

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude PEDAGOFAMIREA : Mise en place d'une formation in situ à l'entretien famille utilisant le jeu de rôle, et analyse de l'impact sur les internes.

Présentée et soutenue publiquement le 18/04/2024 à 18h00
Au Pôle Formation
Par Matthieu BEAUGENDRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maxime GRANIER

Madame le Docteur Erika PARMENTIER-DECRUCQ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Céline DUPRE

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

DES : Diplôme d'étude spécialisé

DESAR : Diplôme d'étude spécialisé d'Anesthésie-Réanimation

DESMIR : Diplôme d'étude spécialisé de Médecine Intensive et Réanimation

DESMU : Diplôme d'étude spécialisé de médecine d'urgence

DU : Diplôme Universitaire

EEG : Électroencéphalogramme

FFI : Faisant fonction d'interne

F1 : Première séance de formation

F2 : Deuxième séance de formation

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

NA : Non applicable

PICS : Post Intensive Care Syndrome (Syndrome post réanimation)

PICS-F : Post Intensive Care Syndrome Family (Syndrome post réanimation des familles)

RFE : Recommandations formalisées d'experts

RNIPH : Recherche n'impliquant pas la personne humaine

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SoFraSimS : Société francophone de simulation en santé

SRLF : Société de réanimation de langue française

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Matériel et méthodes	7
1. Type d'étude	7
2. Déroulement de l'étude	7
3. Objectifs de l'étude	8
4. Éthique	9
5. Population d'étude	10
6. Centres participants	10
7. Scénarios	11
8. Trame d'une session pédagogique	12
9. Questionnaire	14
10. Statistiques	14
a) Analyse qualitative	14
b) Analyse quantitative	17
Résultats	18
1. Résultats du questionnaire	19
2. Résultats de l'analyse qualitative	31
Discussion	45
Conclusion	58
Références bibliographiques	59
Annexes	64

Résumé

Introduction :

La formation des praticiens exerçant en réanimation à l'entretien famille n'est pas standardisée. Elle se fait souvent par compagnonnage au cours de l'internat. L'objectif principal de cette étude est d'analyser l'impact sur les internes d'une formation simple, pratique et peu onéreuse, se déroulant par jeux de rôles au sein de services de réanimation, et d'en évaluer la faisabilité.

Matériel et méthode :

Un réanimateur diplômé de pédagogie par la simulation, une psychologue et un facilitateur ont réalisé au sein de plusieurs services de réanimation des Hauts de France plusieurs sessions de formation par jeux de rôle. La formation complète comprenait deux interventions à un mois d'intervalle (F1 et F2). A chaque session, trois scénarios d'entretien famille étaient joués par les internes et un feedback collectif était réalisé au décours.

Une analyse thématique a été réalisée sur le contenu des entretiens familles simulés pour explorer une éventuelle variation des thèmes retrouvés et de leur fréquence d'occurrence entre les deux sessions. Un questionnaire a évalué la satisfaction des internes. Le sentiment d'efficacité personnelle a été comparé avant et après chaque séance.

Résultats :

A ce jour, 62 internes ont participé à F1, et 26 à F1 et F2 (soit 42% des internes ayant bénéficié de la formation complète).

L'analyse thématique du contenu des entretiens nous a permis de faire émerger un arbre thématique comportant 7 thèmes et 21 sous-thèmes. Les résultats préliminaires ne semblent pas retrouver de différences dans les thèmes et leur répartition. La satisfaction des internes était excellente avec plus 95% de satisfaction (très satisfaits ou plutôt satisfaits). Sur une échelle de 1 à 10, la moyenne du sentiment d'efficacité personnelle des internes passe de 5,31 à 6,82 en F1, de façon significative ($p < 0,01$). En F2, la moyenne du sentiment d'efficacité personnelle passe cette fois-ci de 7,15 à 7,85, également de façon significative ($p < 0,01$).

Conclusion :

Une formation simple, via des jeux de rôles réalisés au sein des services de réanimation, améliore de manière significative le sentiment d'efficacité personnelle des internes en stage en réanimation à mener un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal.

Introduction

Le Journal officiel de la République du 28 avril 2017 liste les compétences devant être acquises par les internes au cours de leur 3^{ème} cycle d'étude. Parmi celles-ci, plusieurs concernent la communication (1).

En phase d'approfondissement, un interne doit être capable « de s'assurer de la compréhension de l'information transmise et de transmettre des informations à ses collègues dans le cadre de la continuité des soins » (1).

En anesthésie-réanimation, il doit acquérir des compétences spécifiques comme « informer les personnels de santé, les patients et les proches, des soins continus que requiert le patient, lors de sa sortie de l'unité de réanimation », et « s'entretenir des soins de fins de vie avec les patients et leurs familles, ou leurs représentants » (1).

Ces compétences sont principalement acquises sur le terrain, parfois sans préparation ni accompagnement satisfaisant. En 2002, une étude américaine s'est intéressée à la première expérience d'annonce de mauvaise nouvelle chez des médecins diplômés. Dans 75% des cas, les premiers entretiens d'annonce avaient eu lieu au cours de l'internat. Dans 80% des cas, l'interne n'avait pas été encadré ni accompagné (2).

De plus, les praticiens se sentent insuffisamment formés sur ces thématiques. Ainsi, aux Etats-Unis, en 2010, des médecins et internes toutes spécialités confondues ont pu évaluer par auto-questionnaire la qualité de leur formation initiale sur l'annonce de mauvaises nouvelles. Plus de 70 % des internes rapportaient bénéficier d'une quantité d'enseignement insuffisante sur cette thématique, et près de deux tiers des médecins seniors. La majorité des internes, et 40 % des médecins seniors, déclaraient ne pas

avoir de connaissances suffisantes sur la manière de délivrer une mauvaise nouvelle (3).

Même après de nombreuses années de pratique, les médecins n'acquièrent pas spontanément l'ensemble des compétences de communication, notamment celles permettant de structurer l'entretien, et celles permettant d'établir une bonne alliance thérapeutique. Ces compétences nécessitent donc d'être enseignées et pratiquées (4). Ce défaut de formation semble entraîner une insatisfaction concernant leurs compétences communicationnelles, générant de ce fait un stress potentiel, qui pourrait être un facteur prédisposant de burn-out (5).

En outre, dans le domaine de l'entretien famille, les médecins ne sont pas les seuls à pâtir d'un entretien sous optimal.

En effet, après un premier entretien suivant l'admission du patient en réanimation, environ la moitié des proches (54%) aurait une faible compréhension du diagnostic (quel organe est touché en premier dans le processus pathologique), du pronostic (l'état du malade est-il grave ou non ?) ou encore du traitement (retenir au moins l'un des traitements majeurs utilisés), et ce d'autant plus en cas d'entretien court (inférieur à 10 minutes) (6).

Dans les secteurs de soins intensifs, environ 15 à 30 % des familles jugent que le temps dévolu à leur information est trop court, que l'information n'est pas assez claire, ou encore incomplète (7). Pour les proches, percevoir les informations délivrées comme étant incomplètes est un facteur de risque de développer un PICS-F (Post Intensive Care Syndrome Family) (7). Ce PICS-F correspond aux problèmes de santé

persistants chez les proches après l'hospitalisation d'un patient en secteur de soins intensifs. Il touche environ un proche sur trois (8–12).

La prévention de ce PICS-F rentre dans un modèle de prise en charge globale du patient de soins critiques. La « Society of Critical Care Medicine » a ajouté en 2014 le « F » au modèle « ABCDE » antérieur afin d'intégrer la famille dans les soins du patient de réanimation. Ces mesures visent à améliorer le devenir des patients après un séjour aux soins intensifs et réduire le risque de conséquences à long terme d'un séjour en soins critiques (13–16).

Ainsi, développer les compétences communicationnelles des internes pourrait améliorer la compréhension des proches et diminuer l'impact négatif sur l'entourage d'un séjour en soins critiques.

Ces dernières années, la formation par le biais de la simulation et du jeu de rôle s'est développée notamment pour l'apprentissage de compétences non techniques telles que la communication. Plusieurs études ont montré un impact positif de ce type de formation sur la satisfaction des familles (17–19), l'amélioration des compétences communicationnelles des professionnels de santé (19–22), de leur sentiment d'auto-efficacité (20), de leur aisance vis-à-vis de l'annonce de mauvaises nouvelles (20,23), et de l'abord de la fin de vie (24,25). Ces formations s'appuient majoritairement sur l'enseignement et l'utilisation du protocole SPIKES, l'un des protocoles d'annonces standardisées et organisées, validé pour l'annonce de mauvaises nouvelles dans le domaine de l'oncologie depuis les années 2000 (26).

L'utilisation de la simulation dans l'enseignement est de plus en plus importante, et son utilité est maintenant bien démontrée (27).

Aujourd'hui ce type de formation est encadré et régit par des règles de bonne pratique (28), et son usage pour l'apprentissage en soins critiques a même fait l'objet de RFE conjointes de la SRLF, la SFAR, la SFMU et la SoFraSimS (29). Dans cette RFE, il existe un accord fort concernant l'utilisation de la simulation pour développer les compétences en communication avec les patients et leurs proches, pour les médicaux et paramédicaux, aussi bien en formation initiale que continue.

Néanmoins, l'accès aux centres de simulation est limité par les disponibilités des formateurs et des locaux, et par le quota horaire de formation des internes. En effet, en dehors de ce type de centre, le recours à la simulation comme outil de formation auprès des internes dans leurs différents stages semble anecdotique.

Notre but ici sera de mettre en place une formation simple, proposée aux internes en stage en réanimation polyvalente directement au sein de leurs services, en faisant appel à la simulation et au jeu de rôle. Nous analyserons d'une part la faisabilité de la démarche, la satisfaction de la formation auprès des internes, et l'impact sur les internes et sur le contenu des entretiens.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective interventionnelle multicentrique type avant-après, avec une méthode mixte couplant une analyse quantitative descriptive par auto-questionnaires et une analyse qualitative du contenu des entretiens simulés.

2. Déroulement de l'étude

Nous avons proposé une formation à l'entretien famille sous forme de jeux de rôle aux internes de toutes spécialités confondues, effectuant un stage en soins critiques. Ces jeux de rôle, permettant à des internes de diriger des entretiens simulés dans un cadre sécurisé et bienveillant, étaient suivis par un temps d'échange. C'est durant ce temps d'échange qu'était dispensé à l'interne un feedback sur la prestation réalisée, suivi d'un temps de partage d'expérience sur le thème de l'entretien famille, où toutes les personnes présentes étaient invitées à s'exprimer.

L'équipe pédagogique était composée d'un médecin anesthésiste-réanimateur titulaire du DU de « Pédagogie et enseignement par la simulation en santé », d'une psychologue clinicienne et ingénieure d'étude exerçant en réanimation, et d'un interne de DESAR.

La formation était composée de deux séances, une première formation (F1) et deuxième formation (F2). Elles étaient réalisées à un mois d'intervalle.

Le contenu des entretiens simulés était enregistré sur deux dictaphones différents. Les entretiens étaient rapidement retranscrits sur un fichier de type Word par l'un des investigateurs, et les enregistrements audios étaient alors supprimés.

Les entretiens étaient anonymisés au moment de la retranscription.

Un questionnaire « papier » anonyme était distribué aux internes avant et après chaque séance de formation. Les données recueillies étaient des informations sur les internes (sexe, âge, spécialité, etc.), leur expérience en réanimation et en entretien famille, la formation reçue antérieurement, leur satisfaction après formation, leur sentiment d'aptitude avant et après formation.

3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de fournir une analyse qualitative avec analyse thématique du contenu des entretiens simulés afin de voir les éventuelles modifications de discours engendrées par notre formation.

Un des objectifs secondaires de l'étude était de montrer l'impact de la formation à travers une auto-évaluation sur le sentiment d'auto-efficacité des internes. Pour ce faire, les internes notaient sur une échelle allant de 1 à 10 la perception de leur sentiment d'aptitude à réaliser seul un entretien famille avant et après chaque formation.

Nous avons également évalué la satisfaction des internes vis-à-vis de la formation et réalisé un état des lieux de la formation pratique et théorique des internes à l'entretien famille.

4. Éthique

Conformément à la réglementation dans le cadre d'une étude RNIPH en sciences humaines et sociales, et après analyse du chargé de la protection des données personnelles, le protocole de recherche a fait l'objet d'une déclaration normale enregistrée dans le registre des traitements du Centre Hospitalier d'Arras.

Un formulaire d'information était remis à chaque participant, et le consentement éclairé était recueilli (**Annexe 1**).

Concernant les données de l'étude, la conservation de celles-ci a fait l'objet de plusieurs mesures de sécurité :

- Les formulaires d'information et de consentement remplis et signés ont été conservés tout au long de l'étude par une seule et même personne et mis à l'abri sous clé dans le bureau de celle-ci.
- Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement était également conservé au sein des services de réanimation participants.
- Les questionnaires étaient anonymisés dès le départ, chaque interne recevant un numéro d'inclusion. Ils étaient détruits immédiatement après retranscription des résultats sur informatique.
- Une liste d'anonymisation a été créée et tenue à jour, celle-ci a été également conservée par une seule et même personne tout au long de l'étude, sur un ordinateur sécurisé par un code.
- Les entretiens étaient retranscrits par un seul des investigateurs de l'étude, et anonymisés en retirant les éléments d'identification potentiels. Une fois anonymisés, les verbatims ont été partagés entre les trois codeurs.

5. Population d'étude

Cette étude a été réalisée auprès de tous les internes présents en stage les jours de notre venue dans les différents centres, et ayant accepté de participer à l'étude.

L'étude s'est déroulée entre le 1^{er} septembre 2021 et le 30 octobre 2023.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Avoir plus de 18 ans.
- Être interne.
- Effectuer un stage de réanimation dans l'un des services participant à l'étude.
- Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude, et notamment pour être enregistré pendant les jeux de rôles.

Les critères d'exclusion de l'étude étaient :

- Le refus de participer à l'étude et de signer le consentement éclairé.
- Ne pas remplir au moins un des critères d'inclusion.

6. Centres participants

Les services de réanimation des hôpitaux de Valenciennes, Dunkerque, Boulogne-sur-Mer, Tourcoing et Arras ont participé à l'étude. Les entretiens se sont déroulés dans le service, le matin ou l'après-midi, après accord des médecins sur place pour libérer transitoirement les internes de leurs obligations de service.

L'ensemble des centres n'a pas pu participer à chaque semestre, la participation variant selon la disponibilité des services, et le nombre d'internes présents sur chaque terrain de stage au cours des différents semestres.

7. Scénarios

Trois scénarios différents étaient proposés aux internes. Ces scénarios utilisés étaient les mêmes entre les différents centres, afin que l'expérience soit reproductible. Ils étaient également identiques lors des deux sessions.

Les scénarios utilisés étaient les suivants :

- Scénario 1 : « Mme Z, 54 ans, a présenté un arrêt cardiaque des suites d'un infarctus du myocarde survenu lors d'une balade un peu sportive sur les terrils. Dans son malheur, Mme Z a eu de la chance. Elle s'est effondrée devant d'autres promeneurs, formés aux gestes de premiers secours. Le NO FLOW est estimé à 2min, et le LOW FLOW à 5min. Elle a bénéficié d'une coronarographie avec mise en place d'un stent sur l'artère interventriculaire antérieure, elle est actuellement en hypothermie thérapeutique et neurosédaturée. Les sédations seront arrêtées demain, on ne connaît pas à ce stade les séquelles potentielles. »

- Scénario 2 : « Mr K, 76 ans, bon vivant, fumeur persévérant, sans suivi médical, fait une pneumopathie grave à SARS-CoV2. Il a été intubé et ventilé à domicile par le SMUR, intervenu suite à une détresse respiratoire aiguë. Il va être mis en décubitus ventral pour la nuit. On s'attend à un séjour plutôt prolongé en réanimation. Il présente à ce stade une mono-défaillance respiratoire. Il s'agit du premier entretien, vous cherchez à récupérer le mode de vie, l'autonomie et les éventuelles directives anticipées de Mr K. »

- Scénario 3 : « Mr B, 32 ans, a présenté un état de mal épileptique inaugural. Il a bénéficié d'une IRM cérébrale anormale, qui révèle une masse au niveau frontal. L'EEG est en cours. Il sera réveillé à partir de demain, selon les résultats de l'EEG. On

ne sait pas encore s'il y aura des séquelles, et on ne connaît pas la nature de la lésion. Il faudra que des explorations soient réalisées au décours du séjour en réanimation. Vous rencontrez Mr B, son époux. »

8. Trame d'une session pédagogique

Les internes répondant aux critères d'inclusion étaient prévenus par leur chef de service qu'une formation allait avoir lieu. Les dates des deux formations leur étaient transmises rapidement après le début de leur stage en réanimation. Leur participation s'effectuait sur la base du volontariat et de leur présence dans le service le jour J.

Les internes ayant accepté de participer à l'étude étaient réunis dans une salle servant de lieu de formation, disponible au sein du service, ayant été rapidement aménagée pour qu'une partie puisse simuler une salle d'entretien famille.

