



HAL
open science

Application de la simulation médicale en psychiatrie : étude longitudinale évaluant la pertinence d'un score d'efficacité

François Nguyen

► **To cite this version:**

François Nguyen. Application de la simulation médicale en psychiatrie : étude longitudinale évaluant la pertinence d'un score d'efficacité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932405

HAL Id: hal-01932405

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932405>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2016

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

François NGUYEN

le 21 novembre 2016

APPLICATION DE LA SIMULATION MEDICALE EN PSYCHIATRIE

**ETUDE LONGITUDINALE EVALUANT LA PERTINENCE D'UN SCORE
D'EFFICACITE**

Examineurs de la thèse :

M. Raymund SCHWAN	Professeur	Président
M. Marc BRAUN	Professeur	Juge
M. Bernard KABUTH	Professeur	Juge
Mme Caroline PHAM-DINH LOUX	Docteur en Médecine	Juge, Directrice de thèse
Mme Fabienne LIGIER	Docteur en Médecine	Juge, Directeur de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
 Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
 Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
 Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN, Président du jury

Professeur de Psychiatrie d'Adultes,

Centre Psychothérapique de Nancy

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

*Pour vos enseignements et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail,
veuillez trouver ici mes sincères remerciements et l'assurance de mon profond
respect.*

À Monsieur le Professeur Marc BRAUN, Juge

Professeur d'Anatomie (option clinique, radiologie et imagerie médicale),

Doyen de la Faculté de Médecine,

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse.

*Merci pour l'intérêt que vous portez au développement du centre de simulation
médicale sans lequel cette thèse n'aurait jamais vu le jour.*

À Monsieur le Professeur Bernard KABUTH, Juge

Professeur de Pédopsychiatrie,

Docteur en Psychologie,

Centre Psychothérapique de Nancy

Merci pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

*Vos enseignements de pédopsychiatrie et de psychothérapie institutionnelle ont
inspiré et marqué ma pratique.*

Merci enfin pour l'intérêt que vous témoignez à ce travail par votre présence.

À Madame le Docteur Caroline PHAM-DINH LOUX, Juge et Directrice de thèse

Docteur en Psychiatrie,

Merci infiniment d'avoir immédiatement accepté de m'accompagner et de me diriger dans ce travail de thèse.

Tes conseils et tes avis ont été particulièrement précieux.

J'espère être digne de la confiance et du temps que tu m'as consacré.

À Madame le Docteur Fabienne LIGIER, Juge et Directrice de thèse

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Centre Psychothérapique de Nancy

Merci pour tes relectures précises et ton soutien constant.

Merci pour la confiance que tu m'as accordée et pour ta disponibilité.

Merci pour ton encadrement des simulations au CUESIM en tant qu'urgentiste pour lequel tu es d'ailleurs plus que convaincante et tous les moments d'humour qui s'en sont suivis.

Tes enseignements et ton intérêt pour la formation des futurs psychiatres suscitent toute mon admiration.

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie Adultes,

CHU de Nancy

Merci pour la richesse de vos enseignements au cours de mon internat.

Croyez en l'assurance de mon plus profond respect. .

À Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Merci pour vos cours, principalement autour de la question de la périnatalité,

qui m'ont beaucoup apporté.

À celles et ceux qui ont contribué à cette étude

À Olivier BAUDOIN, THE « patient standardisé », merci d'avoir accepté de participer à cette étude et d'avoir interprété ton rôle quasiment quarante fois avec le même investissement et la même surprenante qualité (crois moi j'ai revu toutes les vidéos de très nombreuses fois !). Ce travail n'aurait pas pu avoir lieu sans toi.

À Mme HIND HANI du CUESIM, merci pour votre accueil très chaleureux lors des toutes les séances de simulation et votre disponibilité de tous les instants.

À toutes celles et ceux avec qui j'ai eu le plaisir d'apprendre mon métier

Au service de psychiatrie d'adultes de Verdun

Au Docteur Annick BAUSSANG et à toute l'équipe soignante et administrative qui m'a accueillie les bras ouverts (j'ai toujours le magnifique stylo en croco !!!!)

Au personnel du service de psychiatrie adulte de Mont Saint Martin

Au docteur Stéphane KELLER mais aussi à Audrey Catherine et Serge

A l'équipe soignante de la clinique, du CMP et de L'UMGC : Delphine Joëlle Eliane et à leur chaleureux accueil

Au personnel du service de pédopsychiatrie de Briey

Au Dr BERTEL et à son originalité ! Ainsi qu'à toute sa très généreuse équipe de pédopsychiatrie de Briey.

Au personnel du CMP de TOUL

Au Dr PRIETO à Bernard et à sa très féminine équipe soignante (Gérald !!!) ainsi qu'à Cindy (qui soigne aussi, nos emplois du temps !)

Au Pr KAHN pour sa bienveillance et son enseignement.

A Archambault (UPPA)

Merci aux Docteurs QUENOT, TADRI et FAVIER mais aussi au Dr BOUILLOT pour votre écoute et vos conseils ainsi qu'aux soignants (du service et du CMP) qui m'ont permis de découvrir la vie du troisième âge comme jamais on ne peut la voir en dehors.

Au service de liaison pédopsychiatrie de l'hôpital des enfants de NANCY

Au Dr LEDOUIGOU et son impressionnante maîtrise des relations avec les enfants (je ne suis toujours pas arrivé à raccrocher ma mâchoire) et pour ses conseils si précieux

Au Pr KABUTH pour son indéfectible présence et son engagement quand tout le monde est pris.

A Marie Chantal pour sa superbe confiture à la mirabelle et sa gentillesse tout aussi douce !

A Denis et à nos monologues automobiles sans concessions

Aux Dr MAAZI, LIGIER et BODY LAWSON

Au service de l'UPPAM

Au Docteur François « senior » LARUELLE, merci d'avoir dirigé mon mémoire de DES, et de m'avoir accueilli dans votre service !

Aux Docteur Caroline NAZALIK et Dorothee CRIVELLI et leur incroyable bienveillance de chaque instant et à toute l'énergique équipe et leurs multiples compétences.

Au service de psychiatrie adulte de Mont Saint Martin

Ne dit-on pas jamais deux sans trois ? Mais il paraît aussi que les règles n'existent que par les exceptions ! La voilà ! Merci aux deux « petites » nouvelles Wynona et Marie ! Deux supers semestres par le soutien, l'enthousiasme et la gentillesse de tous (mon retour valide mes propos) Évidemment j'assume aussi mes remerciements à tout le pôle européen des trois frontières.

À mes amis

Par ordre chronologique :

À mes amis d'enfance

A Ludivine (déjà 31 ans !!!) et Aurélie (déjà 25 ans !)

À ceux avec qui j'ai traversé la P1 et au-delà

A mes très chères Marie-Béné-Perrine R (avec Ludo et Romain) , Sophie R , Alexia P, Camille B, Milou B ,Hanane B, Melou C (et les autres cats) que j'ai adoré rencontrer et avec qui j'espère pouvoir encore partager tant de moments !

