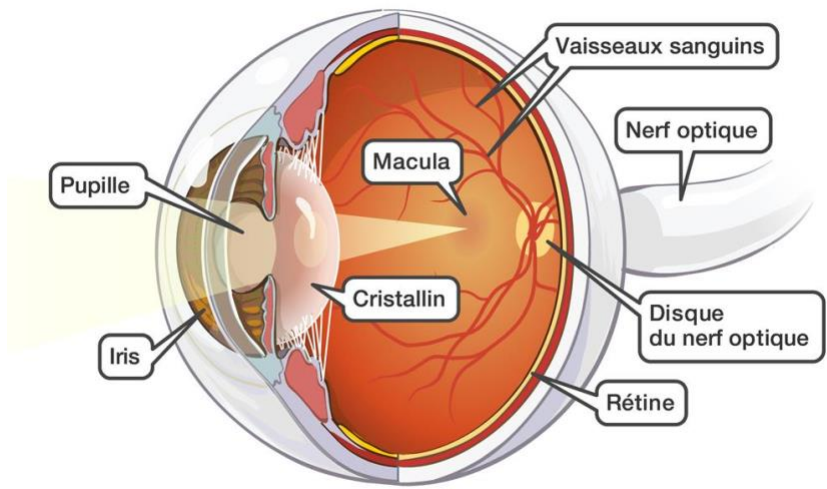
➤ Quelle est la pathologie?





# L'ŒIL QUI VIEILLIT

# L'anatomie de l'oeil



© AboutKidsHealth.ca

# La cataracte

Sans cataracte



Avec cataracte



- 52,6 millions de personnes touchées dans le monde (Bourne RRA. Et al (2017))
- Opacité du cristallin - Affaiblissement ou jaunissement des couleurs
- Sensibilité à la lumière -> nécessité d'une lumière naturelle (soleil)
- Correction fréquente de la graduation des lunettes
- Traitement: intervention chirurgical

# La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)



- 8,4 millions de personnes touchées dans le monde (Bourne RRA. Et al (2017))
- Dégradation du centre de la rétine (la macula)
- Perte de la vision central, diminution des contrastes, déformation des lignes (ondulation)
- Des lunettes adaptés – loupe grossissante
- Traitement: injections intravitréennes

# Le glaucome



- 4 millions de personnes touchées dans le monde (Bourne RRA. Et al (2017)
- Un excès de production de liquide de l'œil – affection du nerf optique – augmentation de la pression intraoculaire
- Vue périphérique touchée – vision tubulaire
- Lésions irréversibles
- Des lunettes ne sont pas suffisantes pour compenser la perte de vision
- Traitement: collyres

## Conseilles de prise en charge patient avec une pathologie de la vue

- Connaître sa pathologie
- Vérifier si porte des lunettes et la propreté des mêmes
- Aide à la mise des lunettes/mettre à la disposition
- Vérifier si niveau d'éclairage de la chambre est adapté
- Eviter l'encombrement de la chambre – expliquer la disposition
- Proposition de l'aide aux AVJ's selon le besoin
- Vérifier que la sonnette est à portée de vue du patient (lui poser la question,

### **Autres:**

- Dossier patient
- Rapport infirmier
- Staff pluridisciplinaire

# À vous de jouer

- **3 groupes de 3 personnes** (un patient, un soignant et un observateur)



- **2 scénarios:**
  - Prise du petit déjeuner
  - Transfère du patient lit-fauteuil avec prise des médicaments

# Débriefing

- ❖ *Comment vous vous êtes senti?*
- ❖ *Qu'est-ce que vous en retirez/appris de cette journée?*
- ❖ *Que pensez-vous changer dans votre pratique?*



Merci pour votre participation




### Questionnaires



**ANNEXE V : Calendrier des ateliers de simulation**

Mars 2020						
<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
						<b>1</b>
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					
Avril 2020						
<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			
Mai 2020						
<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

 **Sur le Site Paul Brien**  
 **Sur le Site Horta**

## ANNEXE VI - Enquête de satisfaction (auto-évaluation - niveau 1)

### Évaluation de la satisfaction de la séance de formation\*

**Consignes :** Veuillez résumer votre impression de la séance de formation.

Utilisez l'échelle de notation suivante pour évaluer les 6 « éléments ». Faites de votre mieux pour évaluer d'un point de vue global chaque élément, guidé par votre observation des comportements qui le composent.