Avant de débiter la formation, un membre de l'équipe formatrice délivrait une information orale et s'assurait que les internes avaient compris l'étude, et répondait à leurs questions si nécessaire, puis distribuait le formulaire d'information et de consentement (**Annexe 1**). Il rappelait d'autre part la garantie de la confidentialité de la séance et de la possibilité de se retirer à tout moment. Un questionnaire était alors remis aux participants (pré-F1 ou pré-F2). Un briefing était réalisé, rappelant les règles de bienveillance, de confidentialité, et de non-jugement, afin d'expliquer le déroulé de la session pédagogique et d'instaurer un climat de confiance. Ensuite, pour chacun des scénarios simulés, un ou une volontaire était requis. Chaque scénario était transmis par note écrite à l'interne quelques minutes avant de commencer le jeu de rôle. Un temps de lecture et de réflexion non minuté et libre était laissé à chaque participant pour s'imprégner de la situation clinique, à l'extérieur de la pièce. Les

enregistrements audios étaient débutés quand l'interne entrait dans la pièce et commençait l'entretien. Le proche était joué par l'un des membres de l'équipe pédagogique, appelé facilitateur. Pendant l'entretien simulé, les autres personnes étaient présentes dans la pièce, et selon la conformation de celle-ci, se trouvaient légèrement en retrait et hors du champ de vision de l'interne en cours de jeu de rôle. Le silence était requis pour les personnes en observation.

La fin du scénario et des enregistrements audios correspondait à la conclusion de l'entretien famille, soit par l'interne, soit par le facilitateur.

L'interne était alors applaudi et remercié pour sa participation volontaire au jeu de rôle. Immédiatement, l'interne était questionné sur son ressenti sur le jeu de rôle, puis sur sa performance.

Ensuite, l'équipe pédagogique lui faisait un feedback sur son entretien. D'abord, le facilitateur donnait son impression et son ressenti au cours de l'entretien. Ensuite, le contenu médical de l'information (vulgarisation, termes employés, cohérence du discours médical) était analysé par le médecin anesthésiste-réanimateur, puis le langage non verbal et para-verbal était analysé par le psychologue diplômé d'état. Un temps d'expression et de questions était alors laissé à l'interne et à l'auditoire, sur l'entretien réalisé et les questions qui en découlaient directement, puis la séance continuait avec le scénario suivant.

A la fin des trois scénarios, un temps d'échange libre dans son contenu et sa durée était réalisé. Ce temps permettait aux internes de poser des questions d'ordre général

sur l'entretien famille, mais aussi de rediscuter d'entretiens passés mal vécus ou qui les avaient questionnés.

Afin de pouvoir faire ces échanges dans de bonnes conditions, et de permettre une libre expression, aucun de ces temps d'échange n'était enregistré.

Un deuxième questionnaire était remis aux participants après chaque session (post-F1 ou post-F2).

9. Questionnaire

Voir questionnaire pré-F1, post-F1, pré-F2 et post-F2. (Annexe 2).

10. Statistiques

1. Analyse qualitative

L'analyse qualitative était réalisée par analyse de contenu thématique, permettant ainsi d'identifier et de regrouper les thèmes et les sous-thèmes présents dans les retranscriptions d'entretiens. Les thèmes étaient élaborés selon une méthode inductive, et non à partir d'une théorie préexistante. Cette analyse était effectuée selon la méthode de Braun et Clark (30), comportant six étapes (Figure 1).

L'unité de codage utilisée était la phrase. Les retranscriptions étaient analysées par 3 codeurs (MB, CD, JC), permettant la construction d'un arbre thématique.

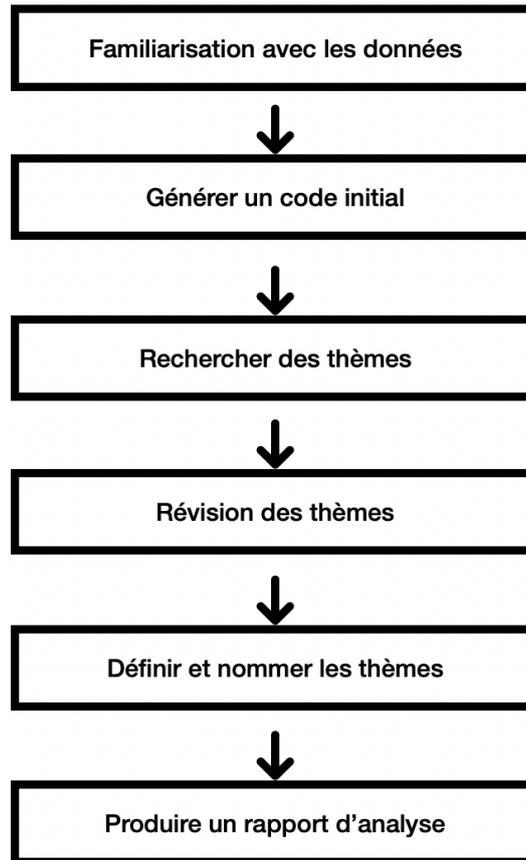


Figure 1 : Les 6 étapes de Braun et Clarke

Dans un premier temps les différents codeurs analysaient les entretiens de façon individuelle, puis ils se réunissaient au cours de réunions inter-juges afin d'affiner l'arbre thématique. Plusieurs réunions étaient nécessaires, en présentiel et par visioconférence, afin d'obtenir un arbre thématique définitif correspondant à tous les membres de l'équipe.

Afin d'avoir suffisamment de données exploitables, nous avons estimé avoir besoin d'environ 15 entretiens en première formation et 15 entretiens en deuxième (pour chaque scénario), ce nombre d'entretiens nécessaires ayant été approximé d'après les données disponibles concernant l'analyse qualitative dans la littérature (31,32).

En effet, en analyse qualitative, il convient de continuer à collecter des données et donc de réaliser des entretiens jusqu'à ce que de nouvelles informations ou thèmes n'émergent plus : c'est le concept de saturation des données.

Les résultats présentés dans ce travail sont des résultats préliminaires, l'étude étant encore en cours.

Seuls les entretiens du scénario 1 ont été analysés de cette façon.

Le scénario 1 a été choisi puisqu'il était le premier proposé aux internes, afin d'éviter un biais dans notre étude lié à l'apprentissage en temps réel des internes entre chaque jeu de rôle.

Du fait des contraintes de la formation in situ, les internes présents en F1 et en F2 n'étaient pas toujours exactement les mêmes. Afin d'éviter les biais, les internes présents en F2 mais non présents en F1 ont été basculés pour l'analyse en F1. Ceci expliquant la différence du nombre d'entretiens en F1 comparé à F2.

Avec 15 entretiens en F1 sur le scénario 1, la saturation des données était atteinte. Cependant, pour ce scénario, seuls 6 entretiens ont été réalisés en F2, ne permettant pas de garantir des résultats fiables.

Enfin, les analyses étaient effectuées sur le logiciel NVIVO®, permettant d'obtenir les fréquences d'occurrence en pourcentage des différents thèmes et sous-thèmes analysés.

2. Analyse quantitative

Les données recueillies ont été exprimées en pourcentage.

Concernant le sentiment d'aptitude des internes avant et après chaque formation, les résultats ont été exprimés en moyenne.

Les moyennes étaient ensuite comparées par un test de Wilcoxon (permettant de s'affranchir de la distribution normale ou non des moyennes), $p < 0,05$ étant considéré comme significatif. Les analyses étaient réalisées sur les logiciels R® et SPSS®.

Résultats

Au total, 11 séances de formation F1 et 11 séances de formation F2 ont été organisées, soit un total de 22 séances de formation réparties sur 4 semestres.

Les internes absents lors de F1 mais présents en F2 ont vu leurs données analysées dans le groupe F1.

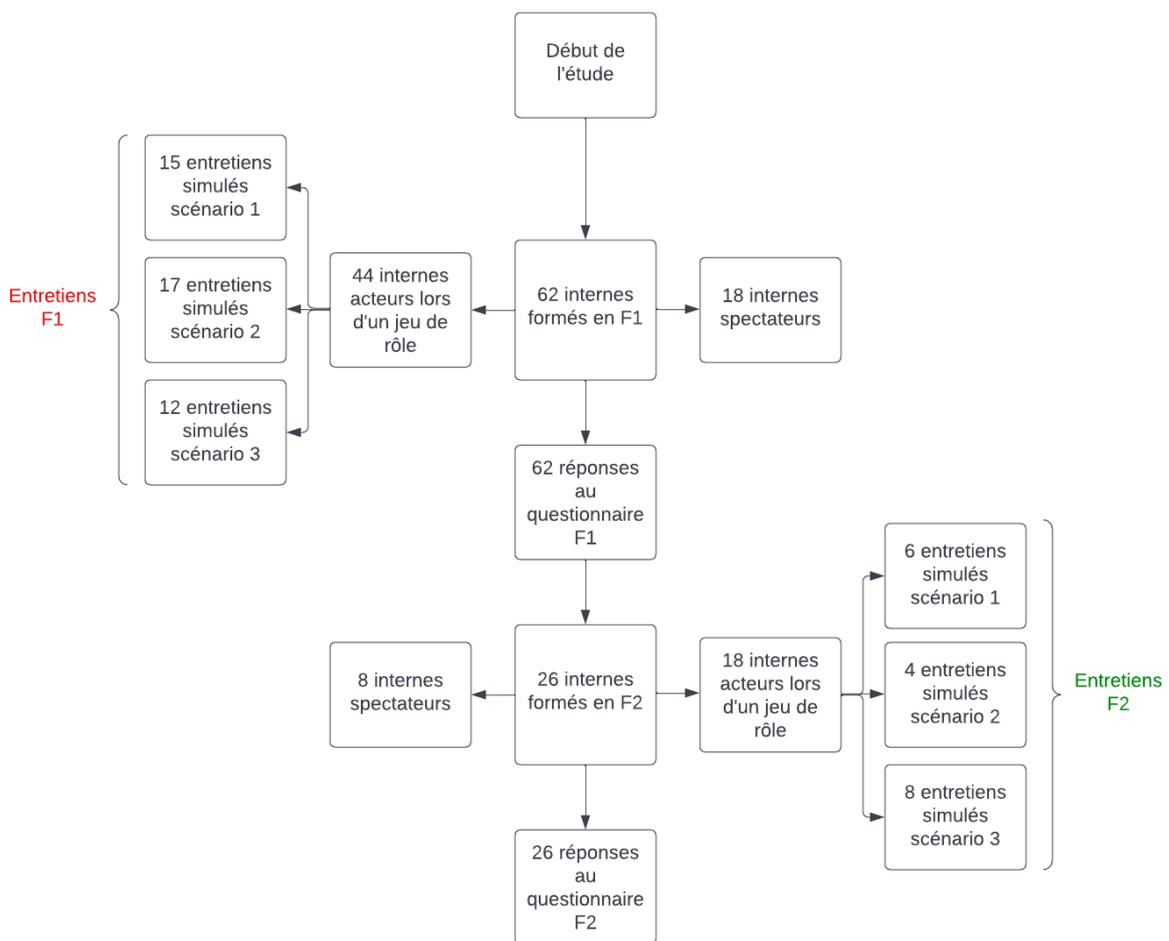


Figure 2 : Diagramme de Flux

1. Résultats du questionnaire

Au total, 62 internes ont répondu au questionnaire fourni lors de la première formation, et 26 internes ont répondu également au questionnaire distribué lors de la deuxième formation. Donc, 42% des internes ayant participé à l'étude ont répondu à l'ensemble des questionnaires fournis.

Concernant les participants, 67,8% étaient des internes en début d'internat (1^{ère} ou 2^{ème} année d'internat) (**Tableau 1**), et la plupart étaient issus de la formation de DESAR, de DESMU ou de MIR (77,4% de la population). Une grande majorité de ces internes étaient novices en réanimation puisque 85,5% d'entre eux n'avaient effectués auparavant qu'un stage ou moins en réanimation (tous services de réanimation confondus).

Tableau 1 : Description de la population

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	31	50%
Femme	31	50%
Total	62	100%
Âge		
21-25 ans	24	38,7%
26-30 ans	33	53,2%
31-35 ans	4	6,5%
36-40 ans	1	1,6%
Total	62	100%
Année d'internat		
1ère année	20	32,3%
2ème année	22	35,5%
3ème année	5	8,1%
4ème année	8	12,9%
FFI	4	6,5%
Assistant	1	1,6%
Docteur Junior	2	3,2%
Total	62	100%
DES de formation		
MIR	9	14,5%
DESAR	26	41,9%
DESMU	13	21%
Spécialités médicales	14	22,6%
Total		100%
Spécialités médicales		
Néphrologie	1	7,1%
Cardiologie	5	35,7%
Pneumologie	4	28,6%
Gériatrie	3	21,4%
Médecine interne	1	7,1%
Total	14	100%
Nombre de semestres en réanimation (médicale, chirurgicale ou polyvalente)		
0	44	69,4%
1	10	16,1%
2	2	3,2%
3	2	3,2%
4	1	1,6%
5	0	0%
6	4	6,5%
Total	62	100,00%

Tableau 2 : Expérience des internes dans le domaine de l'entretien famille

	Effectif	Pourcentage
Avez-vous déjà participé à des entretiens familles en tant qu'observateur ?		
Non	0	0%
Oui, < 5	9	14,5%
Oui, entre 5 et 10	26	42%
Oui, > 10	27	43,5%
Total	62	100%
Avez-vous déjà participé à des entretiens familles en tant qu'interlocuteur principal ?		
Non	18	29%
Oui, < 5	24	38,7%
Oui, entre 5 et 10	13	21%
Oui, > 10	7	11,3%
Total	62	100%
Si vous avez participé à des entretiens familles en tant qu'interlocuteur principal, vous étiez le plus souvent (plusieurs réponses possibles) :		
Seul avec la famille	20	39,2%
Accompagné d'un ou plusieurs membres de l'équipe paramédicale	20	39,2%
Accompagné d'un médecin réanimateur référent	8	15,6%
Accompagné par un autre médecin	1	2%
Accompagné d'un autre interne	2	4%
Total	51	100%

Tous les internes interrogés avaient au moins une expérience en tant qu'observateur d'un entretien famille.

Cependant, la grande majorité des internes interrogés avaient une expérience limitée en tant qu'interlocuteur principal lors d'un entretien (**Tableau 2**), et 29% n'avaient même jamais tenu ce rôle.

La plupart du temps, les internes ayant participé à des entretiens famille en tant qu'interlocuteur principal étaient soit seuls avec la famille, soit accompagnés d'un ou plusieurs membres de l'équipe paramédicale, rarement accompagnés du médecin référent.

Tableau 3 : Antécédents de formations dispensée aux internes

	Effectif	Pourcentage
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation théorique à l'entretien famille parmi les enseignements dispensés dans votre formation de DES ?		
Non	36	58,1%
Oui, je l'ai trouvée très utile	10	16,1%
Oui, je l'ai trouvée moyennement utile	11	17,7%
Oui, je l'ai trouvée peu utile	5	8,1%
Oui, je l'ai trouvée inutile	0	0%
Total	62	100%
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation pratique à l'entretien famille parmi les enseignements dispensés dans votre formation de DES ?		
Non	33	53,2%
Oui, je l'ai trouvée très utile	18	29%
Oui, je l'ai trouvée moyennement utile	9	14,5%
Oui, je l'ai trouvée peu utile	1	1,6%
Oui, je l'ai trouvée inutile	1	1,6%
Total	62	100%
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation à l'entretien famille lors d'un de vos stages en réanimation ?		
Non	53	85,5%
Oui, formation théorique	2	3,2%
Oui, jeu de rôle	3	4,8%
Oui, entretien avec un sénior suivi d'un débriefing	4	6,5%
Total	62	100%

Concernant leur formation (**Tableau 3**), seulement 41,9% des internes avaient bénéficié au préalable d'une formation théorique et 46.9% d'une formation pratique dans le cadre de leur DES. Au sein des stages en réanimation, seuls 14,5% d'entre eux estimaient avoir bénéficié d'une formation à l'entretien famille (formation théorique, formation par jeu de rôle et/ou entretien tutoré par un senior).

Tableau 4 : Ressenti des internes avant F1

	Effectif	Pourcentage
Si l'on vous demande de réaliser un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal, vous sentez-vous capable ?		
Totalement d'accord	4	6,5%
Plutôt d'accord	37	59,7%
Plutôt pas d'accord	19	30,6%
En désaccord	2	3,2%
Total	62	100%
Si l'on vous demande de réaliser un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal, vous sentez-vous formé ?		
Totalement d'accord	1	1,6%
Plutôt d'accord	18	29%
Plutôt pas d'accord	36	58,1%
En désaccord	7	11,3%
Total	62	100%
Si l'on vous demande de réaliser un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal, vous sentez-vous stressé ?		
Totalement d'accord	9	14,5%
Plutôt d'accord	30	48,4%
Plutôt pas d'accord	19	30,6%
En désaccord	4	6,5%
Total	62	100%

Avant la formation F1, 66,2% des internes interrogés se sentaient capables de réaliser un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal (**Tableau 4**). Cependant, 69,40% estimaient être insuffisamment formés pour le faire, et 62,9% se sentaient stressés à l'idée de réaliser un entretien en tant qu'interlocuteur principal.

Entre F1 et F2, les trois-quarts des internes avaient pu mettre en pratique ce qu'ils avaient appris lors de F1 (**Tableau 5**). Ils se sentaient moins stressés (69,20% des internes) et plus légitimes (80,70% des internes) pour réaliser en tant qu'interlocuteur principal des entretiens famille. Ils estimaient avoir plus de facilités à réaliser ces entretiens (88,40% des internes).