A la machette au JB et au Vince mon ORL préféré !

A Ewald mon alter égo dans la souffrance de la fonte (et de la honte) !

A Huutri, Anne-laure et leur petite fille !

A Ksenija, Hamza, Julien et Simone sans qui je ne serais pas dans cette voie

A Seb grâce à qui je me suis éclaté à faire ma rock star... et c'est très plaisant

Sans oublier le Eron Patapon

A mes rencontres durant l'internat

A mes co-internes psychiatres qui batailleront comme moi à casser les clichés du psy qui dort en séance et qui travaille 2 heures par jour ! A ma « psycharadorée »! Et au « petit » Hugo qui va et vient entre le Nord et Sud et l'Ouest et l'Est !

A tous mes potes de l'internat de VERDUN 2012 où jamais je ne me serais vu tant aimer une telle proximité avec un groupe de personnes si différentes et si enrichissantes avec Clara, Anne-sofiote, Mab, Jamila, Birdo,Manuela, Lulu, Elodie, Cindy, Caro, Bobotte, Chris, Tom, Jojo, Arnaud, Manu G et tous les autres évidemment !

A Philippe et Laurent qui m'ont subjugué et qui vont continuer à m'hypnotiser avec toute ma superbe promo de Maurice Ravel 2015 !

Aux charmantes pédiatres de l'été 2015 : Aurore Camille Emilie Géraldine Gisèle Isis Loriane, Mathilde Sara et.... Simon (désolé !!!)

A Lucie qui m'a époustouflé par son dynamisme, Ariane par son calme, Agnès par son talent de dessinatrice, Séverine pour ses histoires et sa capacité de travail.

A mon libraire préféré Raoul

A mes potes de snowboard qui m'ont encouragé à remonter dans ma chambre travailler au lieu de faire la fête : OliG, Alessandro P.

Mais aussi :

A Perrine de Meuse, Max Ten de Thionville, Poup's de Toul, à Sam, Jerem et Flo mes coaches rémois préférés.

À tous les participants et organisateurs de cette étude. J'espère que cette expérience pourra continuer.

Merci à ceux qui, de près ou de loin, m'ont soutenu pendant ces études.

Et bien sûr à Fred et Delphine, Alex David et Gabin à qui m'ont assuré de leur soutien dans les derniers moments.

A Juliette C. qui me manque chaque jours (et à ses adorables parents) et pour qui j'essaie toujours d'aller plus loin dans ma vie d'Homme.

Enfin et avec le plus grand des amours, merci à mes immortels parents et à ma sœur Audrey qui m'ont toujours soutenu dans mes choix plus ou moins inspirés, et à mes quatre grands-parents pour une reconnaissance éternelle sans qui je n'existerais pas : Catherine et Jacques PERONEILLE, Tu Bang Bi et Thai NGUYEN.

Serment

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

INTRODUCTION.....	30
I. L'entretien psychiatrique:	31
1. Evaluer la qualité d'un entretien psychiatrique, les outils :.....	31
A. Le processus d'alliance	31
a. La durée de l'énoncé.....	31
b. Le temps de latence de la réponse	31
c. Le pourcentage d'interruption.....	31
d. Le jugement personnel du patient.....	32
B. L'engagement	32
2. Une capacité à réunir des données valides.....	33
3. L'empathie	33
4. Caractère thérapeutique de l'entretien :	35
5. Objectif : amener le patient à répondre favorablement à la proposition thérapeutique,.....	36
à l'adhésion au traitement.....	36
6. Le plan d'un entretien.....	37
II. Justification :	38
1. Théories de l'apprentissage	39
A. La théorie behavioriste	39
B. La théorie constructiviste.....	40
C. La théorie cognitiviste.....	41
2. Etat des lieux de la simulation médicale.....	42
3. Applications en médecine et les références à la réanimation	42
4. Application en psychiatrie	44
ARTICLE.....	46

Résumé	47
Introduction.....	47
Matériel et méthode.....	47
Résultats	48
Discussion et conclusion.....	48
Abstract	49
Introduction.....	49
Material and method	49
Results	50
Discussion and conclusions.....	50
INTRODUCTION :	51
MATERIEL ET METHODE :	51
DISCUSSION :	59
CONCLUSION :	63
CONCLUSION ET PERSPECTIVES:	64
A. Proposer aux internes un outil permettant d'évaluer leurs progrès.....	65
B. Utiliser la simulation médicale pour valider l'efficacité d'un enseignement	65
C. Approfondir la problématique du patient simulé	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES.....	72

INTRODUCTION

Le rôle de la communication entre le médecin et le patient est de permettre l'adhésion aux soins. De l'incompréhension au cours d'un échange parfois difficile entre un médecin et son patient peut résulter par exemple un refus de vaccination obligatoire. En psychiatrie, la dispensation des soins sous contrainte rend particulièrement importante la qualité de la relation médecin patient.

Dans le champ de la psychiatrie, le premier contact avec le soignant est susceptible de déterminer à lui seul l'avenir de la qualité du lien avec le patient, De nos jours, la psychiatrie conserve encore l'image d'une stigmatisation symbolique au sein de la population générale, de toute personne en contact avec cette spécialité.

Le premier entretien psychiatrique avec un patient relève de techniques spécifiques (1) conduisant à un comportement qui ne peut être spontané. Ces techniques spécifiques attribuent une fonction au médecin en tant que soignant et au patient en tant que demandeur de soins.

I. L'entretien psychiatrique:

Selon le Professeur Jean Louis Terra, (2) chaque entretien est un acte de création unique et non duplicable. L'entretien constitue le fondement de toute intervention en santé mentale.

1. Evaluer la qualité d'un entretien psychiatrique, les outils :

A. Le processus d'alliance

La qualité de l'alliance du patient avec son médecin peut être évaluée de différentes façons. Le médecin l'estime subjectivement. Il est possible de retrouver des éléments plus objectifs (3) et mesurables comme :

a. La durée de l'énoncé

Au moment de l'interrogatoire, le patient répond aux questions. Cette durée de verbalisation tout comme la spontanéité des propos du patient, est liée au degré de confiance envers son soignant.

b. Le temps de latence de la réponse

Le temps mis par le patient à répondre, est en rapport avec la sérénité du patient auprès du médecin, plus celui-ci est court plus grande est sa sérénité.

c. Le pourcentage d'interruption

Il correspond à la propension du patient à couper les questions de son interlocuteur. Ce pourcentage d'interruption sera d'autant plus petit que l'alliance sera efficace.

d. Le jugement personnel du patient

« En permettant au patient de peindre librement le tableau de son histoire, il peut alors concéder à entrer dans une relation équilibrée de confiance réciproque et ainsi éviter toute interaction parasite ». On parle de transfert élément constitutif de toute relation.

B. L'engagement

Lors d'un entretien il apparaît indispensable d'obtenir l'engagement du patient en vue d'établir une alliance thérapeutique. Cette alliance permettra par la suite l'élaboration d'une stratégie thérapeutique adaptée assurant l'observance. Cette alliance thérapeutique se présente sous formes d'éléments comportementaux et émotionnels perceptibles au cours de l'entretien.