#### Echelle de notation:

Notification	1	2	3	4	5	6	7
Description	Extrêmement inefficace/préjudiciable	Toujours inefficace/mauvais	Généralment inefficace/médiocre	Assez efficace/moyen	Généralment efficace/bon	Toujours efficace/très bon	Extrêmement efficace/exceptionnel

1. Les formateurs ont établi un climat favorable à l'apprentissage	Note globale
--	--------------

- |  |              |
|--|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le formateur s'est présenté, a décrit l'environnement de la simulation, expliqué ce qui était attendu au cours de la séance, et annoncé les objectifs pédagogiques</li> <li>• Le formateur a expliqué les points forts et les points faibles de la simulation et m'a indiqué ce que je pouvais faire pour tirer le meilleur parti d'une expérience de simulation clinique</li> <li>• Le formateur a précisé les détails logistiques, comme l'emplacement des toilettes, les possibilités de restauration, le déroulement de la journée, ...</li> <li>• Le formateur m'a encouragé(e) à exprimer mes réflexions et mes questions au sujet de la simulation et du débriefing à venir et m'a rassuré(e) sur le fait que je ne serais ni mortifié(e) ni humilié(e) dans cet exercice</li> </ul> | <p>_____</p> |
|--|--------------|

2. Les formateurs ont maintenu un climat favorable a l'apprentissage.	Note globale
---	--------------

- |  |              |
|--|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le formateur a clarifié les objectifs du débriefing, ce qu'il attendait de moi et précisé son rôle (en tant que formateur) dans le débriefing</li> <li>• Le formateur a reconnu des inquiétudes au sujet du réalisme des situations simulées et m'a aidé(e) à apprendre, malgré les limites de la simulation</li> <li>• J'ai constaté que le formateur a fait preuve de respect vis-à-vis des apprenants</li> <li>• L'accent a été mis sur l'apprentissage et non sur la stigmatisation des personnes qui ont fait des erreurs</li> <li>• Les apprenants ont pu exprimer leurs réflexions et leurs ressentis sans crainte d'être mortifiés ou humiliés</li> </ul> | <p>_____</p> |
|--|--------------|

<b>3. Les formateurs ont conduit le débriefing de manière structurée</b>	<b>Note globale</b> _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les échanges ont progressé de façon logique plutôt que de passer d'un point à un autre sans cohérence</li> <li>• Vers le début du débriefing, j'ai été encouragé(e) à partager mon ressenti sur la situation simulée et le formateur a paru prendre mes remarques au sérieux</li> <li>• Au cours de la séance, l'instructeur m'a aidé(e) à analyser mes actions et les processus de pensée mis en oeuvre au cours de l'expérience de simulation</li> <li>• A la fin du débriefing, il y a eu une phase de synthèse au cours de laquelle le formateur a aidé à faire des liens entre les différentes notions explorées et a relié la séance de simulation aux façons dont je pourrais améliorer ma pratique clinique future</li> </ul>	

<b>4. Les formateurs ont suscité l'engagement dans l'échange, ce qui m'a amené(e) à analyser ma performance</b>	<b>Note globale</b> _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le formateur a utilisé des exemples concrets (pas seulement des commentaires abstraits ou généralistes) pour m'amener à réfléchir sur ma performance</li> <li>• Le propos du formateur était clair ; je n'ai pas eu à deviner ses pensées</li> <li>• Le formateur a écouté et amené les personnes à se sentir entendues, en étant attentif à chacune, en reformulant leur propos, et en utilisant un langage non verbal adapté (par exemple, en regardant dans les yeux ou par des hochements de tête)</li> <li>• Le formateur a utilisé les enregistrements, vidéo ou autre, comme support pour les échanges et l'apprentissage</li> <li>• Si l'un des participants s'est senti contrarié ou troublé lors du débriefing, le formateur a été respectueux et constructif en l'aidant à gérer ses émotions</li> </ul>	

<b>5. Les formateurs ont identifié mes points forts et mes points à améliorer ainsi que leurs raisons</b>	<b>Note globale</b> _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• J'ai reçu des feedbacks concrets sur mes performances ou celles de mon équipe, basés sur son point de vue honnête et juste</li> <li>• Le formateur m'a aidé(e) à explorer mes processus de pensée ou ce que je tentais de mettre en oeuvre à des moments clés</li> </ul>	