Tableau 5 : Ressenti des internes avant F2

	Effectif	Pourcentage
Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique les connaissances acquises lors de la dernière formation au cours du mois écoulé ?		
Tout à fait	9	34,6%
Plutôt	11	42,3%
Pas vraiment	6	23,1%
Pas du tout	0	0%
Total	26	100%
Pensez-vous avoir eu plus de facilités à réaliser des entretiens famille grâce à la formation précédente ?		
Tout à fait	9	34,6%
Plutôt	14	53,8%
Pas vraiment	3	11,5%
Pas du tout	0	0%
Total	26	100%
Vous êtes-vous senti plus légitime pour réaliser des entretiens famille grâce à la formation précédente ?		
Tout à fait	3	11,5%
Plutôt	18	69,2%
Pas vraiment	4	15,5%
Pas du tout	1	3,8%
Total	26	100%
Avez-vous été moins stressé de réaliser des entretiens famille grâce à la formation précédente ?		
Tout à fait	5	19,2%
Plutôt	13	50%
Pas vraiment	6	23,1%
Pas du tout	2	7,7%
Total	26	100%

Tableau 6 : Ressenti des internes après chaque session de formation

	F1		F2	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Comment vous sentez-vous à l'issue de la formation ?				
J'ai beaucoup appris	34	54,8%	15	57,7%
J'ai appris de manière satisfaisante	26	42%	10	38,5%
J'ai peu appris	2	3,2%	1	3,8%
Je n'ai rien appris	0	0%	0	0%
Total	62	100%	26	100%
Estimez-vous que la formation vous aidera à être plus performant dans votre travail ?				
Tout à fait	44	71%	17	65,4%
Suffisamment	13	21%	8	30,8%
Partiellement	4	6,4%	1	3,8%
Pas du tout	1	1,6%	0	0%
Total	62	100%	26	100%
Quelle partie des acquis du jour estimez-vous pouvoir mettre en œuvre sur votre lieu de travail ?				
Tous les acquis	22	35,5%	7	27%
Une grande partie	39	62,9%	18	69,2%
Une petite partie	1	1,6%	1	3,8%
Rien	0	0%	0	0%
Total	62	100%	26	100%
Dans quel délai aurez-vous l'occasion d'utiliser les acquis du jour sur votre lieu de travail ?				
Dès demain	26	42%	13	50%
Dans le mois qui suit	33	53,2%	12	46,2%
Pas avant 1 mois	3	4,8%	1	3,8%
Pas avant 1 an	0	0%	0	0%
Total	62	100%	26	100%

A l'issue de chaque session de formation, plus de 95% des internes estimaient avoir appris de manière satisfaisante et/ou beaucoup appris (**Tableau 6**). A chaque fois, plus de 90% d'entre eux estimaient que cette formation les aiderait à être plus performant dans leur travail. Plus de 90% d'entre eux pensaient pouvoir mettre en application au moins une grande partie des acquis au plus tard dans le mois à venir. Plus de 95% des internes interrogés après chaque session étaient plutôt satisfaits ou très satisfaits par la formation (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Satisfaction des internes après chaque session de formation

	F1		F2	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Êtes-vous satisfaits de la formation proposée ?				
Très satisfait	48	77,4%	22	84,6%
Plutôt satisfait	12	19,4%	4	15,4%
Peu satisfait	2	3,2%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%
Total	62	100%	26	100%

Sur une échelle de Lickert allant de 1 à 10, l'évaluation du sentiment d'auto-efficacité, ou sentiment d'aptitude concernant leur capacité à réaliser en tant qu'interlocuteur principal un entretien famille, variait de manière significative entre avant et après chaque session pédagogique :

- La moyenne du sentiment d'aptitude passe de 5,31 à 6,82 ($p < 0,01$) après F1 (**Tableau 8**).
- La moyenne du sentiment d'aptitude passe de 7,15 à 7,85 ($p < 0,01$) après F2 (**Tableau 9**).

On peut noter que parmi les internes interrogés, le sentiment d'aptitude stagne entre avant et après F1 pour 7 d'entre eux, et entre avant et après F2 pour 10 d'entre eux. Cependant, aucun interne ne présente un sentiment d'aptitude post-F1 ou post-F2 inférieur au sentiment d'aptitude pré-F1 ou pré-F2. En revanche, 3 internes présentent un sentiment d'aptitude pré-F2 inférieur à leur sentiment d'aptitude post-F1.

Tableau 8 : Sentiment d'aptitude des internes, sur une échelle de 1 à 10, avant et après F1.

	Pré-F1	Post-F1
Nombre d'internes	62	62
1er quartile	4	6
Médiane	5	7
3ème quartile	6	7,75
Somme	329	423
Moyenne	5,31	6,82
Écart type	1,52	1,17
Moyenne si acteur	NA	6,91
Moyenne si spectateur	NA	6,59

Tableau 9 : Sentiment d'aptitude des internes, sur une échelle de 1 à 10, avant et après F2.

	Pré-F2	Post-F2
Nombre d'internes	26	26
1er quartile	7	7
Médiane	7	8
3ème quartile	8	8
Somme	186	204
Moyenne	7,15	7,85
Écart type	1,01	1,05
Moyenne si acteur	7,24	7,8
Moyenne si spectateur	6,8	8

Tableau 10 : Tableau descriptif des internes ayant complété les deux formations

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	16	62%
Femme	10	38%
Total	26	100%
Âge		
21-25 ans	10	38%
26-30 ans	15	58%
31-35 ans	1	4%
36-40 ans	0	0%
Total	26	100%
Année d'internat		
1ère année	10	38%
2ème année	11	42%
3ème année	1	4%
4ème année	1	4%
FFI	1	4%
Assistant	0	0%
Docteur Junior	2	8%
Total	26	100%
DES de formation		
MIR	3	12%
DESAR	13	50%
DESMU	5	19%
Spécialités médicales	5	19%
Total	26	100%
Nombre de semestres en réanimation (médicale, chirurgicale ou polyvalente)		
0	18	69%
1	6	23%
2	0	0%
3	1	4%
4	0	0%
5	0	0%
6	1	4%
Total	26	100,00%

Tableau 11 : Expérience et antécédents de formations en entretien familles des internes ayant complété les deux formations

	Effectif	Pourcentage
Avez-vous déjà participé à des entretiens familles en tant qu'observateur ?		
Non	0	0%
Oui, < 5	1	4%
Oui, entre 5 et 10	14	54%
Oui, > 10	11	42%
Total	26	100%
Avez-vous déjà participé à des entretiens familles en tant qu'interlocuteur principal ?		
Non	6	23%
Oui, < 5	9	34,5%
Oui, entre 5 et 10	9	34,5%
Oui, > 10	2	8%
Total	26	100%
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation théorique à l'entretien famille parmi les enseignements dispensés dans votre formation de DES ?		
Non	14	54%
Oui, je l'ai trouvée très utile	7	27%
Oui, je l'ai trouvée moyennement utile	3	11%
Oui, je l'ai trouvée peu utile	2	8%
Oui, je l'ai trouvée inutile	0	0%
Total	26	100%
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation pratique à l'entretien famille parmi les enseignements dispensés dans votre formation de DES ?		
Non	14	54%
Oui, je l'ai trouvée très utile	10	38%
Oui, je l'ai trouvée moyennement utile	2	8%
Oui, je l'ai trouvée peu utile	0	0%
Oui, je l'ai trouvée inutile	0	0%
Total	26	100%
Avez-vous déjà bénéficié d'une formation à l'entretien famille lors d'un de vos stages en réanimation ?		
Non	21	80,00%
Oui, formation théorique	2	8,00%
Oui, jeu de rôle	2	8,00%
Oui, entretien avec un sénior suivi d'un débriefing	1	4,00%
Total	26	100%

Tableau 12 : Tableau comparatif des internes selon leur progression en F1

	Augmentation du sentiment d'aptitude inférieure ou égale à 1 point		Augmentation du sentiment d'aptitude supérieure ou égale à 2 points	
Âge moyen (ans)	26,82		26,79	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
DES				
DESAR	11	33,3%	15	51,7%
MIR	5	15,2%	4	13,8%
DESMU	6	18,2%	7	24,1%
Spé méd	11	33,3%	3	10,3%
Total	33	100%	29	100%
Année internat				
1e	6	18,2%	14	48,3%
2e	15	45,5%	7	24,1%
3e	4	12,1%	1	3,4%
4e	4	12,1%	4	13,8%
DJ	2	6,1%	0	0%
Assistant	1	3,0%	0	0%
FFI	1	3,0%	3	10,3%
Total	33	100%	29	100%
Expérience en tant qu'observateur (nombre d'entretiens famille)				
0	0	0,0%	0	0%
< 5	3	9,1%	6	20,7%
5 a 10	11	33,3%	15	51,7%
> 10	19	57,6%	8	27,6%
Total	33	100%	29	100%
Expérience en tant qu'interlocuteur principal (nombre d'entretiens famille)				
0	8	24,2%	10	34,5%
< 5	9	27,3%	15	51,7%
5 a 10	11	33,3%	2	6,9%
> 10	5	15,2%	2	6,9%
Total	33	100%	29	100%
Antécédent de formation théorique à l'entretien famille				
oui	14	42,4%	12	41,4%
non	19	57,6%	17	58,6%
Total	33	100%	29	100%
Antécédent de formation pratique à l'entretien famille				
oui	15	45,5%	14	48,3%
non	18	54,5%	15	51,7%
Total	33	100%	29	100%
Antécédent de stage en réanimation				
Oui	13	39,4%	6	20,7%
Non	20	60,6%	23	79,3%
Total	33	100%	29	100%

2. Résultats de l'analyse qualitative

Nous avons identifié au total 7 thèmes : « *Structure de l'entretien* », « *Recueillir les informations* », « *Explications données à la famille* », « *Attitude empathique* », « *Établir la relation avec la famille* », « *Adaptation à la famille* » et « *Compréhension de la famille* ».

Nous avons également un thème « *Cellulaire* », regroupant l'ensemble des phrases qui d'après nous ne rentraient pas dans les thèmes et dont l'analyse ne semblait pas pertinente. Ce thème aurait pu permettre au fur et à mesure de l'analyse de faire ressortir de nouveaux thèmes, ce qui n'était pas le cas ici. Dans cette étude, les éléments du thème « *cellulaire* » n'étaient donc pas analysés dans l'analyse qualitative.

L'analyse thématique du contenu des entretiens a permis de construire un arbre thématique comportant les 7 thèmes et 21 sous-thèmes décrits ci-dessous.

- **Premier thème : « *Structure de l'entretien* » :**

Débuter l'entretien en expliquant son rôle et sa fonction au sein du service dans la prise en charge du proche, et formaliser l'entretien.

- Sous-thème : « *Présentations* »

Définition = Action permettant l'identification du médecin, son rôle dans le service et dans la prise en charge du patient.

Exemple : « *Je me présente, je suis le Dr H, je suis un des médecins réanimateurs du service* », ou encore « *Bonjour, je suis l'interne qui s'occupe de votre femme* ».

- Sous-thème : « Poser un cadre »

Définition = Établir clairement les raisons de la rencontre, en décrivant la façon dont va se dérouler l'entretien.

Exemple = « *Je vais commencer par vous poser quelques questions* », et « *Donc je vais vous expliquer un peu ce qu'il vient de se passer* ».

● **Second thème : « Recueillir les informations »**

Questionnement du médecin pour obtenir les informations sur le patient, son entourage, ses antécédents, et l'histoire de la maladie, dans le but de comprendre au mieux la situation et de fournir des explications en conséquence. Les informations obtenues seront indispensables à la prise en charge médicale du patient.

- Sous-thème : « Faire connaissance avec le patient et ses proches »

Définition = Appréhender, à travers les propos des proches, la personnalité du patient, ses passions, ses activités, et la constitution de son entourage.

Faire ressortir les liens de proximité avec ses proches et identifier la personne de référence.

Exemple = « *Est-ce que votre mère vit seule ou bien euh, avec quelqu'un ?* », « *Vous êtes le mari de Mme Z ?* », ou bien encore « *Vous êtes bien de la famille de Mme Z n'est-ce pas ?* ».

- Sous-thème : « Les antécédents, le mode de vie »

Définition = Évaluer la fragilité du patient tant sur le plan médical que sur son niveau d'autonomie : Recueillir les informations en rapport avec ses problèmes de santé, ses habitudes en termes de conduites à risque, de conduites pro-actives, ses hospitalisations antérieures et son observance thérapeutique.

Exemple = « *J'avais besoin d'avoir plus d'informations aussi sur son état de santé, est-ce qu'elle a déjà eu des soucis de santé, est-ce qu'elle a déjà été hospitalisée ?* », « *Elle fume combien de cigarettes par jours ?* ».

● **Troisième thème : « Explications données à la famille »**

Information claire, loyale et complète, délivrée à la famille, sur l'état de santé du proche.

- Sous-thème : « Factuel »

Définition = Toute énonciation ayant un but uniquement informatif.

Exemple = « *Mais le massage cardiaque ça ne remplace pas la fonction du cœur* », « *En effet ce qu'il s'est passé c'est qu'elle a bien présenté un arrêt cardiaque lors de l'effort avec vous* ».

- Sous-thème : « Gravité, pronostic »

Définition = Communiquer aux proches la notion de sévérité de l'épisode actuel.

Exemple = « *Je ne vous cache pas que la situation est malheureusement assez grave et assez importante* », ou « *C'est pour ça que la situation est assez grave, et il faut bien le comprendre* ».

- Sous-thème : « Soins entrepris, soins en cours, et soins à venir »

Définition = Expliciter aux proches le projet de soins lors du séjour en réanimation.

Exemple = « *Pour protéger son cerveau on l'a mise en hypothermie afin d'aider son cerveau, afin d'éviter qu'il y ait des séquelles trop importantes* », ou bien « *Là, ce qu'il s'est passé c'est qu'elle a eu un stent sur une des coronaires, celle qui était bouchée* ».

- Sous-thème : « Temporalité des soins »

Définition = Donner aux proches les principales échéances, établir un calendrier du parcours de soins.

Exemple = « *Du coup demain on va lever les sédations* », « *On se laisse 24h, on laissera le temps qu'il faudra, et ça peut prendre plusieurs jours* ».

- **Quatrième thème : « Attitude empathique »**

Capacité à comprendre et identifier les sentiments des proches, leur signification, et communiquer sur cette compréhension afin d'agir sur les proches de manière thérapeutique.

- Sous-thème : « Lutter contre le désespoir »

Définition = Permettre à la famille d'adhérer aux soins en cours, en attendant d'avoir évalué de façon certaine le pronostic du patient.

Exemple = « *Elle a eu de la chance dans son malheur, car des gens ont eu la bonne attitude à ce moment-là et elle a eu un massage cardiaque* », ou « *Ce qui joue en la faveur de votre épouse c'est que le cœur s'est arrêté très peu de temps et elle a été massée* ».

- Sous-thème : « Déculpabilisation »

Définition = Savoir reconnaître et désamorcer le sentiment de culpabilité chez les proches témoins de l'arrêt cardiaque.

Exemple = « *N'ayez aucune culpabilité, vous avez très bien réagi, les secours sont arrivés vite, tout a été fait au maximum pour elle* », « *C'est tout à fait normal d'avoir réagi comme ça, quand on voit son proche s'effondrer, de ne pas savoir quoi faire* ».

- Sous-thème : « Légitimer »

Définition = Identifier les émotions transmises par la famille, les nommer et normaliser leur existence.

Exemple = « *Je comprends bien que la situation est triste et c'est tout à fait normal* », ou bien « *C'est une situation qui est grave, donc c'est normal que vous soyez inquiet, c'est tout à fait légitime, donc n'hésitez pas à poser toutes les questions, et à m'interrompre quand vous le souhaitez* ».

- **Cinquième thème : « *Établir la relation avec la famille* »**

Poser les bases dès le premier entretien d'une alliance thérapeutique soignant/proche.

- Sous-thème : « *Savoir avouer à la famille son incertitude* »

Définition = Transmettre à la famille l'incapacité à ce stade de prédire l'évolution du patient, par manque de recul sur la situation, et être transparent sur l'impossibilité de répondre à certaines questions.

Exemple = « *Pour l'instant on ne peut absolument pas prévoir comment ça va se passer* », « *Là pour l'instant je ne peux pas vous dire comment sera son réveil, je ne peux pas vous dire* ».

- Sous-thème : « *Écoute active et validation de la personne en face* »

Définition = Témoigner de son attention et de son intérêt pour les proches, à travers une écoute thérapeutique (par des techniques telles que l'écho, le reflet).

Exemple = « *Exactement, c'est ce qui était la cause de sa perte de connaissance* », « *Oui bien sûr, pas de problème* ».

- Sous-thème : « *Générer un climat de confiance* »

Définition = Assurer la famille de notre honnêteté et notre transparence concernant les informations qui seront délivrées.

Exemple = « *Et, je suis très transparent avec vous, je n'ai pas envie de vous cacher des informations, je vous dis ce qu'il en est* », « *Mais en fait c'est la vérité* ».

- Sous-thème : « Disponibilité et poursuite de l'information »

Définition = Témoigner de la présence de l'équipe tout au long du séjour pour les accompagner, répondre à leurs besoins et à leurs questionnements.

Exemple = « *Je vous laisse revenir vers moi dans ce cas, après si vous avez besoin une fois que vous l'aurez vu, si vous avez d'autres questions, ou pas d'ailleurs, je suis à votre disposition* », « *Nous on restera disponibles, on est en permanence dans le service, il y a une présence permanente, vous pouvez appeler, c'est vous qui voyez* ».

● **Sixième thème : « Adaptation à la famille »**

Mobiliser ses capacités pour apporter un discours compréhensible par les proches, et leur permettre d'appréhender le quotidien d'un service de réanimation.

- Sous-thème : « Vulgarisation »

Définition = Utiliser un vocabulaire adapté, et illustrer ses propos par des exemples, des analogies, des métaphores.

Exemple = « *Le cœur c'est vraiment la pompe centrale, et si le moteur lâche, malheureusement toutes les pièces à côté souffrent aussi* », « *Ça veut dire qu'elle est sous médicaments, et comme en anesthésie on l'a endormie* ».