L'engagement est une notion importante car en cas d'échec, ou simplement d'un manque d'engagement, les conséquences seront multiples.

Cet engagement se trouve entre des bornes déterminées : le psychiatre n'est plus celui qui sait tout et décide ce qu'il faut pour le bien-être du patient. Il a un rôle « d'accompagnateur dans les expériences du patient ». Il aide à mettre des limites, et reconnaît que le malade a une meilleure connaissance de lui-même. C'est « le patient qui, in fine, prend les décisions par rapport à sa maladie, à ses traitements, en toute connaissance de cause ». (4)

Le soignant doit donc connaître ces limites et se positionner dans l'offre de soin pour assurer un soutien suffisant.

Si le patient ressent un manque d'étayage de la part du médecin, la validité des données ainsi collectées durant l'entretien peut être mise en cause par l'existence d'une réticence réactionnelle.

2. Une capacité à réunir des données valides

L'entretien a également pour but de réunir le plus d'informations valides auprès du patient, l'objectif étant d'avoir un maximum d'éléments pour pouvoir proposer une orientation thérapeutique à laquelle, selon les situations, le patient va pouvoir adhérer.

Cette capacité du soignant à récupérer des données valides fait écho sa propre compétence à mener un entretien.

Le patient prend en référence le soignant en tant qu'expert de la situation qu'il vit, et l'entretien va déterminer une réponse à la question suivante : « Cette personne est-elle en mesure de m'aider ? » L'aide sera aussi déterminée par la capacité du soignant à comprendre le monde tel que le patient le vit pour qu'il puisse évaluer tous les enjeux d'une proposition médicale.

Selon les travaux de Gregory Bateson, Erving Goffman, Edward Hall, Paul Watzlawick, la communication est définie et étudiée comme « un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportement : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel... » (5) qui s'impose à la relation soignant-soigné.

Toute communication présente deux aspects : le contenu (communication digitale) et la relation (communication analogique), tels que le second englobe le premier, la communication analogique faisant partie de la métacommunication (6).

Une communication adaptée permettra alors de maximiser la compétence à réunir les informations nécessaires pour mieux répondre aux besoins du patient.

3. L'empathie

Selon Carl Rogers (7), l'empathie, c'est l'aptitude du clinicien à percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations

qui s'y rapportent comme s'il était cette autre personne mais sans jamais perdre de vue ce « comme si ».

Le professeur Ramachandran (8), situe l'empathie au niveau de structures cérébrales qu'il nomme les neurones miroirs par leurs fonctions : ils sont activés indistinctement lors d'une action observée et d'une action effectuée. Ils envoient un message nerveux qui permet de faire ressentir ce que vit l'observé comme si on le vivait soi-même.

Une expression étant incarnée par des messages, notamment au niveau des mimiques, les neurones miroirs font vivre en interne cet état, et renvoient directement à ce que l'observateur ressentirait s'il faisait la même mimique. Sans exclure les articulations avec l'apprentissage, les expériences en ce sens valident le fait de ressentir en interne un état observé, même si ce n'est pas l'autre qui est ressenti, mais « soi-même dans la même attitude physique que l'autre ».

Ainsi, voir rire ou pleurer active les mêmes circuits que si l'on pleurait soi-même. C'est par l'intermédiaire de ces mêmes neurones miroirs que nous pouvons reproduire les gestes des autres durant l'enfance, période correspondant à une phase d'apprentissage motrice.

En faisant le parallèle avec la relation soignant-soigné, ce comportement fait appel au cycle de l'empathie ou « réaction partagée » :

- Le patient exprime une émotion,
- Il y a reconnaissance des sentiments du patient par l'aptitude d'écoute,
- Le clinicien affirme son empathie par son discours,
- Le patient reçoit la formulation porteuse d'empathie,
- Le patient indique par une réaction au clinicien qu'il a bien reçu la formulation empathique.

L'empathie n'est cependant pas à confondre avec d'autres notions :

- La contagion émotionnelle se définit par un état affectif éprouvé identique à l'interlocuteur sans conserver la distance entre soi et autrui.
- La sympathie du grec syn- :« avec » et pathos « souffrance » consiste aussi à comprendre les émotions d'une autre personne mais elle comporte une dimension affective supplémentaire. Il ne s'agit donc pas de s'impliquer en intégrant les émotions de l'autre et en se les appropriant. L'empathie tend vers l'objectivité quand la sympathie est bien plus subjective.

Selon Lauren Wispe "Altruism, Sympathy and Helping " (référence) : « *L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui.* »

- La compassion vient du latin, « cum-patire », « souffrir, éprouver avec » est le sentiment par lequel on est porté à percevoir ou ressentir la souffrance des autres, et poussé à y remédier. Les mots « pitié » et « apitoiement » « commisération » « miséricorde » signifient originellement compassion.

L'empathie peut donc être un indicateur de qualité d'un entretien psychiatrique.

4. Caractère thérapeutique de l'entretien :

Une des ambitions d'un entretien dans des conditions d'urgences, ce qui peut être le cas d'un premier entretien, est de réduire l'anxiété du patient.

Cela est développé par Caroline Cintas qui aborde la pénibilité du travail en hôpital psychiatrique (9). Pour y faire face, le soignant doit pouvoir se sentir dans une position confortable. L'établissement de conditions optimales de confort permet l'expression de l'empathie mais aussi de lucidité et d'analyse de la situation au patient.

Afin d'être « anxiolytique », inspirer un sentiment de sécurité est important. Ce sentiment de sécurité se construit à travers plusieurs éléments comportementaux du soignant.

5. Objectif : amener le patient à répondre favorablement à la proposition thérapeutique, à l'adhésion au traitement.

Les soignants peuvent être amenés à devoir convaincre les patients. Selon les critères médicaux pour lesquels il considère devoir fournir des soins, le médecin se voit attribué une nouvelle fonction, celle de convaincre étant une part très importante selon les situations. Pour le Dr Philippe Breton (10), « convaincre c'est prendre la liberté d'un affrontement pacifique ». Qu'est-ce que convaincre ? Ce n'est jamais décider pour l'autre sans son consentement, avec un bémol à mettre sur le consentement. Le consentement n'est pas seulement l'accord verbal du patient. A la grande différence d'une relation commerciale, l'accord médecin-patient se doit d'être pérenne.

Un patient n'est pas seulement patient le jour où il est vu par le médecin. L'entretien est une rencontre, avec des tenants et des aboutissants. L'argumentation est de ce point de vue un outil d'ouverture et de pacification. Cela reste essentiel car toute manipulation ressentie par le patient peut aboutir au recours d'une certaine violence.