<b>6. Les formateurs m'ont aidé(e) à envisager comment améliorer ou maintenir un bon niveau de performance</b>	<b>Note globale</b> _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le formateur m'a aidé(e) à apprendre comment améliorer mes points faibles ou comment maintenir une bonne performance</li> <li>• Le formateur était expert dans le domaine et a utilisé ses connaissances pour m'aider à être plus performant(e) dans une situation future</li> <li>• Le formateur s'est assuré que les points importants avaient été abordés</li> </ul>	

\* BRETT-FLEEGLER, M. et al (2012). Debriefing Assessment for simulation in Healthcare (DASH). *Simulation in Healthcare : The journal of Society for Simulation in Helathcare*, 7 (5), 288-294

Nous vous remercions pour votre participation

## ANNEXE VII : QCM – test des connaissances (niveau 2)

### 1 . Cochez l'affirmation vraie

- Le glaucome est la pathologie visuelle la plus fréquente chez les patients de plus de 75 ans
- La cataracte est la pathologie visuelle la plus fréquente chez les patients de plus de 75 ans**
- La dégénérescence maculaire la plus fréquente chez les patients de plus de 75 ans
- La rétinopathie diabétique la plus fréquente chez les patients de plus de 75 ans
- Aucune n'est vraie

### 3 Cochez l'affirmation vraie sur la dégénérescence maculaire

- touche la vision périphérique
- apparait de manière brutale
- Les patients avec une dégénérescence maculaire voient des lignes droites déformées, qui apparaissent comme ondulées**
- est une maladie de la cornée
- entraîne une cécité

### 3. Cochez l'affirmation vraie sur la cataracte

- n'entraîne pas d'éblouissement
- entraîne un jaunissement des couleurs**
- survient avant 50 ans dans 25 % des cas
- peut être provoquée par les antihypertenseurs
- ne survient jamais après un traumatisme

### 4. Le glaucome est :

- une inflammation de la cornée
- une augmentation de la pression du liquide situé dans l'œil**
- une paralysie de l'œil
- une atteinte de la vision central
- toute est faux

### 5. Cochez l'affirmation vraie sur les troubles visuels

- la myopie est le synonyme de presbytie
- diminue la confusion
- la presbytie est un vision floue de loin
- la myopie est une vision floue de près
- tout est faux**

**ANNEXE VIII** : Grille d'observation (niveau 3)

**Scénario 1**: Prise du petit déjeuner

(L'évaluation des critères tient compte du type de pathologie de la vue)

Élément observable	Oui	Non
Demander si trouble de la vue et lequel		
Vérifier si le niveau d'éclairage de la chambre convient au patient		
Vérifier la propreté des lunettes/nettoyer les lunettes		
Aider à mettre les lunettes/mettre à la disposition/proposer de mettre ses lunettes		
Proposer de l'aide au repas ( déballer/couper/mettre à la disposition)		
Expliquer la disposition du plateau repas et ses composantes		
Vérifier que le patient voit bien le contenu du plateau à sa disposition		
Vérifier que la sonnette est à portée de main du patient		

**Scénario 2:** Prise de médicaments avec transfère lit-fauteuil  
(L'évaluation des critères tient compte du type de pathologie de la vue)

Élément observable	Oui	Non
Demander si trouble de la vue et lequel		
Vérifier la propreté des lunettes/nettoyer les lunettes		
Vérifier si le niveau d'éclairage de la chambre convient au patient		
Aider à mettre les lunettes/mettre à la disposition/proposer de mettre ses lunettes		
Aider à la mise des pantoufles		
Vérifier si l'environnement est dégagé		
Montrer le positionnement du fauteuil		
Montrer les médicaments avec explication		
Proposer de l'aide pour débiller les médicaments		
Aider à la prise des médicaments		
Vérifier que la sonnette est à portée de main du patient		

**ANNEXE IX : audits patients (niveau 4)**

**Grille d'audit (niveau 4)**

US : \_\_\_\_ Lit : \_\_\_\_

Date : \_\_\_\_

**Critères inclusion :**

- Patient ayant > 75 ans
- Patient ayant un MMSE >23 chez les personnes ayant une scolarité jusque 14 ans  ou MMSE >20 chez les patients ayant une scolarité < à 14 ans
- Patient ayant des lunettes pendant son hospitalisation
- Patient hospitalisé depuis > 48h

**a) Le patient porte t'il ses lunettes ou les a-t-il à portées de la main?**

Oui  Non

**b) Les lunettes sont-elles propres ?**

Oui  Non

**c) L'Information sur la vue du patient est-elle notée sur la feuille du staff pluridisciplinaire?**

Oui  Non

**d) Le patient a-t-il été interrogé sur sa vue ?**

Oui

Non

**e) Le patient a-t-il été interrogé sur ses lunettes ?**

Oui

Non

## ANNEXE X: Appel à symposium de la SBGG

« Chers Collègues,

Les comités scientifique et organisateur du congrès des Journées d'Automne de la Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie vous souhaitent une excellente année 2020 !