- Sous-thème : « Préparation à l'environnement »

Définition = Décrire l'hyper-technicité et le contenu d'une chambre de réanimation.

Exemple = « *Et aussi, c'est un environnement assez technique, il y a beaucoup d'appareils, beaucoup de perfusions, il faut que vous soyez*

préparé, c'est normal, il y a beaucoup de perfusions donc voilà », et « Il y aura un tube dans sa bouche qui respire à sa place, et il y aura pas mal de fils un peu partout ».

- Sous-thème : « Activer les ressources du service »

Définition = Informer et mettre à disposition les moyens de support disponibles dans le service.

Exemple = « *Si vous le souhaitez je peux vous donner les coordonnées de la psychologue du service, qui pourra peut-être vous aider à discuter des éléments que vous n'avez peut-être pas bien compris* », « *Si vous voulez on a une équipe de psychologues à qui vous pouvez parler si vous le souhaitez, et également s'il y a d'autres membres de la famille à informer* ».

● **Septième thème : « Compréhension de la famille »**

S'assurer de la perception d'une information claire, rechercher ainsi que répondre aux questions éventuelles.

- Sous-thème : « Vérifier la compréhension »

Définition = Interroger les proches sur les informations retenues, comprises, les faire reformuler afin de s'assurer de la transmission des principaux messages.

Exemple = « *Vous comprenez ça ?* », « *Qu'est-ce que vous avez compris là pour l'instant jusqu'ici ?* ».

- Sous-thème : « Rechercher les questions »

Définition = Interroger les éventuels questionnements apparus lors de l'entretien.

Exemple = « *Est-ce que vous avez d'autres questions ?* », ou « *Est ce que vous avez des questions complémentaires ?* ».

- Sous-thème : « Perception initiale de la situation »

Définition = Quelles sont les informations dont dispose la famille au moment où débute l'entretien ?

Exemple = « *Est ce que vous sauriez m'expliquer avec vos mots à vous déjà ce que vous avez compris de la situation concernant votre épouse ?* », et « *Est ce que vous avez compris un peu ce qu'il s'est passé, et pourquoi elle est chez nous actuellement ?* ».

Tableau 13 : Fréquences d'occurrence des différents thèmes et sous-thèmes pour les entretiens de la 1^{ère} formation.

Thèmes et sous-thèmes	Entretien F1 N°1	Entretien F1 N°2	Entretien F1 N°3	Entretien F1 N°4	Entretien F1 N°5	Entretien F1 N°6	Entretien F1 N°7	Entretien F1 N°8	Entretien F1 N°9	Entretien F1 N°10	Entretien F1 N°11	Entretien F1 N°12	Entretien F1 N°13	Entretien F1 N°14	Entretien F1 N°15	Total
Structure de l'entretien	1,59 %	1,56 %	3,92 %	4,2 %	2,17 %	4,35 %	2,14 %	2,5 %	6,56 %	2,59 %	2,63 %	1,59 %	2,2 %	4,96 %	2,67 %	2,89 %
Présentations	0,79 %	0,78 %	0,65 %	0,84 %	1,09 %	0,72 %	0,71 %	0,62 %	1,64 %	0,52 %	0,88 %	0,53 %	1,1 %	0,83 %	0,67 %	0,76 %
Poser un cadre	0,79 %	0,78 %	3,27 %	3,36 %	1,09 %	3,62 %	1,43 %	1,88 %	4,92 %	2,07 %	1,75 %	1,06 %	1,1 %	4,13 %	2 %	2,13 %
Recueillir les informations	3,17 %	0 %	0 %	0 %	2,17 %	0 %	0,71 %	0 %	0 %	3,63 %	0 %	0,53 %	9,89 %	1,65 %	0,67 %	1,37 %
Faire connaissance avec le patient et ses proches	0,79 %	0 %	0 %	0 %	2,17 %	0 %	0,71 %	0 %	0 %	3,63 %	0 %	0,53 %	2,2 %	1,65 %	0,67 %	0,86 %
Les antécédents, le mode de vie	3,17 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	9,89 %	0 %	0 %	0,66 %
Explications données à la famille	15,87 %	17,97 %	16,99 %	19,33 %	16,3 %	18,84 %	14,29 %	20 %	21,31 %	11,92 %	19,3 %	10,58 %	12,09 %	16,53 %	20,67 %	16,46 %
Factuel	5,56 %	7,03 %	4,58 %	5,88 %	5,43 %	5,07 %	2,86 %	9,38 %	8,2 %	3,63 %	3,51 %	5,82 %	4,4 %	3,31 %	6 %	5,32 %
Gravité, pronostic	2,38 %	4,69 %	5,23 %	9,24 %	5,43 %	2,17 %	3,57 %	5,62 %	9,84 %	1,55 %	3,51 %	3,17 %	2,2 %	6,61 %	7,33 %	4,56 %
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	3,97 %	5,47 %	5,88 %	7,56 %	5,43 %	9,42 %	8,57 %	6,88 %	6,56 %	6,74 %	13,16 %	3,7 %	7,69 %	6,61 %	8,67 %	6,99 %
Temporalité des soins	5,56 %	3,12 %	3,27 %	3,36 %	3,26 %	5,07 %	3,57 %	1,88 %	1,64 %	2,59 %	7,89 %	1,59 %	3,3 %	4,13 %	6,67 %	3,75 %
Attitude empathique	3,17 %	10,16 %	4,58 %	3,36 %	4,35 %	2,17 %	5,71 %	4,38 %	1,64 %	5,18 %	2,63 %	6,88 %	2,2 %	1,65 %	8 %	4,71 %
Lutter contre le désespoir	3,17 %	4,69 %	1,96 %	0,84 %	3,26 %	2,17 %	3,57 %	2,5 %	1,64 %	2,59 %	0,88 %	6,35 %	1,1 %	0 %	6 %	2,94 %
Déculpabilisation	0 %	5,47 %	0,65 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0,56 %
Légitimer	0 %	2,34 %	2,61 %	2,52 %	1,09 %	0 %	2,14 %	1,88 %	0 %	2,07 %	1,75 %	0,53 %	1,1 %	1,65 %	0 %	1,37 %
Etablir la relation avec la famille	17,46 %	12,5 %	12,42 %	11,76 %	14,13 %	13,04 %	13,57 %	7,5 %	9,84 %	12,95 %	13,16 %	12,7 %	12,09 %	15,7 %	8,67 %	12,46 %
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,79 %	1,56 %	4,58 %	2,52 %	2,17 %	3,62 %	5 %	1,88 %	3,28 %	3,11 %	4,39 %	2,65 %	2,2 %	4,13 %	1,33 %	2,89 %
Ecoute active et la validation de la personne en face	11,11 %	3,91 %	1,96 %	3,36 %	7,61 %	3,62 %	4,29 %	2,5 %	6,56 %	3,63 %	1,75 %	4,76 %	7,69 %	7,44 %	3,33 %	4,61 %
Générer un climat de confiance	2,38 %	5,47 %	6,54 %	5,04 %	3,26 %	5,8 %	4,29 %	2,5 %	1,64 %	6,74 %	4,39 %	3,7 %	2,2 %	4,96 %	3,33 %	4,35 %
Disponibilité et poursuite de l'information	5,56 %	1,56 %	0,65 %	3,36 %	4,35 %	4,35 %	2,86 %	0,62 %	0 %	1,55 %	2,63 %	2,12 %	0 %	2,48 %	0,67 %	2,18 %
Adaptation à la famille	4,76 %	3,91 %	7,84 %	5,88 %	4,35 %	6,52 %	8,57 %	11,25 %	3,28 %	6,74 %	7,02 %	14,29 %	5,49 %	2,48 %	2,67 %	6,84 %
Vulgarisation	3,97 %	3,12 %	3,92 %	2,52 %	1,09 %	3,62 %	6,43 %	6,88 %	1,64 %	2,59 %	2,63 %	6,35 %	5,49 %	1,65 %	2,67 %	3,85 %
Préparation à l'environnement	0 %	0,78 %	4,58 %	3,36 %	1,09 %	2,17 %	2,14 %	3,75 %	3,28 %	3,63 %	3,51 %	8,47 %	0 %	0 %	0 %	2,73 %
Activer les ressources du service	0,79 %	0 %	0 %	0 %	2,17 %	0,72 %	0 %	0,62 %	0 %	0,52 %	0,88 %	0 %	0 %	0,83 %	0 %	0,41 %
Compréhension de la famille	1,59 %	1,56 %	1,96 %	0,84 %	3,26 %	1,45 %	1,43 %	2,5 %	3,28 %	4,66 %	0,88 %	1,06 %	2,2 %	3,31 %	2,67 %	2,18 %
Vérifier la compréhension	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,62 %	1,64 %	2,07 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,3 %
Rechercher les questions	0,79 %	0,78 %	0,65 %	0 %	2,17 %	0 %	0,71 %	1,25 %	0 %	1,04 %	0 %	0 %	1,1 %	0,83 %	1,33 %	0,71 %
Perception initiale de la situation	0,79 %	0,78 %	1,31 %	0,84 %	1,09 %	1,45 %	0,71 %	0,62 %	1,64 %	2,07 %	0,88 %	1,06 %	1,1 %	2,48 %	1,33 %	1,22 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %									

Tableau 14 : Fréquences d'occurrence des différents thèmes et sous-thèmes pour les entretiens de la 2^{ème} formation.

Thèmes et sous-thèmes	Entretien F2 N°1	Entretien F2 N°2	Entretien F2 N°3	Entretien F2 N°4	Entretien F2 N°5	Entretien F2 N°6	Total
Structure de l'entretien	3,55 %	2,46 %	3,36 %	6 %	2,46 %	3,57 %	3,29 %
Présentations	0,71 %	0,49 %	0,84 %	1 %	0,49 %	1,19 %	0,71 %
Poser un cadre	2,84 %	1,97 %	2,52 %	5 %	1,97 %	2,38 %	2,59 %
Recueillir les informations	3,55 %	0,49 %	0 %	0 %	2,46 %	1,19 %	1,41 %
Faire connaissance avec le patient et ses proches	2,13 %	0,49 %	0 %	0 %	2,46 %	1,19 %	1,18 %
Les antécédents, le mode de vie	1,42 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,24 %
Explications données à la famille	17,73 %	17,24 %	18,49 %	18 %	13,3 %	19,05 %	16,82 %
Factuel	9,22 %	5,91 %	8,4 %	2 %	5,91 %	3,57 %	6,12 %
Gravité, pronostic	1,42 %	1,48 %	3,36 %	5 %	1,97 %	3,57 %	2,47 %
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	7,09 %	12,32 %	10,08 %	6 %	5,42 %	7,14 %	8,24 %
Temporalité des soins	4,26 %	3,45 %	1,68 %	6 %	2,46 %	4,76 %	3,53 %
Attitude empathique	4,26 %	4,43 %	4,2 %	7 %	6,4 %	2,38 %	4,94 %
Lutter contre le désespoir	3,55 %	3,94 %	2,52 %	3 %	4,93 %	1,19 %	3,53 %
Déculpabilisation	0 %	0,99 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,24 %
Légitimer	0,71 %	0,49 %	1,68 %	4 %	1,48 %	1,19 %	1,41 %
Etablir la relation avec la famille	11,35 %	15,27 %	7,56 %	13 %	12,81 %	13,1 %	12,47 %
Savoir avouer à la famille son incertitude	2,13 %	1,97 %	2,52 %	4 %	2,96 %	4,76 %	2,82 %
Ecoute active et la validation de la personne en face	3,55 %	7,88 %	2,52 %	5 %	3,45 %	4,76 %	4,71 %
Générer un climat de confiance	7,09 %	3,45 %	2,52 %	5 %	5,91 %	4,76 %	4,82 %
Disponibilité et poursuite de l'information	0,71 %	3,45 %	0,84 %	2 %	2,46 %	1,19 %	2 %
Adaptation à la famille	4,26 %	4,43 %	10,92 %	3 %	7,88 %	4,76 %	6 %
Vulgarisation	3,55 %	3,94 %	6,72 %	3 %	6,4 %	1,19 %	4,47 %
Préparation à l'environnement	0,71 %	0,49 %	5,88 %	0 %	1,48 %	3,57 %	1,76 %
Activer les ressources du service	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Compréhension de la famille	2,13 %	1,48 %	1,68 %	1 %	2,46 %	4,76 %	2,12 %
Vérifier la compréhension	0,71 %	0,49 %	0 %	0 %	1,48 %	0 %	0,59 %
Rechercher les questions	0,71 %	0,49 %	0,84 %	0 %	0 %	2,38 %	0,59 %
Perception initiale de la situation	0,71 %	0,49 %	0,84 %	1 %	0,99 %	2,38 %	0,94 %
Total	100 %	100 %					

Tableau 15 : Fréquences d'occurrence globales des différents thèmes et sous-thèmes sur l'ensemble des entretiens pour F1 et F2

Thèmes et sous-thèmes	Fréquences d'occurrences globales en F1	Fréquences d'occurrences globales en F2
Structure de l'entretien	2,89 %	3,29 %
Présentations	0,76 %	0,71 %
Poser un cadre	2,13 %	2,59 %
Recueillir les informations	1,37 %	1,41 %
Faire connaissance avec le patient et ses proches	0,86 %	1,18 %
Les antécédents, le mode de vie	0,66 %	0,24 %
Explications données à la famille	16,46 %	16,82 %
Factuel	5,32 %	6,12 %
Gravité, pronostic	4,56 %	2,47 %
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	6,99 %	8,24 %
Temporalité des soins	3,75 %	3,53 %
Attitude empathique	4,71 %	4,94 %
Lutter contre le désespoir	2,94 %	3,53 %
Déculpabilisation	0,56 %	0,24 %
Légitimer	1,37 %	1,41 %
Etablir la relation avec la famille	12,46 %	12,47 %
Savoir avouer à la famille son incertitude	2,89 %	2,82 %
Ecoute active et la validation de la personne en face	4,61 %	4,71 %
Générer un climat de confiance	4,35 %	4,82 %
Disponibilité et poursuite de l'information	2,18 %	2 %
Adaptation à la famille	6,84 %	6 %
Vulgarisation	3,85 %	4,47 %
Préparation à l'environnement	2,73 %	1,76 %
Activer les ressources du service	0,41 %	0 %
Compréhension de la famille	2,18 %	2,12 %
Vérifier la compréhension	0,3 %	0,59 %
Rechercher les questions	0,71 %	0,59 %
Perception initiale de la situation	1,22 %	0,94 %
Total	100 %	100 %

En F1, sur l'ensemble du codage, le coefficient Kappa d'accord inter-juge non pondéré global entre MB et JC est de 0,83, soit un accord inter-juge excellent (**Annexe 3-1**). Entre CD et JC, il est de 0,80, soit un accord inter-juge bon (**Annexe 3-2**). Enfin, entre MB et CD, il est de 0,82, soit un accord inter-juge excellent (**Annexe 3-3**).

En F2, sur l'ensemble du codage, le coefficient Kappa d'accord inter-juge non pondéré global entre MB et JC est de 0,84, soit un accord inter-juge excellent (**Annexe 3-4**). Entre CD et JC, il est de 0,82, soit un accord inter-juge excellent (**Annexe 3-5**). Enfin, entre MB et CD, il est de 0,80, soit un accord inter-juge bon (**Annexe 3-6**).

Lors de la création de l'arbre thématique, la saturation des données (moment de la recherche ou toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément nouveau à la compréhension du phénomène) avait pu être atteinte avec les 15 entretiens disponibles en F1 pour le premier scénario. Le même arbre thématique était utilisé pour l'analyse des entretiens F2, sans que les données de ces entretiens ne fassent émerger de nouveaux thèmes ou sous-thèmes. On peut donc supposer que la saturation des données était également atteinte pour les entretiens de F2. Cependant, afin de mettre en évidence une tendance à une évolution sur les fréquences d'occurrence des différents thèmes et sous-thèmes, nous voulions disposer également de 15 entretiens en F2, et ce nombre n'a pas encore été atteint. Seuls les entretiens du premier scénario ont été analysés pour le moment, le reste des données sera traité ultérieurement.

A noter qu'aucune méthode statistique ne permet de vérifier si les différences observées au niveau des fréquences d'occurrence sont significatives ou non.

Les thèmes rencontrés étaient, par ordre décroissant :

« Explications données à la famille »

« Établir la relation avec la famille »

« Adaptation à la famille »

« Attitude empathique »

« Structure de l'entretien »

« Compréhension de la famille »

« Recueillir les informations ».

Quand on compare les fréquences d'occurrence des différents thèmes, il ne semble pas y avoir de différences importantes entre la 1^{ère} session de formation et la 2^{ème} session (**Tableau 15**).

Discussion

Le Dr J. Randall Curtis a élaboré en 2000 « La conduite à tenir en pratique pendant un entretien famille en réanimation » (34) (**Annexe 4**). Cette conduite à tenir, élaborée à partir de travaux réalisés sur des entretiens en réanimation (35–37), a apporté un éclairage sur le contenu attendu d'un entretien entre l'équipe soignante et les proches. Les thèmes et les sous-thèmes retrouvés dans le contenu des entretiens simulés de notre étude apparaissent comme des éléments essentiels d'un entretien famille bien mené. Bien que la plupart des internes n'aient pas eu de formation préalable pratique et/ou théorique à l'entretien famille, tous avaient déjà assisté à des entretiens avec un sénior. De ce fait, il semble que cela leur ait permis de maîtriser les “bases” d'un entretien famille.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude s'intéressant au contenu thématique d'entretiens famille réels ni simulés. Nous n'avons donc pas d'antériorité dans la littérature pour guider nos attentes en termes de résultats.