Toute forme de manipulation est une violence dans la relation. C'est prendre le pouvoir sur l'autre, avoir de l'influence. Il ne faut pas céder aux sirènes de l'efficacité pour décider de prendre le pouvoir dans le cadre d'une relation soignant-soigné. Le confort dans la relation avec les interlocuteurs est un objectif à atteindre mais ne doit pas être le seul (synchronisation de la respiration, tonalité de la parole posée, attitude rassurante). Sans loyauté, l'échange s'inscrit dans la manipulation par la séduction ou la gymnastique intellectuelle.

La manipulation ne doit en aucun cas être une possibilité acceptable. L'information loyale et éclairée reste de mise au cours de l'hospitalisation sous contrainte.

6. Le plan d'un entretien

Selon Jean Terra (2) la structure d'un entretien est dynamique et implique différentes phases :

- Introduction
- Ouverture
- Corps de l'entretien
- Clôture de l'entretien
- Fin de l'entretien

À la fois codifié et ouvert, l'entretien nécessite néanmoins un cadre que Jean Terra détermine précisément.

II. Justification :

Dans l'inconscient collectif, l'action caricaturale du psychiatre, quelle que soit la situation, s'apparente souvent à une écoute passive. Cette idée potentiellement partagée par la population non professionnelle ainsi que les étudiants en médecine disparaîtra au contact des patients pour les étudiants en médecine lors de leurs interventions à l'hôpital au sein de leur deuxième cycle d'étude.

Leur connaissance partielle des situations d'urgence de terrain ne pose pas de problème avant d'y être confrontés eux-mêmes.

Dans le cadre de la fonction de l'interne en psychiatrie, les gardes régulières en service mais aussi aux urgences sont une réalité que peu d'étudiants connaissent.

L'évaluation des différentes situations rencontrées par un ou une jeune interne en psychiatrie doit se faire au départ sans grande expérience en dehors des connaissances théoriques acquises au cours du second cycle et de l'indispensable bon sens que nos Maîtres nous sensibilisent à utiliser dès le début de nos études. Cette évaluation implique la prise de contact, la gestion du lien et de l'empathie dans cette relation naissante.

Pour les futurs internes de psychiatrie, les quelques places en service spécialisé en tant qu'étudiants hospitaliers ne préparent pas à gérer les situations d'urgence rencontrées au quotidien ou en garde par exemple.

L'arrivée dans un nouveau service avec de nouvelles responsabilités pose donc toujours problème au jeune interne.

L'aide précieuse des gardes doublées est un indéniable atout. L'interne nouvellement nommé se retrouve en accompagnement/observation avec un interne d'année supérieure. Il ou elle profite alors d'une partie de l'expérience de son collègue.

Cet accompagnement ne permet cependant pas à un jeune interne de se mettre réellement à la place du décideur responsable. La différence avec sa position d'étudiant hospitalier quelques mois auparavant ne diffère que peu, tandis que son statut a radicalement changé.

Une réponse pertinente peut être apportée à cette situation : la simulation médicale qui constitue depuis deux décennies en Amérique du Nord et plus récemment en Europe un des moyens les plus efficaces d'aboutir à une nette amélioration de la formation des internes.

1. Théories de l'apprentissage

Il existe 3 théories sur l'apprentissage :

A. La théorie behavioriste

Selon Skinner (1968) « *laissé à lui-même dans un environnement donné, un étudiant apprendra, mais n'aura pas été enseigné. L'école de l'expérience n'est pas une école, non pas parce que quelqu'un n'y apprend pas, mais parce que personne n'y enseigne. L'enseignement est le combustible qui accélère l'apprentissage. Une personne qui reçoit un enseignement apprend plus rapidement qu'une personne laissée à elle-même.* »

Pour les behavioristes (11), l'enseignement comprend une combinaison stimulus-réponse-feedback. (Feedback positif sous forme d'un renforcement positif), ces différents renforcements, permettent à l'enseignant d'appliquer ce fameux dicton. : *la répétition est la mère de l'apprentissage* dont l'efficacité sera mesurée par la modification du comportement observable.

Les erreurs sont considérées comme liées à des absences de renforcement, donc comme un non apprentissage.

B. La théorie constructiviste

Le constructivisme (11) est un courant psychologique mis sur pied par Jean Piaget, et est né de la réaction au béhaviorisme de Watson qui réduit l'être humain à une boîte noire qui ne peut être explorée. Le constructivisme est une théorie de l'apprentissage qui met en valeur l'acquisition des connaissances par étapes. Il structure le développement qu'il découpe en trois principaux stades :

- Le stade de l'intelligence sensori-motrice (0-2ans) : c'est la période de la construction de l'objet permanent et de l'espace proche.
- Le stade des opérations concrètes (2-11ans) : c'est le stade de la construction des notions de quantités, de fonction symbolique, du langage, de la conservation, de la réversibilité, de l'inclusion, de la classification...
- Le stade des opérations formelles (11-15 ans, 16ans) : elle se traduit par le passage à la pensée conceptuelle et socialisée, le raisonnement hypothético-déductif apparaît.

L'apprentissage chez Piaget repose sur deux modalités : l'accommodation et l'assimilation. L'assimilation est l'incorporation des apports extérieurs et l'accommodation est l'adaptation aux nouvelles conditions et modification des schèmes antérieurs établis. L'apprentissage est confirmé à travers le processus d'adaptation qui permet à l'organisme de rechercher l'équilibre et s'adapter aux situations nouvelles du milieu. Le constructivisme souligne le caractère interdépendant de la relation organisme/milieu.

→ Dans la pratique éducative

Le modèle constructiviste de Piaget préconise l'apprentissage dans l'interaction entre un sujet et son environnement : sujet/objet.

Dans la théorie piagétienne, le sujet apprend en s'adaptant à un milieu ; c'est en agissant sur le monde qu'on apprend ; c'est à travers des expériences effectuées qu'on acquiert une connaissance. L'enfant est un individu ayant son propre rythme d'évolution que la pédagogie doit prendre en considération ; ce qui est différent dans les pédagogies attachées à des programmes précis où l'apprentissage se fait par l'action.

Il n'y a pas de prise en compte des aspects de l'apprentissage permis par les interactions avec des pairs.

C. La théorie cognitive

Le cognitivisme (11), défend l'idée selon laquelle, la psychologie est l'étude des processus mentaux et non du comportement observable. L'Homme n'est plus une boîte noire à laquelle on n'a pas droit à l'accès. Ainsi Hull et Tolman, sont les premiers à ouvrir la "boîte noire", c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes qui prennent place entre la stimulation du sujet par l'environnement et la réponse observable de l'organisme. Ils cherchent à comprendre la cognition, c'est à dire comment l'humain construit de la connaissance et la transforme. Ils privilégient l'étude du fonctionnement de l'intelligence, de l'origine de nos connaissances ainsi que des stratégies employées pour assimiler, retenir et réinvestir les connaissances.

→L'influence du cognitivisme dans l'éducation.

Ainsi le processus enseignement/apprentissage se présente en quatre étapes :

- L'apprentissage comme processus dynamique de construction des savoirs.
- La conception de l'enseignement : elle renvoie, à l'instauration d'un environnement didactique.
- Le rôle de l'enseignant qui permet l'acquisition des connaissances (par l'entretien de la motivation de l'engagement d'apprendre).