Cette année, nous sollicitons votre participation active au prochain congrès prévu les **15 et 16 octobre 2020** au Palais des Congrès de Liège. Le comité scientifique encourage vos équipes (soignantes et paramédicales) à proposer un thème pouvant faire l'objet d'une présentation orale ou d'un symposium lors d'un des programmes.

Comme vous le savez, même si chacun peut assister à chaque programme, les programmes A, B, C et D ont des spécificités :

- Le **programme A** est dédié aux présentations relatives aux prises en charge « médicales ».
- Le **programme B** est dédié aux prises en charge « infirmières et paramédicales ».
- Le **programme C**, organisé par les membres du réseau Braises, traite des aspects sociologiques, philosophiques et économiques du vieillissement. BRAISES est un réseau interuniversitaire francophone et pluridisciplinaire d'expertise en vieillissement - composé entre autres de médecins mais aussi de sociologues, psychologues, philosophes, juristes, démographes, etc.
- Le **programme D** propose depuis quelques années des ateliers d'échange pluridisciplinaire sur la prise en charge « pratique » des problématiques rencontrées par les personnes âgées.

Vous pouvez dès lors proposer un exposé ou une session :

- **Programme A :**
  - o **jeudi après-midi** : 2 sessions de 1h30 avec 3 exposés de 25 minutes (+ 5' discussion).
  - o **Vendredi après-midi** : 3 exposés de 25 minutes (+ 5' discussion)
- **Programme B** : **vendredi après-midi** : 3 exposés de 30 minutes (+10' discussion)
- **Programme C** : **vendredi matin et après-midi** (pas de durée précisée).
- **Programme D** : **vendredi matin** : 3 thèmes d'intérêt pratique de 55 minutes, compter au moins deux intervenants paramédicaux de discipline différente. Deux présentations consécutives sont prévues pour permettre aux participants d'assister à deux ateliers.

Si vous êtes intéressé à participer activement à la réalisation du programme scientifique de cette année, nous vous invitons donc à nous contacter à l'adresse : [automne@geriatrie.be](mailto:automne@geriatrie.be) avec les informations suivantes avant le 15 mars 2020.

Programme (A, B, C, D)	<b>Programme D</b>
------------------------	--------------------

Noms, fonction et adresses mail des orateurs	<p>DE MORAIS Luis Chef opérationnel d'une unité de soins gériatrique au CHU-Brugmann Luis.DEMORAIS@chu-brugmann.be</p> <p>DECORTE Laurence Ergothérapeute à la liaison gériatrique au CHU-Brugmann Laurence.DECORTE@chu-brugmann.be</p>
Thème de session proposé	Atelier de simulation des pathologies visuelles liées au vieillissement
Courte description du thème/de l'exposé	<p>La prévalence de la déficience visuelle augmente avec l'âge. (Congdon et al., 2004) La perte de vision peut affecter la qualité de vie, la dépendance, la mobilité, la cognition et la vie sociale. En 2017, Trevisan et coll. a révélé que la perte d'acuité visuelle était associée à un risque accru d'aggravation de la fragilité.</p> <p>L'optimisation des fonctions sensorielles des personnes âgées est considérée comme primordiales pour l'OMS dans son rapport de 2016.</p> <p>L'objectif de cet atelier est de sensibiliser les participants aux troubles visuels via une pédagogie active ou les participants pourront vivre et expérimenter des situations concrètes « comme si » ils étaient eux-mêmes atteints de certaines pathologies visuelles liées au vieillissement. Ses expériences sensorimotrices déboucheront sur une analyse réflexive de ce vécu afin d'élaborer des stratégies d'accompagnement adéquates et humaines des personnes âgées.</p>

Au plaisir de collaborer avec vous,

Pour le Comité organisateur et scientifique,

Prof Sophie Gillain”