Néanmoins, nous nous serions attendus à mettre en évidence des différences entre les fréquences d'occurrences des différents thèmes et sous-thèmes entre F1 et F2, preuves d'un impact de notre formation. Cependant, nos résultats préliminaires ne retrouvent pas de différence.

Nous nous serions attendus à voir apparaître des différences notamment pour les thèmes et sous-thèmes sous-représentés et qui ne possèdent pas d'occurrence dans tous les entretiens, comme par exemple : « Recueillir les informations »,

« Compréhension de la famille », « Vérifier la compréhension », « Rechercher les questions », « Déculpabilisation », et « Activer les ressources du service ».

On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles nos résultats sont négatifs.

Premièrement, il s'agit de résultats préliminaires, l'effectif de 15 entretiens en F2 n'a pas été atteint. L'étude se poursuit et les résultats définitifs sont attendus d'ici deux ans.

Deuxièmement, notre étude souffre de plusieurs biais au niveau méthodologique.

Les internes ayant participé en tant qu'acteur et dont le discours a été analysé en F1 n'étaient pas forcément acteurs lors de la deuxième séance. Ceux qui étaient acteurs lors des deux séances ne passaient pas sur le même scénario et ce à des fins pédagogiques. Il aurait été potentiellement plus facile de montrer des différences dans les contenus des discours en faisant intervenir les mêmes internes en F1 et F2 sur les mêmes scénarios.

A noter également un fort taux d'absentéisme en deuxième session qui a pu impacter les résultats globaux. En effet, seulement 42% des internes formés ont bénéficié des deux sessions de formation.

Quand on s'intéresse spécifiquement aux internes ayant complété les deux formations, et qu'on les compare à notre population générale, il ne semble pas y avoir de différences importantes. La satisfaction en F1 des étudiants ayant complété les deux formations est similaire à celle des étudiants n'ayant participé qu'à F1. De ce fait, l'absentéisme à la deuxième session ne semble pas être en lien avec la formation,

mais plutôt avec le planning des internes et leur présence en stage limitée par les journées de formation, les repos de garde et les congés. Il s'agit là d'une des limites de notre modèle de formation "in situ".

De plus, dans de rares cas, certains internes présents sur site le jour de la formation n'ont pas pu y assister à cause d'une charge de travail importante au sein du service, rendant leur présence auprès des patients indispensable.

Nous avons essayé de limiter au maximum ce biais en programmant le plus tôt possible nos venues et en validant ces dates avec les services 3 mois avant. Nous avons évité les jours habituellement consacrés aux cours de DES, et les périodes usuelles de congés. Nous avons favorisé l'organisation des séances de formation l'après-midi afin de ne pas concurrencer le tour médical matinal.

Le caractère "in situ" de la formation nous a également imposé d'autres contraintes qui ont pu diminuer l'immersion des internes dans la réalisation du jeu de rôle.

Premièrement, nous avons subi des interruptions multiples et variées, comme des sonneries du téléphone d'avis, ou encore des ouvertures de portes par l'équipe paramédicale du service à la recherche d'un interne pour telle ou telle mission. Les internes semblaient eux-mêmes parfois moins disponibles pour une session pédagogique quand on percevait une activité lourde au sein du service. Il nous a semblé à ce moment-là que certains internes étaient préoccupés par la charge de travail devant être rattrapée à l'issue de la formation (certains rédigeaient des courriers jusqu'au début imminent de la formation, listaient leurs tâches résiduelles, etc.).

Deuxièmement, la salle allouée pour la formation était variable selon les services (salle de staff à l'écart du service, bureau des internes au sein du service, etc.). Son agencement en salle d'entretien était plus ou moins possible selon le matériel

disponible et la surface de la salle. Nous avons essayé de reproduire le plus fidèlement possible l'agencement de la salle d'entretien du service (avec ou sans table par exemple, disposition des chaises, etc.).

Troisièmement, par souci de simplicité d'organisation (absence d'utilisation de matériel de retransmission vidéo, une seule salle nécessaire), le jeu de rôle se déroulait devant les organisateurs de l'étude et devant les autres internes, ce qui a pu être également un frein au réalisme et à l'immersion.

En outre, nous avons pu interférer de manière involontaire dans le contenu des entretiens, amenant une nouvelle limite à l'objectivité de notre analyse. En effet, les entretiens réalisés étaient des entretiens ouverts, menés par l'apprenant, avec en face de lui un interlocuteur issu du domaine médical avec une expérience en réanimation. Cela aurait pu avoir tendance à amener des modifications de discours chez les internes, avec un défaut de simplification et de vulgarisation des explications techniques.

Néanmoins, nous avons joué le rôle de proche en essayant d'adopter un comportement et un questionnement le plus proche possible d'une famille de patients. Il est probable également que nous ayons interféré de manière involontaire dans le contenu de l'entretien de l'interne, en l'orientant par des questions et/ou réactions afin de l'amener à exprimer plus d'empathie, à préparer la visite en chambre, etc. Cette attitude bienveillante, visant à aider les internes en difficulté, a forcément interféré sur le contenu des entretiens, et n'est pas retranscrite dans l'analyse thématique. On peut citer comme exemple une situation où le facilitateur pose la question suivante : « Est-ce que je peux aller la voir ? ». Cette situation peut induire une majoration artificielle du sous-thème « Préparation à l'environnement » et accélérer la fin de l'entretien.

Ce biais aurait pu être évité en faisant appel à des acteurs (sélectionnés parmi des volontaires étrangers au domaine médical), afin de jouer la famille lors des entretiens. Cependant, nous aurions dû faire appel régulièrement à de nouveaux acteurs, ou alors les exclure des moments de feedback, afin de ne pas influencer les futurs entretiens. Le coût engendré aurait été alors majoré et l'entreprise rendue bien plus compliquée.

Nous avons également utilisé, pour l'analyse thématique, les entretiens ayant servi à la formation des internes. Nous aurions pu obtenir des résultats potentiellement plus objectifs en utilisant un 4ème scénario, sans feedback, uniquement utilisé pour l'analyse thématique. Néanmoins, cela aurait d'une part augmenté le temps de la formation, et d'autre part conféré à celle-ci un caractère évaluatif.

Le choix pédagogique peut également en partie expliquer notre absence de résultat. En effet, le temps de débriefing est normalement un élément constitutif essentiel de l'apprentissage par la simulation, comme le rappelle l'HAS (27,38).

Le débriefing est défini par Pastré comme « toutes les séquences qui ont pour but, après l'action, d'amener les apprenants à une analyse réflexive (et rétrospective) de leur propre activité » (39). Il représente une « réflexion guidée ou facilitée durant un cycle d'apprentissage expérientiel » (40). Il permet d'explorer les schémas de pensée des apprenants, afin de déconstruire les schémas de pensée erronés (et ainsi reconstruire de nouveaux schémas de pensée), et de valider les schémas de pensée corrects. Réaliser un débriefing permet une amélioration des connaissances, de l'habilité, des comportements et du sentiment d'aptitude par rapport à une formation sans débriefing (41–43).

Au décours de notre formation, nous avons fourni aux internes un feedback, un retour d'expérience de la part de l'acteur ayant participé à la simulation, et des deux observateurs extérieurs. Le feedback correspond à un « message spécifique, basé sur l'observation de l'étudiant en train d'effectuer une tâche professionnelle et communiqué à l'étudiant dans l'intention de l'informer et de lui offrir une opportunité pour améliorer sa performance ». Dans le feedback, l'étudiant a donc un rôle passif, alors qu'il est actif pendant un débriefing (44,45).

L'utilisation de feedback plutôt que d'un débriefing a pu être un frein à l'impact de notre formation. Néanmoins, les feedbacks dans notre formation étaient donnés par un médecin réanimateur et une psychologue, tous deux experts en entretien famille en réanimation, permettant ainsi de faire des retours tant sur le plan médical que sur le savoir être, la posture, le langage non verbal, etc.

De plus, le contenu du feedback dispensé aux internes à la fin de chaque scénario pouvait différer en fonction de leurs performances, mais aussi de leurs questionnements. Il est donc possible qu'en fonction du déroulé des sessions F1, le contenu de notre feedback et les points sur lesquels nous avons insisté aient été différents. On pourrait imaginer réaliser une formation standardisée, en s'assurant de délivrer dans les centres des messages clés relativement similaires, ou encore remettre à l'issue de la formation un document écrit sur "comment bien mener un entretien famille".

Nous avons uniquement analysé les verbatims des entretiens réalisés. Les simulations n'étaient pas filmées. De ce fait, le langage non verbal ou visuel (correspondant à l'attitude, les expressions du visage et le langage corporel) n'était pas pris en compte dans l'analyse. Et du fait des limites inhérentes à la retranscription, le langage vocal

(correspondant au ton de la voix et aux intonations) était difficilement pris en compte. Seul le langage verbal (signification et sens donnés aux mots) était étudié. Selon Albert Merhabian, le langage verbal correspond à 7% de la communication, le langage vocal à 38% et le langage corporel à 55% : c'est la règle des 3V, évoquée en 1967 (47,48). Cette règle est décriée depuis. Néanmoins, en communication, l'importance du langage non verbal est établie. Notre étude ne s'intéresse de ce fait qu'à une partie du langage des étudiants. Il est donc possible que des différences soient présentes entre F1 et F2 sur des éléments de langage non verbal et vocal.

Enfin, nous pouvons également questionner le choix de la fréquence d'occurrence comme variable la plus pertinente à étudier. En effet, la fréquence d'occurrence de chaque thème ou sous-thème va dépendre par exemple de la longueur de l'entretien, du nombre total de phrases dans l'entretien, et de l'occurrence des autres thèmes et sous-thèmes. Afin de mettre en évidence plus facilement des différences entre F1 et F2, peut-être serait-il plus judicieux de vérifier l'occurrence des différents thèmes et sous-thèmes dans chaque entretien et non de raisonner en pourcentage d'occurrence global.

Malgré ces limites et ces biais méthodologiques, notre étude comporte tout de même plusieurs points forts.

On peut citer premièrement la facilité de mise en place de ce type de formation, qui nécessite peu de ressources. Il suffit de mettre à disposition une salle, et d'avoir des internes et des formateurs (un médecin réanimateur, un psychologue, un acteur/facilitateur) disponibles pendant deux heures. Depuis 2022, la présence d'un

psychologue au sein d'une unité de soins critique étant obligatoire (46), et leur formation incluant également les jeux de rôle, il semble facile de les intégrer dans ce type de projet local. Les coûts financiers et humains sont donc faibles.

Deuxièmement, ce type de formation semble avoir un impact positif sur la confiance en soi des internes.

Quand on les interroge, les internes ressentent une progression après une seule séance de formation. En effet, une majorité des internes s'est sentie plus légitime, avec plus de facilités à réaliser des entretiens, et moins de stress à l'idée de mener un entretien famille, à l'issue de F1. Les acquis semblent se mettre en place rapidement, il serait donc intéressant d'organiser ce type de formation le plus tôt possible pendant le semestre. Ainsi, les internes formés disposeraient de plus de temps après la formation pour avoir la possibilité de participer à des entretiens et de mettre en pratique leurs connaissances nouvellement acquises. Cela permettrait également d'organiser des séances supplémentaires, ce qui pourrait les aider à se sentir encore plus à l'aise dans ce domaine.

Après chaque session de formation, la quasi-totalité des internes estime avoir appris au moins de manière satisfaisante, et pouvoir être plus performante à l'avenir. Le sentiment d'aptitude des internes, correspondant à une auto-évaluation de leur capacité à réaliser en tant qu'interlocuteur principal un entretien famille, augmente de façon significative après chaque formation. De plus, cette progression du sentiment d'aptitude semble se maintenir à 1 mois de la première formation.

Cette augmentation significative du sentiment d'aptitude est importante selon nous. Si l'on se réfère à la théorie de l'auto-efficacité selon A. Bandura (49–52), la perception qu'a un individu de ses capacités à exécuter une activité détermine son mode de pensée, son niveau de motivation et ses comportements. Plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé. Les personnes vont donc naturellement chercher à éviter les activités qu'elles perçoivent comme menaçantes, et vont plus facilement s'engager à exécuter des activités qu'elles se sentent aptes à accomplir. Le fait d'avoir mené cette formation de façon bienveillante, et d'avoir engendré une augmentation du sentiment d'auto-efficacité des internes, leur a certainement permis de prendre confiance et les encouragera à diriger d'autres entretiens familles à l'avenir pour leur permettre de continuer à progresser.

Même pour les internes ayant observé la formation, et n'ayant pas participé au jeu de rôle, l'organisation de ces formations permet d'augmenter la confiance en soi et le sentiment d'aptitude. En effet, toujours selon A. Bandura, l'apprentissage vicariant permet d'apprendre en observant le comportement des autres et les conséquences de leurs actions. L'apprentissage vicariant intervient en complément de l'apprentissage direct. Ainsi, apprendre par l'observation permet aux individus d'acquérir des compétences sans nécessairement avoir à les expérimenter. Dans notre étude, le sentiment d'aptitude semble augmenter de façon similaire, que l'interne ait été acteur ou bien spectateur.

Enfin, la satisfaction globale des étudiants ayant participé à l'étude est élevée. On peut comparer ces résultats sur la satisfaction à une thèse réalisée en 2022 sur le thème

« Efficacité d'une formation des internes de phase socle à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par le jeu de rôle en santé : expérience du dispositif « ADIAMED » de l'UFR3S Médecine Lille ». Ce sujet présente l'avantage de parler d'une thématique proche de la nôtre, et de s'adresser également à des étudiants Lillois. Au décours de cette formation, 65% des étudiants se déclaraient complètement satisfaits, et 32% très satisfaits vis-à-vis de la formation proposée (53).

La satisfaction des étudiants semble donc similaire à celle retrouvée au décours d'une formation en centre de haute-fidélité.

Nous nous sommes intéressés de manière plus précise aux deux seuls internes ayant répondu qu'ils étaient « peu satisfait » par la formation en F1.

Le premier étudiant concerné est un interne de médecine d'urgence, qui était Docteur Junior au moment de notre intervention. Il a assisté aux deux séances en tant que spectateur. Il n'avait bénéficié d'aucune formation sur cette thématique (pratique ou théorique), et ne se sentait pas vraiment capable ni formé pour la réalisation d'entretiens famille. Il ne se sentait pas non plus particulièrement stressé à l'idée de réaliser des entretiens en tant qu'interlocuteur principal. A l'issue de F1, son sentiment d'aptitude n'a pas évolué et est resté à 6. Après la formation, il n'a pas trouvé plus facile de réaliser des entretiens famille, ne s'est pas senti plus légitime ni moins stressé, et n'a pas eu l'occasion de mettre en pratique entre les deux séances. Son sentiment d'aptitude est resté stable entre avant et après F2 avec un score à 7, mais il était plus satisfait qu'après F1.

Le deuxième étudiant concerné est un interne de médecine interne, qui était en 4^{ème} année au moment de la formation. Il avait pu bénéficier au cours de son internat d'une formation théorique mais pas d'une formation pratique. Il a participé à F1 en tant

qu'acteur, et n'était pas présent pendant F2. Avant la formation, il se sentait plutôt capable de réaliser des entretiens famille, ne se sentait pas stressé, mais insuffisamment formé pour cet exercice. Son sentiment d'aptitude passait cependant de 4 à 5 entre avant et après F1.

Effectivement, ces deux étudiants avaient une faible satisfaction après la formation, en tout cas à l'issue de F1. Ils étaient tous les deux âgés de 30 ans ou presque, et leur internat était déjà bien avancé, ce qui peut expliquer en partie leur faible satisfaction, cette formation étant peut-être plus adaptée pour de jeunes internes. Ce sont également deux internes qui, de par leur cursus, ne seront pas amenés à exercer dans le domaine des soins intensifs. Or notre formation est centrée sur l'entretien famille en réanimation. Malgré tout, leur sentiment d'aptitude est resté stable, voire a légèrement augmenté au décours de la formation. Même si la formation n'a pas réellement répondu à leurs attentes, au moins elle n'a pas eu de répercussions négatives sur leur confiance en eux, et il se pourrait qu'ils en aient quand même tiré un bénéfice même léger.

Par ailleurs, notre formation n'a pas eu d'impact négatif : aucun interne n'a présenté de baisse de son score d'auto-efficacité à l'issue de nos formations (entre avant et après chaque session).

Nous avons comparé les internes qui semblent avoir le plus progressé (augmentation du score d'aptitude d'au moins 2 points) avec la formation, comparativement à ceux qui ont le moins progressé (augmentation du sentiment d'aptitude de 1 point ou moins),

afin de voir si effectivement il existait un profil d'internes pour qui cette formation était plus adaptée.

Quand on regarde les résultats sous cet angle, les internes tirant le plus de bénéfice de la formation sont plutôt des internes en début d'internat (première ou deuxième année), avec peu d'expérience en entretien famille (en tant qu'observateur ou en tant qu'interlocuteur principal), et peu d'expérience en réanimation, issus principalement du cursus de DESAR.

A l'issue de F1 et F2, une question ouverte permettait aux étudiants de revenir sur les 3 points les plus importants de la session selon eux. Parmi les réponses données, certains points reviennent fréquemment. On peut citer parmi les plus fréquents : « Faire attention au langage non verbal », « Adapter l'information à l'interlocuteur », « Utiliser un vocabulaire simple », « Bien structurer son entretien », « Laisser de la place pour les questions », « Vérifier la compréhension de la famille », « Prendre son temps, gérer le rythme de l'entretien ».

Les internes avaient également l'occasion avant F2, au travers d'une autre question ouverte, de s'exprimer sur les évolutions qu'ils pensaient voir apparaître dans leur discours en 2^e session. Parmi les réponses données, les plus fréquentes comportent : « Plus de temps de pause », « Faire plus attention au langage non verbal », « Plus à l'aise, plus en confiance », « Plus d'attention au choix des mots ».