- L'évaluation qui se doit d'être fréquente pour vérifier les acquis.

→ En somme, dans l'approche behavioriste, l'apprenant découvre le savoir dans le constructivisme, l'apprenant construit son savoir et dans le cognitivisme l'apprenant traite activement le savoir qu'il reçoit de l'enseignant.

Il est donc déterminant de cumuler les 3 théories dans un cadre pédagogique complet. Chacune des 3 théories abordent la répétition comme un ancrage nécessaire des connaissances.

2. Etat des lieux de la simulation médicale

L'intérêt de la simulation médicale dans le cadre d'un enseignement évite l'apprentissage sur de « vrais » patients pour des raisons de sécurité et de qualité d'enseignement au dépend de l'enseignement au chevet du malade tel qu'il est argumenté dans l'article de Okuda Y (12).

La simulation a également démontré sa capacité à améliorer les connaissances médicales (12) dispensées par ailleurs à l'occasion des cours théoriques.

L'ouverture sur d'autres études est nécessaire pour évaluer les impacts de la simulation médicale sur l'amélioration des soins et les résultats obtenus chez les patients.

3. Applications en médecine et les références à la réanimation

Le thème abordé dans Age and Ageing avait pour origine l'application de la simulation dans le cadre très spécifique de la spécialité de gériatrie. (13) En effet, la réflexion menée a été l'observation d'un manque d'étude sur l'impact de la simulation en gériatrie dans le domaine de l'enseignement.

Une séance d'enseignement abordant le délire, les chutes, les mauvais traitements à travers différents scénarios a été développée. Chaque étudiant de troisième année a été évalué une fois avant, une fois juste après et une fois un mois plus tard, incluant ainsi un élément de répétition autour de la séance de simulation. Ce groupe d'étudiant a été comparé à un autre groupe ayant eu un apprentissage traditionnel, sans simulation, mais soumis au même questionnaire et dans les mêmes conditions.

Les connaissances des élèves ont été améliorées de manière significative après la session de simulation et confirmées quand réévaluées un mois plus tard. Les étudiants qui ont reçu la formation fondée sur la simulation ont surclassé ceux qui ont reçu l'enseignement non simulé.

L'étude a été accompagnée par les commentaires des étudiants extrêmement positifs montrant également l'influence positive de la simulation sur la perception de la spécialité partagée par la grande majorité des étudiants.

L'utilisation de patient simulé permet d'utiliser des situations cliniques variées plus ou moins caractérisées et d'autant plus efficaces qu'elles peuvent s'adapter en fonction des compétences visées et en fonction de l'expérience des médecins à qui elles s'adressent.

La simulation peut avoir le but d'améliorer les réflexes tout comme utilisée en réanimation, elle peut aussi avoir une fonction de réassurance, en diminuant le côté anxiogène de certaines situations pour les étudiants. Le débriefing et l'encadrement permettant à ce genre d'exercice d'écarter ou au moins de réduire les sentiments de menace.

La question qui se pose est l'apport de la simulation pour éviter les complications dans la gestion d'un patient chronique mais aussi dans les situations aiguës qu'elles soient urgentes ou non. La répétition devient partie intégrante de cette méthode d'apprentissage.

4. Application en psychiatrie

McNaughton (14) a réalisé une revue de la littérature concernant la simulation dans l'éducation psychiatrique, les innovations récentes et les considérations éthiques émergentes liées à l'enseignement et à l'évaluation sur la base des données de MEDLINE, ERIC et PsycINFO de 1986 à 2006. Ses conclusions ont été les suivantes :

- la simulation peut être utilisée utilement dans l'enseignement, l'évaluation et la recherche à tous les niveaux de formation en psychiatrie.
- une recherche plus ample reste nécessaire sur l'implication des différentes technologies de simulation en psychiatrie. Restent sur cinq mille articles, seulement soixante-douze traitants le terme de simulation et de patients standardisés ou jeu de rôle et de l'éducation de la psychiatrie.

Dans l'enseignement de la psychiatrie la simulation s'utilise encore peu mais avec les scénarios cliniques réels permettent sans exposer les patients à de l'inconfort ou à un quelconque risque.

Une variante intéressante mérite d'être citée : aux Etats Unis, dans un IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) du Nevada, en partant de l'observation des réactions rencontrées au sein des équipes soignantes, le Dr Amy Chaffin chef d'un service fermé de psychiatrie ayant un recrutement de pathologies majoritairement schizophréniques, a organisé une expérience avec quatre infirmiers du service. A partir d'un enregistrement validé par un patient ayant des hallucinations auditives, les soignants, tout en écoutant cet enregistrement, devaient s'acquitter de tâches particulières (dessiner avec des bâtons, lire un texte puis répondre à des questions simples) durant une période courte (moins d'une heure). Puis, les soignants ont été consultés. Ce qui en ressort est une expérience véritablement handicapante avec des difficultés à la concentration et des maux de tête. La conclusion fut une amélioration

de la compréhension de la part des soignants dans l'expression concrète de la maladie de leur patient au quotidien.

L'expérimentation personnelle apporte ici une amélioration de l'empathie chez des professionnels pourtant déjà sensibilisés à ce genre de pathologie.

Une étude antérieure (15) sur la pertinence d'un score d'efficacité de l'investigation lors de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence a été menée. Ce score d'efficacité : I^2/Q où I est le nombre d'item retrouvés et Q le nombre de questions posées par l'interne a donc fait l'objet d'une étude expérimentale. En utilisant ce score comme élément de référence, il était permis d'évaluer de manière longitudinale (sur six mois) les progrès des étudiants en psychiatrie, en utilisant un programme de simulation basé sur un scénario déterminé, afin de vérifier et valider ou non l'apport de la simulation dans le cadre d'un enseignement. La répétition de l'exercice à l'identique apporte-t-elle une amélioration de la pertinence des étudiants au sein d'un entretien psychiatrique et quels en sont les autres apports potentiels ? (Sérénité, posture empathie implication etc...)

ARTICLE

SIMULATION MEDICALE EN PSYCHIATRIE :

VALIDATION D'UN CRITERE D'EVALUATION

MEDICAL SIMULATION IN PSYCHIATRY: VALIDATION OF AN

EVALUATION CRITERIA

François NGUYEN¹, Caroline PHAM-DINH², Vincent LAPREVOTE³, *Fabienne LIGIER*⁴,

- 1- Centre Médico psychologique adultes, rue de la Bannie, 54350 Mont Saint-Martin
- 2- CH Lorquin et Université de Lorraine (Nancy)
- 3- Centre psychothérapique de Nancy, rue du Docteur Archambault, pôle du Grand Nancy, 54521 Laxou.
- 4- Centre psychothérapique de Nancy, rue du Docteur Archambault, pôle du Grand Nancy, 54521 Laxou.

Mots clés : Enseignement ; psychiatrie ; simulation ; technique d'entretien ; critère d'évaluation.