Pour approfondir ces résultats, il aurait pu être intéressant d'effectuer une analyse qualitative des réponses des internes en les classant par thèmes, et de regarder les fréquences d'occurrences des différentes notions considérées par les internes comme importantes au décours de la formation. Nous aurions également pu voir si les notions

retenues par les internes, ou considérées comme importantes, étaient différentes entre F1 et F2.

L'évaluation de la satisfaction des apprenants prend place dans l'échelle de Kirkpatrick (54), qui constitue un outil d'évaluation de la formation (**Annexe 5**).

Notre formation a également été évaluée selon le niveau de 2 de l'échelle de Kirkpatrick, puisque nous avons mesuré le sentiment d'auto-efficacité des internes. Il pourrait être intéressant par la suite de construire une nouvelle étude afin de voir si les compétences et les attitudes nouvellement acquises sont transférées lors de "vrais" entretiens famille, et si cela a un impact sur la prise en charge des familles.

Conclusion

Une formation simple via des jeux de rôles réalisés au sein des services de réanimation ne semble pas faire apparaître de modifications dans le discours des internes au cours d'entretiens famille simulés sur les résultats préliminaires.

En revanche, notre formation améliore de manière significative le sentiment d'efficacité personnelle des internes en stage en réanimation à mener un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal.

Ce type de formation étant facile à mettre en place, son utilisation pourrait être développée au sein des différents services de réanimation, et faire partie intégrante de l'apprentissage des internes durant leurs stages.

Références bibliographiques

1. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0100 du 28/04/2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=T6XrBK2fn0xPxaIPx4AkZGSwOeCkt4FYJF3AsstU8dc=>
2. Orlander JD, Graeme Fincke B, Hermanns D, Johnson GA. Medical Residents' First Clearly Remembered Experiences of Giving Bad News. *J Gen Intern Med.* nov 2002;17(11):825-40.
3. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A Failing Medical Educational Model: A Self-Assessment by Physicians at All Levels of Training of Ability and Comfort to Deliver Bad News. *J Palliat Med.* juin 2010;13(6):677-83.
4. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach.* sept 2005;27(6):539-43.
5. Espinosa E, González Barón M, Zamora P, Ordóñez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer.* janv 1996;4(1):61-3.
6. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med.* août 2000;28(8):3044-9.
7. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med.* mai 2005;171(9):987-94.
8. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *J Transl Intern Med.* 30 juin 2017;5(2):90-2.
9. Society of Critical Care Medicine (SCCM) [Internet]. SCCM | Post-intensive Care Syndrome. Disponible sur: <https://sccm.org/MyICUCare/THRIVE/Post-intensive-Care-Syndrome>
10. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome—family. *Crit Care Med.* févr 2012;40(2):618-24.
11. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med.* oct 2001;29(10):1893-7.
12. Alfheim HB, Hofsø K, Småstuen MC, Tøien K, Rosseland LA, Rustøen T. Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: A

longitudinal study. *Intensive Crit Care Nurs.* févr 2019;50:5-10.

13. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med.* janv 2019;47(1):3-14.
14. Society of Critical Care Medicine (SCCM) [Internet]. SCCM | About ICU Liberation. Disponible sur: <https://sccm.org/Clinical-Resources/ICULiberation-Home/About>
15. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin.* avr 2017;33(2):225-43.
16. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med.* janv 2019;47(1):3-14.
17. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary Team Training to Enhance Family Communication in the ICU*: *Crit Care Med.* févr 2014;42(2):265-71.
18. Awdish RL, Buick D, Kokas M, Berlin H, Jackman C, Williamson C, et al. A Communications Bundle to Improve Satisfaction for Critically Ill Patients and Their Families: A Prospective, Cohort Pilot Study. *J Pain Symptom Manage.* mars 2017;53(3):644-9.
19. Sullivan AM, Rock LK, Gadmer NM, Norwich DE, Schwartzstein RM. The Impact of Resident Training on Communication with Families in the ICU: Resident and Family Outcomes. *Ann Am Thorac Soc.* 18 mars 2016;AnnalsATS.201508-495OC.
20. Servotte JC, Bragard I, Szyld D, Van Ngoc P, Scholtes B, Van Cauwenberge I, et al. Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department. *West J Emerg Med.* 14 oct 2019;20(6):893-902.
21. Hope AA, Hsieh SJ, Howes JM, Keene AB, Fausto JA, Pinto PA, et al. Let's Talk Critical. Development and Evaluation of a Communication Skills Training Program for Critical Care Fellows. *Ann Am Thorac Soc.* avr 2015;12(4):505-11.
22. Schroedl CJ, Corbridge TC, Cohen ER, Fakhran SS, Schimmel D, McGaghie WC, et al. Use of simulation-based education to improve resident learning and patient care in the medical intensive care unit: A randomized trial. *J Crit Care.* avr 2012;27(2):219.e7-219.e13.
23. Janice-Woods Reed D, Sharma J. Delivering Difficult News and Improving Family Communication: Simulation for Neonatal-Perinatal Fellows. *MedEdPORTAL.* janv 2016;12(1):mep_2374-8265.10467.
24. Markin A, Cabrera-Fernandez DF, Bajoka RM, Noll SM, Drake SM, Awdish

RL, et al. Impact of a Simulation-Based Communication Workshop on Resident Preparedness for End-of-Life Communication in the Intensive Care Unit. *Crit Care Res Pract.* 2015;2015:1-6.

25. Miller DC, Sullivan AM, Soffler M, Armstrong B, Anandaiah A, Rock L, et al. Teaching Residents How to Talk About Death and Dying: A Mixed-Methods Analysis of Barriers and Randomized Educational Intervention. *Am J Hosp Palliat Med.* 1 sept 2018;35(9):1221-6.

26. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* août 2000;5(4):302-11.

27. simulation_en_sante_-_rapport.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

28. guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf

29. rfe-interets-de-lapprentissage-par-simulation-en-soins-critiques.pdf. Disponible sur: <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/05/rfe-interets-de-lapprentissage-par-simulation-en-soins-critiques.pdf>

30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* janv 2006;3(2):77-101.

31. Sayrs L. *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*: Steinar Kvale. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996. 326 pp. *Am J Eval.* 31 août 1998;19:267-70.

32. Lyons, E., & Coyle, A. (2007). *Analysing Qualitative Data in Psychology* (2nd ed.). SAGE Publications. - References - Scientific Research Publishing.

33. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* mars 1977;33(1):159-74.

34. Curtis E by JR, Rubenfeld GD, éditeurs. *Managing Death in the ICU: The Transition from Cure to Comfort.* Oxford, New York: Oxford University Press; 2000. 408 p.

35. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Nielsen EL, Shannon SE, Treece PD, et al. Studying communication about end-of-life care during the ICU family conference: Development of a framework. *J Crit Care.* sept 2002;17(3):147-60.

36. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding Physicians' Skills at Providing End-of-Life Care. Perspectives of Patients, Families, and Health Care Workers. *J Gen Intern Med.* janv 2001;16(1):41-9.

37. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families: A Multicenter Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 janv 2001;163(1):135-9.
38. outil_11_debriefing_en_simulation.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_11_debriefing_en_simulation.pdf
39. Pastré P. Pastré P. Apprendre par l'action, apprendre par la simulation. *Educ Permanente* 2006;3(168):205-16. 2006. (Educ Permanente).
40. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2007;2(2):115-25.
41. Cheng A, Eppich W, Grant V, Sherbino J, Zendejas B, Cook D. Debriefing for technology-enhanced simulation: A systematic review and meta-analysis. *Med Educ*. 1 juill 2014;48:657-66.
42. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Hum Factors*. févr 2013;55(1):231-45.
43. Secheresse T, Lima L, Pansu P. Focusing on explicit debriefing for novice learners in healthcare simulations: A randomized prospective study. *Nurse Educ Pract*. 1 févr 2021;51:102914.
44. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):184-91.
45. Barry Issenberg S, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. janv 2005;27(1):10-28.
46. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0098 du 27/04/2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=cOdN1i2AI7uKqTG6sMXeUqUxAG9atqZ3TY6Zzozlrhs=>
47. Mehrabian A, Wiener M. Decoding of inconsistent communications. *J Pers Soc Psychol*. 1967;6(1):109-14.
48. Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *J Consult Psychol*. 1967;31(3):248-52.
49. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997. ix, 604 p. (Self-efficacy: The exercise of control).

50. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
51. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Prentice-Hall; 1986. 642 p.
52. Bandura Albert et al. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle.* 2e édition. Louvain-la-Neuve: de Boeck, 2007.
53. Gagnerie Pauline. *Efficacité d'une formation des internes de phase socle à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par le jeu de rôle en santé : expérience du dispositif « ADIAMED » de l'UFR3S Médecine Lille.* [Université de Lille]: Université de Lille; 2022.
54. Kirkpatrick JD, Kirkpatrick WK. *Kirkpatrick's four levels of training evaluation.* Alexandria, VA: ATD Press; 2016. 238 p.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information et formulaire de consentement



**Lettre d'information pour le participant à la recherche
(Étude RNIPH – sciences humaines et sociales)**

Titre de l'étude :

Impact d'une formation pédagogique par jeux de rôle in situ sur le contenu d'un entretien famille en réanimation.
Etude qualitative réalisée auprès de jeunes internes.

PEDAGOFAMIREA

Doctorant : Mr BEAUGENDRE Matthieu, Interne en réanimation, Centre hospitalier d'Arras.

Directeur de recherche : Dr DUPRE Céline, Médecin en réanimation, Centre hospitalier d'Arras.

Responsable de traitement : Centre hospitalier d'Arras, 57 avenue Winston Churchill, 62022 Arras Cedex

Madame, Monsieur,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant aux différentes questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche. Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d'information, avant d'autoriser votre participation. Vous disposez d'un délai de réflexion afin de prendre connaissance de ce document. Vous pourrez à tout moment durant la recherche, vous adresser à votre formateur pour lui poser toute question complémentaire. Vous pouvez, à tout moment, arrêter votre participation à cette recherche. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez de participer, il sera nécessaire de nous le confirmer par écrit en signant le consentement ci-dessous.

1) Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

Vous êtes actuellement Interne depuis plus d'un mois au sein d'un service de réanimation dans un Centre Hospitalier participant à l'étude.

2) Quel est l'objectif de la recherche ?

L'objectif de l'étude est d'évaluer la modification du contenu d'un entretien famille après une formation réalisée par jeux de rôle suivis d'un débriefing dans les services de réanimation. C'est une étude qualitative de type AVANT-APRES.

3) Comment va se dérouler la recherche ?

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera proposé de compléter différents questionnaires et de nous autoriser à enregistrer votre voix lors de l'entretien simulé en jeu de rôle si vous y participez. Votre participation à cette étude durera 1 mois. Nous souhaitons proposer cette étude aux internes sur les années 2021/2022 et 2022/2023 dans les centres qui participent, ce qui représentera environ une vingtaine de participant dans cette étude.

Les données vous concernant relatives à cette étude seront collectées par le Dr. DUPRE et Mr BEAUGENDRE. Plus précisément, les données utilisées sont :

- Données démographiques: Age, sexe;
- Données de votre cursus: choix de spécialité, vos formations, expériences en réanimation;
- Données de votre expérience: expériences en entretien famille;

Paraphe du participant

Paraphe du formateur

Page 1 sur 5

NIFC patient majeur - Etude PEDAGOFAMIREA - version 1.0 du 05/05/2021

- Données de formation: scores de satisfaction, scores composite d'autoévaluation de l'impact pédagogique, évaluation de la formation proposée.
- Jeu de rôle enregistrés sur dictaphone

Vous trouverez ci-dessous un flow chart de cette étude :

	Session 1	Session 2 1 mois après
Jeu de rôle soit en tant qu'observateur ou en tant que participant (Entretien simulé enregistré) – 10 min environ		
La participation au jeu de rôle est volontaire. Lors de ce jeu de rôle un médecin jouera le proche d'un patient et vous aurez le rôle de la personne qui informe le proche de la situation du patient en réanimation.	X	X
Débriefing petits groupes avec l'équipe et une psychologue / auto-évaluation réflexive des internes	X	X
Questionnaires (cursus, expérience et satisfaction):		
- Avant formation	X	
- Après formation	X	X

La participation au jeu de rôle est volontaire. Vous pouvez tout à fait être observateur lors de la séance de jeu de rôle et participer à cette étude.

Aucune donnée médicale ne sera recueillie dans le cadre de cette étude et les questionnaires seront anonymisés. Nous vous attribuerons un code à cet effet.

4) Quels sont les bénéfices attendus ?

Nous souhaitons mettre en place une formation ludique et efficace pour permettre une meilleure gestion des entretiens famille dans les services de réanimation.

5) La recherche comporte-t-elle des risques, des effets indésirables et/ou des contraintes particulières ?

Cette recherche ne comporte aucun risque et la seule contrainte est la complétion des questionnaires et l'enregistrement de la session de jeu de rôle si vous participez au jeu de rôle et que vous nous autorisez à enregistrer l'entretien. De même, il n'y a pas d'effets indésirables attendus.

6) Quelles sont les conditions de participation à la recherche ?

Si vous participez à cette étude nous vous remettrons des questionnaires à compléter. Nous vous demanderons également si vous souhaitez participer au jeu de rôle de nous indiquer votre accord d'enregistrement de l'entretien simulé. La finalité de cet enregistrement est la transcription des entretiens simulés sur un document Word pour analyse. Une analyse qualitative des entretiens sera réalisée (techniques de communication, vocabulaire utilisé...). Ces enregistrements seront détruits dès la transcription réalisée par Mr BEAUGRAND.

7) Quels sont mes droits en tant que participant à la recherche ?

∨ Décision de participer

Votre participation à cette étude est libre et volontaire : vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. De plus, vous pouvez à tout moment mettre un terme à votre participation sans avoir à vous justifier. Dès lors les données ne seront alors pas exploitées pour cette étude.

Paraphe du participant

Paraphe du formateur

Page 2 sur 5

NIFC patient majeur - Etude PEDAGOFAMIREA - version 1.0 du 05/05/2021

∇ Traitement des données

Dans le cadre de la recherche, un traitement de données vous concernant va être mis en œuvre. Il s'agit de recueillir, organiser et d'analyser les données indiquées ci-avant. Elles sont anonymisées puis saisies dans une base de données sécurisée pour ensuite être analysées par des professionnels participants à l'étude.

Le responsable de traitement est le Centre Hospitalier d'Arras, dont le siège est situé 57 avenue Winston Churchill 62022 ARRAS Cedex, représenté par son directeur général en exercice, Monsieur Philippe MERLAUD. La licéité du traitement se fonde sur l'intérêt légitime du responsable de traitement, établissement public, à réaliser une évaluation des pratiques.

Ce traitement a pour finalité la recherche en sciences humaines et sociales dont les objectifs vous sont présentés ci-dessus. A cette fin, les données vous concernant, seront transmises aux professionnels intervenant dans la recherche et autorisé par le responsable de traitement. Afin de protéger votre vie privée, ces données personnelles seront codées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code (sans mention de votre nom, de votre prénom). Seul votre formateur pourra faire le lien entre vos données codées et vous. Votre nom et toute autre donnée permettant de vous identifier seront conservés par l'équipe de formation et resteront confidentiels.

Les données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, notamment en cas d'inspection pour validation des résultats de l'étude.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Le traitement ne comporte pas de décision automatisée, il n'y a pas de transfert de données à caractère personnel en dehors de l'Union européenne et le responsable de traitement n'a pas l'intention d'effectuer un traitement ultérieur des données à caractère personnel pour une finalité autre que celle pour laquelle les données ont été collectées et traitées.

Conformément à la réglementation, et après analyse du chargé de la protection des données personnelles, le traitement ainsi décrit a fait l'objet d'une déclaration normale enregistrée dans le registre des traitements du Centre Hospitalier d'Arras.

∇ Durée de conservation des données

Les questionnaires papier tout comme les enregistrements sonores sont supprimés dès leur retranscription dans un fichier anonymisé par le responsable de l'étude.

Les fichiers sont conservés deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis supprimés.

∇ Vos droits

La protection des données à caractère personnel est encadrée par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018.

Conformément au droit en vigueur, vous disposez de droits sur les données personnelles vous concernant, à tout moment, à savoir :

- Un droit à l'information
- Un droit d'accès et à la communication des données vous concernant.
- Un droit de rectification des données inexactes.
- Un droit à l'oubli permettant l'effacement de vos données des données obsolètes dans la limite du droit applicable.
- Un droit à la limitation du traitement dans les limites du droit applicable.
- Un droit à la conservation des données pour une durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités du traitement.
- Un droit d'opposition au traitement des données vous concernant sans avoir à vous justifier. Votre opposition est à transmettre au responsable de la recherche ou de l'établissement ou auprès du Dr DUPRE par courrier sous enveloppe à son attention.
- Un droit à la portabilité vous permettant de récupérer les données sous une forme lisible et aisément réutilisable.
- Un droit de retrait du consentement : vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment.

Paraphe du participant

Paraphe du formateur

Page 3 sur 5

NIFC patient majeur - Etude PEDAGOFAMIREA - version 1.0 du 05/05/2021

Pour exercer ces droits, ou pour toute information sur les traitements des données personnelles gérés par le GHT Artois-ternois, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données (DPD) par courriel à l'adresse : dgd@gh-artoisvernois.fr ou par téléphone au 03.21.21.10.23. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés sur le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier à l'adresse suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez, avant, pendant et après l'étude en vous adressant à votre formateur, à savoir : Dr DUPRE/Mr BEAUGENDRE, Centre Hospitalier d'Arras, Service de Réanimation, 3, boulevard Besnier, 62022 ARRAS Cedex, Tel : 03.21.21.15.15

Nous vous remercions d'indiquer vos initiales sur chaque page de ce document réalisé en 2 exemplaires (en dessous de « Paraphe du participant ») afin d'attester que vous l'avez lu et compris. Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous remercions également de bien vouloir signer le formulaire ci-après.

L'équipe de PEDAGOFAMIREA

Paraphe du participant

Paraphe du formateur

Page 4 sur 5



Formulaire de consentement participant à la recherche

Impact d'une formation pédagogique par jeux de rôle in situ sur le contenu d'un entretien famille en réanimation. Etude qualitative réalisée auprès de jeunes internes.

PEDAGOFAMIREA

Je, soussigné(é)

M., Mme.....(nom et prénom),

Accepte librement et volontairement de participer à l'étude Impact d'une formation pédagogique par jeux de rôle in situ sur le contenu d'un entretien famille en réanimation. Etude qualitative réalisée auprès de jeunes internes» qui m'a été proposée par le Dr DUPRE/Mr BEAUGENDRE du service de réanimation du CH d'Arras.

Refuse de participer à l'étude Impact d'une formation pédagogique par jeux de rôle in situ sur le contenu d'un entretien famille en réanimation. Etude qualitative réalisée auprès de jeunes internes » qui m'a été proposée par le Dr DUPRE/Mr BEAUGENDRE du service de réanimation du CH d'Arras.

Etant entendu que :

- Le médecin formateur m'a informé(e) et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude.
- J'ai été clairement informé(e) de l'objectif de la recherche, de la méthodologie, de la durée de ma participation, des bénéfices attendus ainsi que des risques et contraintes prévisibles.
- Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquence dans la qualité de ma formation.
- J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin formateur
- J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant ainsi que le partage de ces données dans les conditions prévues par la loi « Informatique et Liberté » modifiée et par le règlement européen sur la protection des données personnelles. Je dispose d'un droit d'information, d'accès et de rectification ainsi que d'un droit d'opposition à la mise en place d'un traitement de données personnelles. Je dispose également d'un droit à la portabilité et à la limitation des données.
- Si je le souhaite, je serai informé(e) des résultats globaux de l'étude par le médecin formateur qui a organisé la formation.
- Mon consentement ne décharge en rien le médecin formateur et le responsable de traitement promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Si je participe au jeu de rôle, j'ai compris qu'à des fins de recherche, ma voix va être enregistrer :

J'accepte l'enregistrement vocal dans le cadre de l'étude

Je refuse l'enregistrement vocal dans le cadre de l'étude

Fait à, le / /, en 2 exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Signature du participant :

Signature du formateur :

Annexe 2 : Questionnaires



Etude PEDAGOFAMIREA

Numéro de centre : 1-Arras 2-Boulogne 3-Dunkerque 4-Valenciennes

Numéro d'inclusion : __/__/

I. Questionnaire « Avant la 1^{ère} formation » = PréF1

➤ **Question 1** : En quelle année d'internat êtes-vous ?

- 1^{ère} année
- 2^{ème} année
- 3^{ème} année
- 4^{ème} année
- Docteur Junior

➤ **Question 2** : Quel est votre DES de formation ?

- MIR
- DESAR
- DESMU
- Spécialité médicale : _____

➤ **Question 3** : Quel âge avez-vous ? ans

➤ **Question 4** : Quel est votre sexe ?

- Masculin
- Féminin
- Autre : _____

➤ **Question 5** : En dehors du stage actuel, avez-vous déjà réalisé au cours de votre internat un semestre dans un service de réanimation médicale, polyvalente ou chirurgicale ?

- Non
- Oui → Si oui, combien de semestres avez-vous validés en réanimation :

➤ **Question 6** : Avez-vous déjà participé à des entretiens familles en tant qu'observateur ?

- Non
- Oui → Si oui, environ : < 5 entretiens famille
- Entre 5 et 10 entretiens famille
- > 10 entretiens famille



➤ **Question 7 :** Avez-vous déjà participé à des entretiens familles en tant qu'interlocuteur principal ?

- Non
- Oui → Si oui, environ :
 - < 5 entretiens famille
 - Entre 5 et 10 entretiens famille
 - > 10 entretiens famille

➤ **Question 8 :** Si vous avez participé à des entretiens familles en tant qu'interlocuteur principal, étiez-vous le plus souvent : (une ou plusieurs cases possibles)

- Seul avec la famille
- Accompagné d'un autre interne
- Accompagné d'un ou plusieurs membres de l'équipe paramédicale
- Accompagné du médecin réanimateur référent
- Accompagné d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien)

➤ **Question 9 :** Avez-vous déjà bénéficié d'une formation théorique à l'entretien famille parmi les enseignements dispensés dans votre formation de DES ?

- Non
- Oui → Si oui, comment évaluez-vous l'apport de cette formation théorique ?
 - Je l'ai trouvé très utile
 - Moyennement utile
 - Peu utile
 - Inutile

➤ **Question 10 :** Avez-vous déjà bénéficié d'une formation pratique à l'entretien famille parmi les enseignements dispensés dans votre formation de DES ?

- Non
- Oui → Si oui, comment évaluez-vous l'apport de cette formation pratique ?
 - Je l'ai trouvé très utile
 - Moyennement utile
 - Peu utile
 - Inutile

➤ **Question 11 :** Avez-vous déjà bénéficié d'une formation à l'entretien famille lors d'un de vos stages en réanimation ?

- Non
- Oui → Si oui, sous quel format ?
 - Formation théorique
 - Jeux de rôle
 - Entretien avec sénior suivi d'un débriefing
 - Autre :



➤ **Question 12** : Avez-vous suivi des formations complémentaires sur l'entretien famille en dehors de votre formation de DES ?

- Non
- Oui, j'ai suivi une formation complémentaire (centre de simulation, congrès, atelier, jeux de rôle, ...)
- Oui, par autoformation (internet, vidéos, lectures, articles)

➤ **Question 13** : Si on vous demande de réaliser un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal : (une croix par ligne)

	En désaccord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Je m'en sens capable				
J'estime être formé pour le faire				
Je me sens stressé(e)				

➤ **Question 14** : Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre capacité à mener un entretien famille comme interlocuteur principal dans un service de réanimation à l'heure actuelle ? (Faire une croix au chiffre @correspondant)





II. Après la première formation PostF1

- **Question 1** : Lors de cette session, avez-vous été :
- Acteur lors d'un jeu de rôle
 - Spectateur
- **Question 2** : Êtes-vous satisfait de la formation proposée ?
- Pas du tout satisfait
 - Peu satisfait
 - Plutôt satisfait
 - Très satisfait
- **Question 3** : Cette formation répond-t-elle à vos attentes sur le sujet ?
- Pas du tout
 - Partiellement
 - Suffisamment
 - Tout à fait
- **Question 4** : Comment vous sentez-vous à l'issue de la formation ?
- Je n'ai rien appris
 - J'ai un peu appris
 - J'ai appris de manière satisfaisante
 - J'ai beaucoup appris
- **Question 5** : Estimez-vous que la formation vous aidera à être plus performant dans votre travail ?
- Pas du tout
 - Partiellement
 - Suffisamment
 - Tout à fait
- **Question 6** : Quelle partie des acquis du jour estimez-vous pouvoir mettre en œuvre sur votre lieu de travail ?
- Rien
 - Une faible partie
 - Une grande partie
 - Tous les acquis
- **Question 7** : Dans quel délai aurez-vous l'occasion d'utiliser les acquis du jour sur votre lieu de travail ?
- Pas avant 1 an
 - Pas avant 1 mois
 - Dans le mois qui suit



Dès demain

➤ **Question 8 :** Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre capacité à mener un entretien famille comme interlocuteur principal dans un service de réanimation à l'heure actuelle ? (Faire une croix au chiffre correspondant)



➤ **Question 9 :** Quels sont les trois éléments principaux que vous retenir de cette session ?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____



Etude PEDAGOFAMIREA

Numéro de centre : 1-Arras 2-Boulogne 3-Dunkerque 4-Valenciennes

Numéro d'inclusion : __/__/ (même numéro d'inclusion qu'au moment de la formation 1)

III. Avant la formation 2 PréF2

➤ **Question 1** : Lors de la formation précédente, vous avez été :

- Acteur lors d'un jeu de rôle
- Spectateur
- Absent

➤ **Question 2** : Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique les connaissances acquises lors de la dernière formation au cours du mois écoulé ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

➤ **Question 3** : Pensez-vous avoir eu plus de facilités à réaliser des entretiens famille grâce à la formation précédente ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

➤ **Question 4** : Vous êtes-vous senti plus légitime pour réaliser des entretiens famille grâce à la formation précédente ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

➤ **Question 5** : Avez-vous été moins stressé de réaliser des entretiens famille grâce à la formation précédente ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

➤ **Question 6** : De quelle manière pensez-vous que le contenu de votre entretien famille aura évolué entre la session précédente et la session actuelle ? (Rajouter des mots clés pour orienter et restreindre le champ de réponse)

.....
.....



.....
.....

➤ **Question 7** : Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre capacité à mener un entretien famille comme interlocuteur principal dans un service de réanimation à l'heure actuelle ?





IV. Après la formation 2 PostF2

- **Question 1** : Lors de cette session, avez-vous été :
- Acteur lors d'un jeu de rôle
 - Spectateur
- **Question 2** : Êtes-vous satisfait de la formation proposée ?
- Pas du tout satisfait
 - Peu satisfait
 - Plutôt satisfait
 - Très satisfait
- **Question 3** : Cette formation répond-t-elle à vos attentes sur le sujet ?
- Pas du tout
 - Partiellement
 - Suffisamment
 - Tout à fait
- **Question 4** : Comment vous sentez-vous à l'issue de la formation ?
- Je n'ai rien appris
 - J'ai un peu appris
 - J'ai appris de manière satisfaisante
 - J'ai beaucoup appris
- **Question 5** : Estimez-vous que la formation vous aidera à être plus performant dans votre travail ?
- Pas du tout
 - Partiellement
 - Suffisamment
 - Tout à fait
- **Question 6** : Quelle partie des acquis du jour estimez-vous pouvoir mettre en œuvre sur votre lieu de travail ?
- Aucune partie
 - Une faible partie
 - Une grande partie
 - Tous les acquis
- **Question 7** : Dans quel délai aurez-vous l'occasion d'utiliser les acquis du jour sur votre lieu de travail ?
- Pas avant 1 an
 - Pas avant 1 mois



- Dans le mois qui suit
- Dès demain

➤ **Question 8 :** Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre capacité à mener un entretien famille comme interlocuteur principal dans un service de réanimation à l'heure actuelle ?



➤ **Question 9 :** Quels sont les trois éléments principaux que vous retenir de cette session ?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Annexe 3 – 1 : Coefficients d'accord inter-juge pour les différents thèmes et sous thèmes entre les codeurs MB (A) et JC (B) pour la 1^{ère} séance de formation.

Thèmes et sous-thèmes	Kappa	Accord	A et B (%)	Ni A ni B (%)	Désaccord	A sans B (%)	B sans A (%)
Structure de l'entretien	0,94	99,29	5,56	93,73	0,71	0,12	0,59
Présentations	1	100	1,78	98,22	0	0	0
Poser un cadre	0,91	99,29	3,79	95,5	0,71	0,12	0,59
Recueillir les informations	1	100	3,08	96,92	0	0	0
Faire connaissance avec le patient et ses proches	0,89	99,65	1,54	98,11	0,36	0	0,36
Les antécédents, le mode de vie	0,87	99,64	1,18	98,46	0,36	0,36	0
Explications données à la famille	0,82	91,95	29,7	62,25	8,05	4,14	3,91
Factuel	0,68	95,15	5,92	89,23	4,85	2,13	2,72
Gravité, pronostic	0,8	97,16	6,39	90,77	2,84	1,18	1,66
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	0,72	94,56	8,05	86,51	5,44	2,84	2,6
Temporalité des soins	0,77	97,04	5,44	91,6	2,96	2,13	0,83
Attitude empathique	0,78	96,8	6,15	90,65	3,19	1,89	1,3
Lutter contre le désespoir	0,69	97,4	3,08	94,32	2,61	1,66	0,95
Déculpabilisation	0,66	99,41	0,59	98,82	0,6	0,36	0,24
Légitimer	0,88	99,41	2,13	97,28	0,59	0,12	0,47
Etablir la relation avec la famille	0,87	94,91	22,96	71,95	5,09	2,49	2,6
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,84	98,22	4,85	93,37	1,77	0,47	1,3
Ecoute active et la validation de la personne en face	0,87	97,75	8,64	89,11	2,25	1,42	0,83
Générer un climat de confiance	0,65	95,38	4,85	90,53	4,61	2,01	2,6
Disponibilité et poursuite de l'information	0,74	98,58	2,13	96,45	1,43	1,07	0,36
Adaptation à la famille	0,77	94,8	10,3	84,5	5,21	2,72	2,49
Vulgarisation	0,64	95,86	4,14	91,72	4,15	2,37	1,78
Préparation à l'environnement	0,86	98,46	5,09	93,37	1,54	0,71	0,83
Activer les ressources du service	0,86	99,76	0,71	99,05	0,24	0	0,24
Compréhension de la famille	0,96	99,64	4,73	94,91	0,36	0,24	0,12
Vérifier la compréhension	0,92	99,88	0,71	99,17	0,12	0,12	0
Rechercher les questions	0,88	99,64	1,3	98,34	0,36	0,12	0,24
Perception initiale de la situation	0,98	99,88	2,6	97,28	0,12	0,12	0
Coefficient Kappa non pondéré global	0,83						

Annexe 3 – 2 : Coefficients d'accord inter-juge pour les différents thèmes et sous thèmes entre les codeurs CD (A) et JC (B) pour la 1^{ère} séance de formation.

Thèmes et sous-thèmes	Kappa	Accord	A et B (%)	Ni A ni B (%)	Désaccord	A sans B (%)	B sans A (%)
Structure de l'entretien	0,9	98,81	5,56	93,25	1,18	0,59	0,59
Présentations	1	100	1,78	98,22	0	0	0
Poser un cadre	0,86	98,82	3,79	95,03	1,18	0,59	0,59
Recueillir les informations	0,94	99,64	2,84	96,8	0,36	0,12	0,24
Faire connaissance avec le patient et ses proches	0,78	99,29	1,3	97,99	0,71	0,12	0,59
Les antécédents, le mode de vie	0,87	99,64	1,18	98,46	0,36	0,36	0
Explications données à la famille	0,83	92,43	29,35	63,08	7,57	3,31	4,26
Factuel	0,69	95,15	6,27	88,88	4,86	2,49	2,37
Gravité, pronostic	0,69	95,5	5,68	89,82	4,5	2,13	2,37
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	0,62	92,66	7,22	85,44	7,34	3,91	3,43
Temporalité des soins	0,72	97,04	4,14	92,9	2,96	0,83	2,13
Attitude empathique	0,69	95,39	5,92	89,47	4,62	3,08	1,54
Lutter contre le désespoir	0,62	96,57	3,08	93,49	3,44	2,49	0,95
Déculpabilisation	0,61	99,4	0,47	98,93	0,6	0,24	0,36
Légitimer	0,79	98,93	2,13	96,8	1,06	0,59	0,47
Etablir la relation avec la famille	0,85	94,08	22,96	71,12	5,91	3,31	2,6
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,87	98,46	5,44	93,02	1,54	0,83	0,71
Ecoute active et la validation de la personne en face	0,89	98,22	8,4	89,82	1,78	0,71	1,07
Générer un climat de confiance	0,6	94,91	4,26	90,65	5,09	1,89	3,2
Disponibilité et poursuite de l'information	0,58	97,04	2,13	94,91	2,96	2,6	0,36
Adaptation à la famille	0,73	94,32	9,35	84,97	5,68	2,25	3,43
Vulgarisation	0,65	96,22	3,79	92,43	3,79	1,66	2,13
Préparation à l'environnement	0,81	97,99	4,62	93,37	2,01	0,71	1,3
Activer les ressources du service	0,8	99,64	0,71	98,93	0,36	0,12	0,24
Compréhension de la famille	0,96	99,65	4,62	95,03	0,36	0,12	0,24
Vérifier la compréhension	0,92	99,88	0,71	99,17	0,12	0,12	0
Rechercher les questions	0,92	99,76	1,3	98,46	0,24	0	0,24
Perception initiale de la situation	0,95	99,77	2,49	97,28	0,24	0,12	0,12
Coefficient Kappa non pondéré global	0,8						

Annexe 3 – 3 : Coefficients d'accord inter-juge pour les différents thèmes et sous thèmes entre les codeurs CD (A) et MB (B) pour la 1^{ère} séance de formation.