Résumé

Introduction

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport de janvier 2012 la simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé dans le but de reproduire des situations ou des environnements de soin, afin d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux et de prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. La simulation est peu utilisée dans l'enseignement de la psychiatrie en France et l'objectif de ce travail était de valider un score d'efficacité de l'investigation lors d'un entretien psychiatrique d'urgence.

Matériel et méthode

Seize internes de premier semestre de psychiatrie ont participé volontairement à l'étude prospective et longitudinale réalisée sur deux sessions à six mois d'intervalle. La situation simulée et répétée était celle d'une suspicion de tentative de suicide élaborée puis testée à deux reprises par les investigateurs. Deux acteurs participaient à la simulation en jouant le rôle d'un médecin urgentiste et du patient. La consultation donnée par l'interne était retransmise par enregistrement audio et vidéo dans une pièce séparée de la salle d'urgence par une glace sans tain. Deux investigateurs relevaient en direct, puis à la relecture des fichiers enregistrés, différents éléments permettant l'élaboration de l'indicateur principal. Cet indicateur principal correspond au rapport du nombre d'informations utiles sur l'effort produit à recueillir des informations, qui a été traduit par un score d'efficacité ou score I^2/Q , représentant le nombre d'informations utiles (I), élevé au carré, rapporté au nombre de

questions posées (Q). Les indicateurs secondaires correspondaient au ressenti des internes vis-à-vis de l'outil simulation et de leur entretien et à l'évaluation par l'acteur de la qualité de l'entretien. Les résultats des deux sessions ont ensuite été comparés.

Résultats

Entre les deux sessions, nous avons observé :

- une amélioration significative du score I²/Q (p = 0,008)
- une amélioration de l'apaisement ressenti par le patient simulé en fin d'entretien
- une nette diminution des difficultés déclarées par les étudiants dans l'exercice simulation.

Enfin, une large majorité d'étudiants s'étaient sentis impliqués positivement dans la simulation et pour tous les internes, les séances de débriefings ont apporté une amélioration de leur capacité d'investigation et d'efficacité lors de la première session mais également lors de la seconde session.

Discussion et conclusion

Le critère d'évaluation I²/Q semble validé comme outil d'évaluation dans la simulation d'une situation donnée en psychiatrie. Les critères subjectifs d'évaluation se sont également avérés améliorés entre les deux sessions : l'intérêt et la motivation des étudiants, ainsi que leur ressenti ont sensiblement évolué. Si la simulation médicale et l'utilisation de ce critère d'évaluation semble apporter une amélioration dans l'enseignement en psychiatrie, il est maintenant nécessaire de l'appliquer ou de l'adapter à une plus grande diversité de situations médicales proposées aux étudiants.

Key words : Teaching ; psychiatry, simulation, technique of interview, criterion of evaluation.

Abstract

Introduction

According to the Haute Autorité de Santé (HAS) in its January 2012 report, the term simulation in health field concerns the use of any material (model or simulator) of virtual reality or of standardized patient aiming at reproducing caring situations or environments in view to teach diagnostic and therapeutic procedures, medical concepts and decision-making by a health professional or a team of professionals. Simulation is rarely used in France during the teaching of psychiatry and the aim of this work was to validate a score of investigation efficiency during an emergency psychiatric interview.

Material and method

During their first training period, sixteen residents in psychiatry volunteered for entering the prospective longitudinal study. The study was replicated with a 6 months-interval. A simulated situation was repeated for each student. The scenario was built around a suicide attempt, which was elaborated and tested twice by the investigators. Two actors played the respective role of a doctor in the Emergency Room and of a patient. The consultation given by the resident was broadcasted and followed by two investigators located in an adjacent room. A two-way mirror separated the two rooms. The investigators rated first in live and secondly by reading the recorded data the different elements leading to elaborate the main indicator. The major indicator was the ratio of the number of useful information by the effort produced to get these pieces of information translated into the I^2/Q score. I^2 was the square number of useful pieces of information and Q the number of questions raised by the resident. The minor indicators matched the feelings of the residents about the simulation tool; their interview and

the evaluation of the quality of the interview by the actor playing a patient the two sessions were eventually compared.

Results

Between the two sessions we observed:

- a significant increase in I²/Q score,
- an improvement in the appeasement felt at the end of the consultation by the fake patient,
- a clear reduction of the former difficulties declared by the students during the simulation exercise.

Finally, a vast majority of the students implied positively in the simulation process. For all of them, the debriefing sessions improved both their investigation and efficiency ability not only during the first session but also during the second session.

Discussion and conclusions

The evaluation criterion I²/Q seems to be validated as an evaluation tool during the simulation of a given situation in psychiatry. The subjective evaluation criterion appears to be positive as well: both the interest, the student motivation and the student's feeling substantially evolved. If medical simulation and the use of this evaluation criterion I²/Q seem to bring an added-value to the teaching of psychiatry, it is now necessary to apply or adapt it in a larger diversity of medical situations encountered by students.

INTRODUCTION :

Le premier entretien avec un patient est déterminant dans la relation médecin-malade. L'enseignement des techniques d'entretien aux étudiants de 3ème cycle en psychiatrie est proposé de manière hétérogène en France. Cet enseignement peut se faire sous forme de cours magistraux, sous forme d'entretiens avec des patients réels ou de jeux de rôle entre étudiants. L'utilisation de la simulation médicale en psychiatrie représente une autre modalité d'enseignement qui reste encore peu utilisée en France et encore moins dans le domaine de la validation de compétence. L'objectif de cette étude est de valider l'utilisation d'un score d'efficacité de l'investigation lors d'un entretien psychiatrique simulé.

MATERIEL ET METHODE :

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale de cohorte.

Sur la base du volontariat, seize futurs internes de psychiatrie de premier semestre de la Faculté de Médecine de Nancy ont été recrutés avant leur prise de fonction. Cette étude s'est déroulée sur deux sessions à 6 mois d'intervalle avec l'utilisation d'une situation clinique identique au sein du Centre Universitaire d'Enseignement et de Simulation Médicale (CUESIM) de la Faculté de Médecine de Nancy.

Chaque volontaire a reçu une lettre d'information et nous avons recueilli leur consentement signé le jour de la simulation.

Avant d'être présentée aux étudiants, la situation simulée a été élaborée puis testée à deux reprises par les investigateurs afin de finaliser le script et de permettre au patient « standardisé » de s'entraîner et de détecter d'éventuelles difficultés. La situation clinique proposée était celle d'une suspicion de tentative de suicide chez un homme de 29 ans qui venait d'avoir un accident de la voie publique et elle se déroulait aux urgences générales. La simulation impliquait la participation de deux acteurs : le médecin urgentiste et le patient ayant

préalablement appris le scénario. Les éléments appropriés à recueillir par l'étudiant ont été déterminés à la lecture du script par quatre psychiatres expérimentés. Ces éléments ont également été confrontés aux recommandations existantes sur la prise en charge de la crise suicidaire (16), et ce afin d'obtenir la liste d'items considérés pertinents.