Thèmes et sous-thèmes	Kappa	Accord	A et B (%)	Ni A ni B (%)	Désaccord	A sans B (%)	B sans A (%)
Structure de l'entretien	0,91	99,05	5,44	93,61	0,95	0,24	0,71
Présentations	1	100	1,78	98,22	0	0	0
Poser un cadre	0,88	99,05	3,67	95,38	0,95	0,24	0,71
Recueillir les informations	0,94	99,64	2,84	96,8	0,36	0,24	0,12
Faire connaissance avec le patient et ses proches	0,88	99,64	1,3	98,34	0,36	0,24	0,12
Les antécédents, le mode de vie	1	100	1,54	98,46	0	0	0
Explications données à la famille	0,82	91,95	29,23	62,72	8,05	4,62	3,43
Factuel	0,58	93,61	5,21	88,4	6,39	2,84	3,55
Gravité, pronostic	0,72	95,98	5,68	90,3	4,02	1,89	2,13
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	0,61	92,43	7,22	85,21	7,58	3,67	3,91
Temporalité des soins	0,66	95,98	4,26	91,72	4,02	3,31	0,71
Attitude empathique	0,77	96,45	6,75	89,7	3,55	1,3	2,25
Lutter contre le désespoir	0,7	97,04	3,67	93,37	2,96	1,07	1,89
Déculpabilisation	0,71	99,52	0,59	98,93	0,48	0,36	0,12
Légitimer	0,85	99,29	2,13	97,16	0,71	0,12	0,59
Etablir la relation avec la famille	0,87	94,91	23,31	71,6	5,09	2,13	2,96
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,83	98,1	4,85	93,25	1,89	0,47	1,42
Ecoute active et la validation de la personne en face	0,89	98,11	8,64	89,47	1,89	1,42	0,47
Générer un climat de confiance	0,71	96,45	4,73	91,72	3,55	2,13	1,42
Disponibilité et poursuite de l'information	0,77	98,23	3,08	95,15	1,78	0,12	1,66
Adaptation à la famille	0,79	95,5	10,06	85,44	4,5	2,96	1,54
Vulgarisation	0,69	96,57	4,26	92,31	3,43	2,25	1,18
Préparation à l'environnement	0,89	98,82	4,97	93,85	1,19	0,83	0,36
Activer les ressources du service	0,92	99,88	0,71	99,17	0,12	0	0,12
Compréhension de la famille	0,95	99,53	4,62	94,91	0,48	0,36	0,12
Vérifier la compréhension	1	100	0,83	99,17	0	0	0
Rechercher les questions	0,96	99,88	1,3	98,58	0,12	0,12	0
Perception initiale de la situation	0,93	99,65	2,49	97,16	0,36	0,24	0,12
Coefficient Kappa non pondéré global	0,82						

Annexe 3 – 4 : Coefficients d'accord inter-juge pour les différents thèmes et sous thèmes entre les codeurs MB (A) et JC (B) pour la 2^{ème} séance de formation.

Thèmes et sous-thèmes	Kappa	Accord	A et B (%)	Ni A ni B (%)	Désaccord	A sans B (%)	B sans A (%)
Structure de l'entretien	0,94	99,18	6,5	92,68	0,81	0,81	0
Présentations	1	100	1,63	98,37	0	0	0
Poser un cadre	0,92	99,19	4,88	94,31	0,81	0,81	0
Recueillir les informations	1	100	3,25	96,75	0	0	0
Faire connaissance avec le patient et ses proches	1	100	2,71	97,29	0	0	0
Les antécédents, le mode de vie	1	100	0,54	99,46	0	0	0
Explications données à la famille	0,85	93,22	29,81	63,41	6,77	2,98	3,79
Factuel	0,56	93,77	4,61	89,16	6,24	1,36	4,88
Gravité, pronostic	0,71	97,56	3,25	94,31	2,44	0,54	1,9
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	0,7	92,68	10,84	81,84	7,31	3,52	3,79
Temporalité des soins	0,65	95,67	4,34	91,33	4,34	4,34	0
Attitude empathique	0,89	98,1	8,94	89,16	1,9	1,63	0,27
Lutter contre le désespoir	0,85	98,1	5,96	92,14	1,9	1,63	0,27
Déculpabilisation	1	100	0	100	0	0	0
Légitimer	1	100	2,98	97,02	0	0	0
Etablir la relation avec la famille	0,84	94,03	22,76	71,27	5,96	2,44	3,52
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,85	98,38	4,88	93,5	1,63	0,27	1,36
Ecoute active et la validation de la personne en face	0,87	97,56	8,94	88,62	2,44	2,17	0,27
Générer un climat de confiance	0,57	94,58	4,07	90,51	5,42	2,44	2,98
Disponibilité et poursuite de l'information	0,6	97,56	1,9	95,66	2,44	0,54	1,9
Adaptation à la famille	0,88	97,56	9,76	87,8	2,44	1,63	0,81
Vulgarisation	0,79	97,29	5,69	91,6	2,71	1,9	0,81
Préparation à l'environnement	0,96	99,72	3,79	95,93	0,27	0	0,27
Activer les ressources du service	1	100	0	100	0	0	0
Compréhension de la famille	0,94	99,46	4,34	95,12	0,54	0,54	0
Vérifier la compréhension	0,75	99,45	0,81	98,64	0,54	0,54	0
Rechercher les questions	1	100	1,36	98,64	0	0	0
Perception initiale de la situation	1	100	2,17	97,83	0	0	0
Coefficient Kappa non pondéré global	0,84						

Annexe 3 – 5 : Coefficients d'accord inter-juge pour les différents thèmes et sous thèmes entre les codeurs CD (A) et JC (B) pour la 2^{ème} séance de formation.

Thèmes et sous-thèmes	Kappa	Accord	A et B (%)	Ni A ni B (%)	Désaccord	A sans B (%)	B sans A (%)
Structure de l'entretien	0,91	98,91	5,96	92,95	1,08	0,54	0,54
Présentations	1	100	1,63	98,37	0	0	0
Poser un cadre	0,88	98,92	4,34	94,58	1,08	0,54	0,54
Recueillir les informations	1	100	3,25	96,75	0	0	0
Faire connaissance avec le patient et ses proches	1	100	2,71	97,29	0	0	0
Les antécédents, le mode de vie	1	100	0,54	99,46	0	0	0
Explications données à la famille	0,81	91,6	29,27	62,33	8,41	4,07	4,34
Factuel	0,65	93,77	6,78	86,99	6,23	3,52	2,71
Gravité, pronostic	0,82	98,37	3,79	94,58	1,63	0,27	1,36
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	0,73	93,77	10,03	83,74	6,24	1,63	4,61
Temporalité des soins	0,75	97,29	4,34	92,95	2,71	2,71	0
Attitude empathique	0,85	97,29	8,67	88,62	2,71	2,17	0,54
Lutter contre le désespoir	0,78	97,29	5,15	92,14	2,71	1,63	1,08
Déculpabilisation	0	99,46	0	99,46	0,54	0,54	0
Légitimer	0,91	99,46	2,98	96,48	0,54	0,54	0
Etablir la relation avec la famille	0,86	94,58	23,58	71	5,42	2,71	2,71
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,77	97,56	4,34	93,22	2,44	0,54	1,9
Ecoute active et la validation de la personne en face	0,89	98,1	8,67	89,43	1,9	1,36	0,54
Générer un climat de confiance	0,65	95,12	5,15	89,97	4,88	2,98	1,9
Disponibilité et poursuite de l'information	0,68	97,83	2,44	95,39	2,17	0,81	1,36
Adaptation à la famille	0,71	94,58	7,59	86,99	5,42	2,44	2,98
Vulgarisation	0,66	95,67	4,61	91,06	4,34	2,44	1,9
Préparation à l'environnement	0,76	98,37	2,71	95,66	1,63	0,27	1,36
Activer les ressources du service	1	100	0	100	0	0	0
Compréhension de la famille	1	100	4,34	95,66	0	0	0
Vérifier la compréhension	1	100	0,81	99,19	0	0	0
Rechercher les questions	1	100	1,36	98,64	0	0	0
Perception initiale de la situation	1	100	2,17	97,83	0	0	0
Coefficient Kappa non pondéré global	0,82						

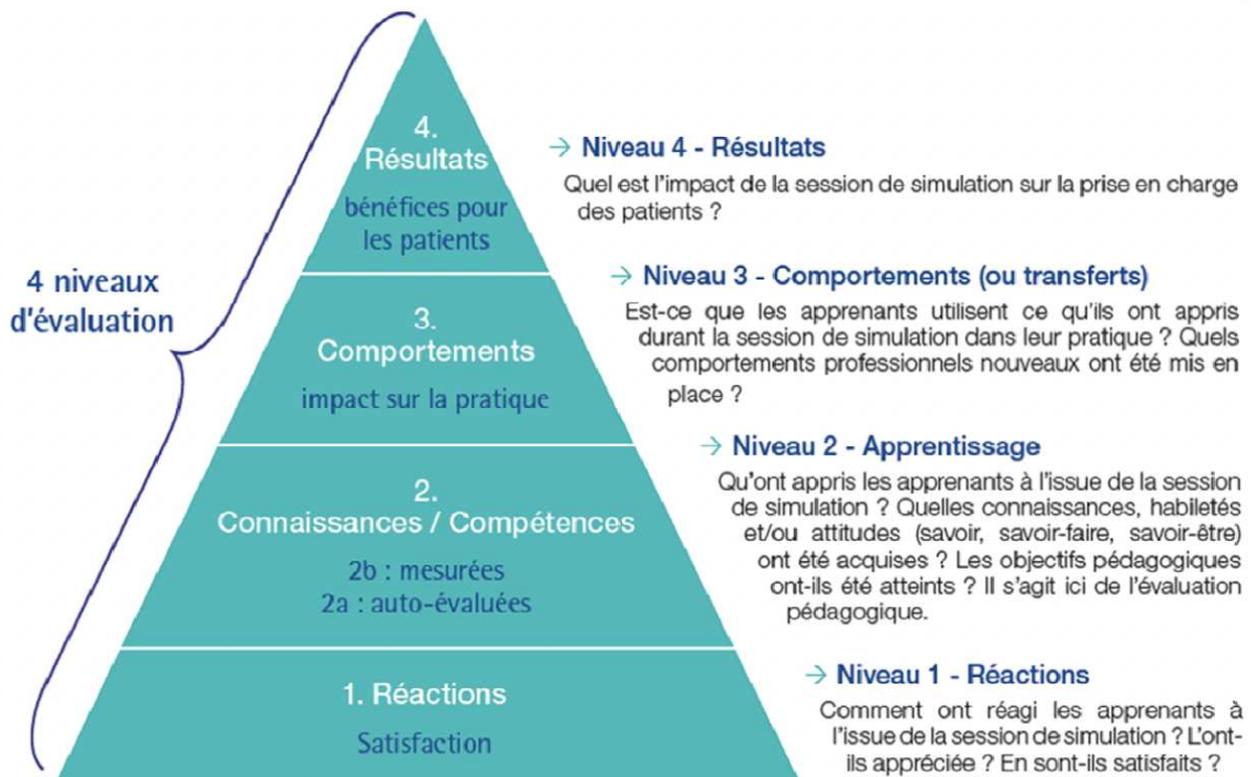
Annexe 3 – 6 : Coefficients d'accord inter-juge pour les différents thèmes et sous thèmes entre les codeurs MB (A) et CD (B) pour la 2^{ème} séance de formation.

Thèmes et sous-thèmes	Kappa	Accord	A et B (%)	Ni A ni B (%)	Désaccord	A sans B (%)	B sans A (%)
Structure de l'entretien	0,85	98,1	5,96	92,14	1,9	1,36	0,54
Présentations	1	100	1,63	98,37	0	0	0
Poser un cadre	0,81	98,11	4,34	93,77	1,9	1,36	0,54
Recueillir les informations	1	100	3,25	96,75	0	0	0
Faire connaissance avec le patient et ses proches	1	100	2,71	97,29	0	0	0
Les antécédents, le mode de vie	1	100	0,54	99,46	0	0	0
Explications données à la famille	0,76	89,16	27,64	61,52	10,84	5,15	5,69
Factuel	0,42	91,32	3,79	87,53	8,67	2,17	6,5
Gravité, pronostic	0,82	98,64	3,25	95,39	1,35	0,54	0,81
Soins entrepris, soins en cours et soins à venir	0,67	92,41	9,21	83,2	7,59	5,15	2,44
Temporalité des soins	0,85	97,84	6,78	91,06	2,17	1,9	0,27
Attitude empathique	0,84	97,01	9,21	87,8	2,99	1,36	1,63
Lutter contre le désespoir	0,78	97,02	5,69	91,33	2,98	1,9	1,08
Déculpabilisation	0	99,46	0	99,46	0,54	0	0,54
Légitimer	0,91	99,46	2,98	96,48	0,54	0	0,54
Etablir la relation avec la famille	0,87	95,13	23,31	71,82	4,88	1,9	2,98
Savoir avouer à la famille son incertitude	0,86	98,65	4,34	94,31	1,35	0,81	0,54
Ecoute active et la validation de la personne en face	0,91	98,38	9,76	88,62	1,63	1,36	0,27
Générer un climat de confiance	0,64	95,12	4,88	90,24	4,88	1,63	3,25
Disponibilité et poursuite de l'information	0,76	98,65	2,17	96,48	1,35	0,27	1,08
Adaptation à la famille	0,65	93,23	7,32	85,91	6,78	4,07	2,71
Vulgarisation	0,56	94,04	4,34	89,7	5,96	3,25	2,71
Préparation à l'environnement	0,79	98,64	2,71	95,93	1,35	1,08	0,27
Activer les ressources du service	1	100	0	100	0	0	0
Compréhension de la famille	0,94	99,46	4,34	95,12	0,54	0,54	0
Vérifier la compréhension	0,75	99,45	0,81	98,64	0,54	0,54	0
Rechercher les questions	1	100	1,36	98,64	0	0	0
Perception initiale de la situation	1	100	2,17	97,83	0	0	0
Coefficient Kappa non pondéré global	0,8						

Annexe 4 : Conduite à tenir en pratique pendant un entretien famille en réanimation, d'après *Managing Death in the ICU: The Transition from Cure to Comfort*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2000. 408 p.

Avant	Identifier les participants (famille, proches, soignants) à réunir
	Prendre rendez-vous avec la famille en discutant qui sera présent
	Faire le point en équipe sur la situation (diagnostic, pronostic, options de prise en charge)
	Partager les données disponibles concernant le patient et ses proches (situation familiale, niveau de connaissance et de compréhension, réactions antérieures)
	Prévoir le lieu de l'entretien
	Assurer une disponibilité nécessaire
Pendant	Présenter les personnes en présence
	Rassurer sur le caractère habituel de ce type de réunion
	Faire le point de la situation en termes intelligibles
	Présenter les choix envisagés et discutés en équipe en ouvrant la discussion à la famille
	Etre attentif et respectueux du degré d'information et d'implication souhaité par les proches
	Savoir reprendre leurs termes et leurs questions et respecter les silences
	Repérer leurs attentes, angoisses et émotions et les inviter à les verbaliser
Après	Faire la synthèse de ce qui a été évoqué
	Donner les perspectives attendues pour les prochains jours / prochaines heures
	S'assurer que tous ceux qui le souhaitaient ont pu s'exprimer et poser toutes les questions
	Assurer de la disponibilité de l'équipe médicale et paramédicale pour des questions ultérieures
	Proposer de se revoir en fixant un éventuel autre rendez vous de famille ou entretien téléphonique
	Donner la possibilité d'un entretien avec la psychologue de l'équipe

Annexe 5 : Modèle modifié de Kirkpatrick, selon le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé de la HAS (décembre 2012)



AUTEUR : Nom : BEAUGENDRE

Prénom : Matthieu

Date de soutenance : Jeudi 18 avril 2024

Titre de la thèse : Étude PEDAGOFAMIREA : Mise en place d'une formation in situ à l'entretien famille utilisant le jeu de rôle, et analyse de l'impact sur les internes.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Réanimation

DES + FST/option : Anesthésie-Réanimation

Mots-clés : Simulation, Entretien, Famille, Internes, Jeu de rôle, Réanimation

Résumé :

Introduction :

La formation des praticiens exerçant en réanimation à l'entretien famille n'est pas standardisée. Elle se fait souvent par compagnonnage au cours de l'internat.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser l'impact sur les internes d'une formation simple, pratique et peu onéreuse, se déroulant par jeux de rôles au sein de services de réanimation, et d'en évaluer la faisabilité.

Matériel et méthode :

Un réanimateur diplômé de pédagogie par la simulation, une psychologue et un facilitateur ont réalisé au sein de plusieurs services de réanimation des Hauts de France plusieurs sessions de formation par jeux de rôle. La formation complète comprenait deux interventions à un mois d'intervalle (F1 et F2). A chaque session, trois scénarios d'entretien famille étaient joués par les internes et un feedback collectif était réalisé au décours.

Une analyse thématique a été réalisée sur le contenu des entretiens familles simulés pour explorer une éventuelle variation des thèmes retrouvés et de leur fréquence d'occurrence entre les deux sessions. Un questionnaire a évalué la satisfaction des internes. Le sentiment d'efficacité personnelle a été comparé avant et après chaque séance.

Résultats :

A ce jour, 62 internes ont participé à F1, et 26 à F1 et F2 (soit 42% des internes ayant bénéficié de la formation complète).

L'analyse thématique du contenu des entretiens nous a permis de faire émerger un arbre thématique comportant 7 thèmes et 21 sous-thèmes. Les résultats préliminaires ne semblent pas retrouver de différences dans les thèmes et leur répartition.

La satisfaction des internes était excellente avec plus 95% de satisfaction (très satisfaits ou plutôt satisfaits). Sur une échelle de 1 à 10, la moyenne du sentiment d'efficacité personnelle des internes passe de 5,31 à 6,82 en F1, de façon significative ($p < 0,01$). En F2, la moyenne du sentiment d'efficacité personnelle passe cette fois ci de 7,15 à 7,85, également de façon significative ($p < 0,01$).

Conclusion :

Une formation simple, via des jeux de rôles réalisés au sein des services de réanimation, améliore de manière significative le sentiment d'efficacité personnelle des internes en stage en réanimation à mener un entretien famille en tant qu'interlocuteur principal.

Composition du Jury :

Président : Pr LEBUFFE

Assesseurs : Dr GRANIER, Dr PARMENTIER

Directeur de thèse : Dr DUPRE