Au début de la première session, les objectifs et les modalités de l'étude ont été présentées oralement aux étudiants, tout comme le contexte de la simulation : ils apprenaient qu'ils jouaient le rôle d'un interne de psychiatrie, de garde dans un service d'urgence et qu'une situation allait leur être soumise par un médecin urgentiste en pleine nuit. Il leur était précisé que l'objectif n'était pas de fournir une décision thérapeutique mais seulement de recueillir tous les éléments cliniques qui leur permettraient de prendre une décision. Enfin, ils étaient informés qu'ils n'auraient pas accès à l'entretien des autres, même après avoir passé la simulation.

La situation clinique et la demande médicale étaient préalablement décrites à l'interne par le médecin urgentiste qui pouvait répondre à d'éventuelles questions.

Puis, l'interne était conduit dans une salle du CUESIM simulant une salle des urgences, où l'attendait le patient. Ce dernier avait pour consigne de se montrer défavorable à un examen psychiatrique et de chercher à quitter au plus vite les urgences pour rejoindre son domicile. A l'exclusion de tout comportement de violence, l'acteur avait toute liberté d'action, y compris la possibilité de mettre fin précocement à la consultation en quittant les lieux s'il l'estimait justifié. Après dix minutes de consultation, l'urgentiste faisait irruption dans la salle des urgences pour mettre fin à l'entretien.

Une fois le briefing réalisé, chaque étudiant a réalisé un entretien auprès du patient simulé.

La consultation était retransmise en direct par enregistrement audio et vidéo dans une pièce séparée de la salle d'urgence par une glace sans tain. Deux investigateurs relevaient en direct certains éléments.

Après l'entretien simulé, chaque étudiant était accompagné dans une autre salle par l'un des deux investigateurs présents pour réaliser un débriefing individuel de la simulation afin de relever toute difficulté qui aurait pu émerger. L'étudiant pouvait ensuite y remplir au calme un questionnaire portant sur l'évaluation de l'outil simulation mais aussi de sa prestation. Pendant ce temps, l'acteur devait lui-même remplir un questionnaire concernant cet entretien. Il devait noter sur une échelle de 0 à 10 son ressenti : zéro pour une absence d'apaisement et 10 pour un apaisement total. Il notait également le niveau d'empathie ressentie sur une échelle de 1 à 10.

Une fois le questionnaire complété, l'étudiant rejoignait ses pairs, avec la consigne de ne rien dire sur le contenu de la simulation ou sur ses impressions personnelles.

Lorsque l'ensemble des entretiens était achevé, un débriefing commun était proposé aux étudiants par les deux investigateurs. Le débriefing reprenait d'une façon synthétique les ressentis de chacun et quelques notions théoriques sur la conduite d'entretien, illustré par des extraits vidéo. Les éléments utiles au débriefing et leur indexation ont été recueilli au fur et à mesure des entretiens par les investigateurs

Les méthodes de mesures et la méthodologie statistique ont été les suivantes :

Afin de constituer le score d'investigation I^2/Q , composé du nombre d'informations pertinentes recueillies par l'étudiant (I) sur le nombre de questions posées (Q), les entretiens ont tous été visionnés une nouvelle fois à distance de la simulation par un des investigateurs. Ce score a déjà été validé lors d'une étude préliminaire avec des internes de différents niveaux et a montré qu'il était corrélé au nombre des années d'étude.

Le numérateur I a été élevé au carré par souci de faisabilité, afin que les amplitudes des deux variables soient similaires, et pour valoriser la performance des étudiants capables d'obtenir un maximum d'informations en un temps limité. En effet, l'entretien psychiatrique aux urgences se doit d'être suffisamment court pour permettre une orientation efficace des

patients. Ces derniers peuvent également s'agacer voire souffrir d'un entretien trop long avec un interlocuteur qu'ils ne verront probablement plus après cette évaluation. La capacité à recueillir le plus d'informations pertinentes possibles dans un temps limité nous a donc semblé importante à valoriser. C'est pourquoi I^2/Q a été choisi au dépend de la fonction linéaire I/Q . En effet, la fonction I^2/Q valorise le gain d'information en peu de questions puisqu'elle ne croît pas de façon linéaire mais de moins en moins rapidement (Figure 1).

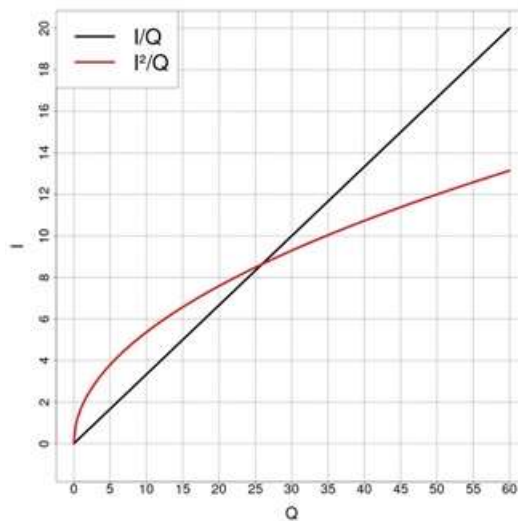


Figure 1 comparaison des courbes des fonctions I/Q et I^2/Q

Les valeurs quantitatives sont décrites par leur moyenne et leur écart-type, les variables qualitatives par leur effectif.

Pour cette étude, le logiciel R® a été utilisé afin de réaliser les statistiques sur la base du modèle d'analyse de covariance pour évaluer la corrélation entre I^2/Q et l'empathie ressentie par le patient, ainsi qu'entre I^2/Q et l'apaisement ressenti par le patient. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées à l'aide du test T de Student lorsque les conditions d'utilisation étaient respectées.

RESULTATS :

A la première session, le score moyen de I^2/Q est de 0,218 (Ecart-type $ET=0,264$) et de 0,508 ($ET=0,377$) à la deuxième session. La répartition est moins homogène à la deuxième session.

Il y a une amélioration significative du résultat I^2/Q entre les sessions ($p = 0,008$) (Figures 2 et 3).

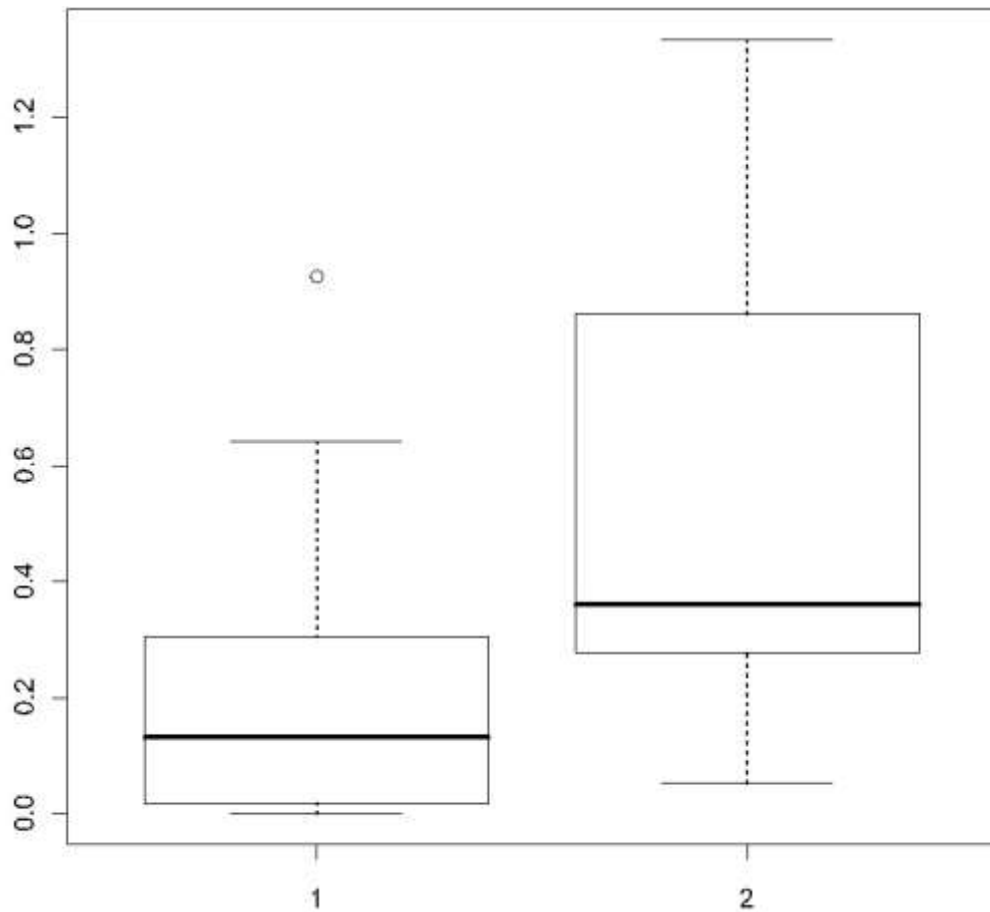


Figure 2 Répartition de I^2/Q de la première et de la seconde session

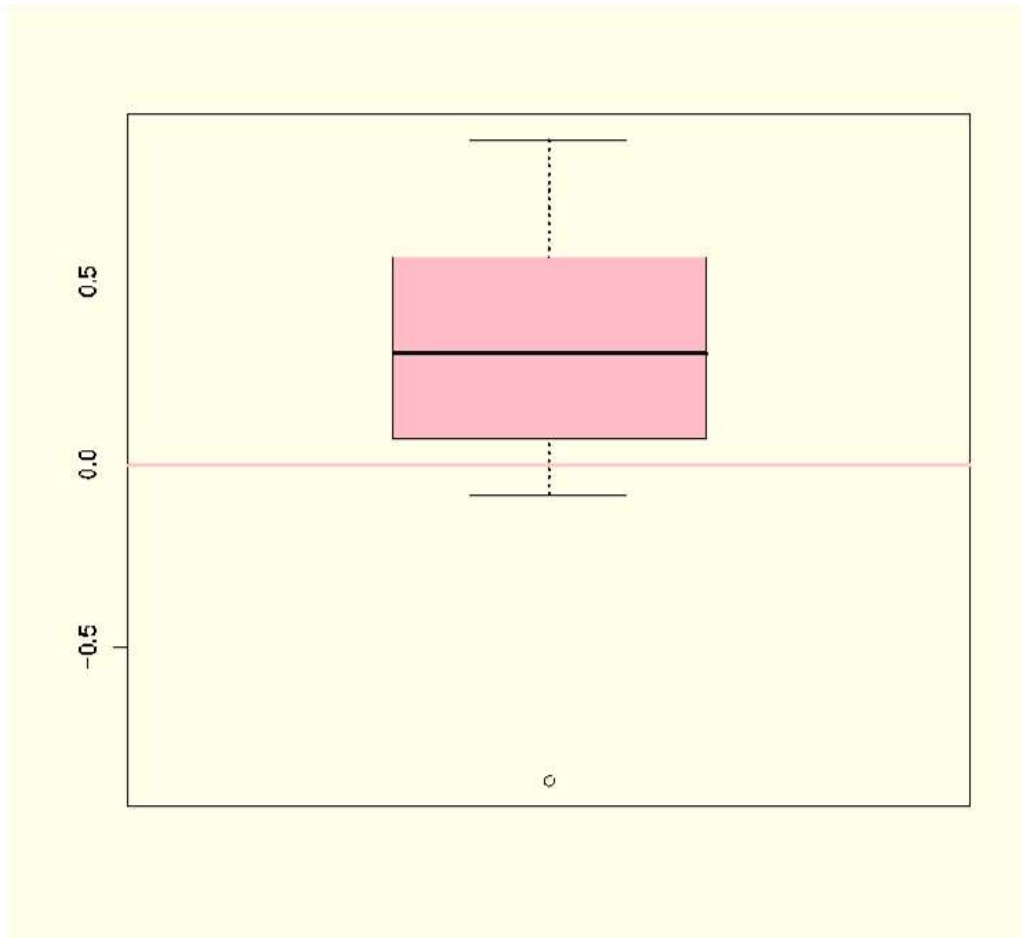


Figure 3 Répartition globale de I^2/Q (cumul des deux sessions).

Il y a une amélioration de la moyenne de l'apaisement du patient qui passe de 3,44 (ET=2,1) à la première session à 5,03 (ET=2,5) à la seconde session : 75% des internes obtiennent un apaisement identique voire amélioré du patient par rapport au début de l'entretien contre 56,25% à la première session.

La moyenne de l'empathie ressentie par le patient de la part des différents internes a présenté une baisse entre les sessions 1 et 2 passant de 6,56 (ET =1,75) à 5,5 (ET=1,67)

L'absence totale du suivi de la recommandation du médecin reste identique (50%) entre les deux sessions.

La grande majorité (93,75%) des étudiants se sont sentis impliqués durant les deux sessions.

Pour la première session les étudiants ont considéré à 68,75% avoir un peu reconnu les

éléments nécessaires pour l'évaluation contre 37,5% en seconde session et 12,5% avoir quasiment reconnu tous les éléments nécessaires contre 50 % en seconde session.

Il est retrouvé une tendance à la baisse du suivi de la proposition thérapeutique de la part du médecin auprès du patient qui correspond à une baisse de 6,25 % entre la session 1 et la session 2.

Concernant la difficulté ressentie de l'exercice, celle-ci diminue entre les deux sessions : 93,75% des internes estiment que la seconde session est au moins « un peu moins difficile » que la première.

Grâce à l'analyse de la covariance on montre un lien entre l'apaisement et le score I²/Q. (P=0,0056).

De même grâce à l'analyse de la covariance on montre un lien entre l'empathie et le score I²/Q. (P=0,0017). Cependant, l'amélioration du score I²/Q à la seconde session ne s'explique pas uniquement par un ressenti de l'empathie plus important ou par un plus grand apaisement à la seconde session mais peut être également par d'autres facteurs à identifier.

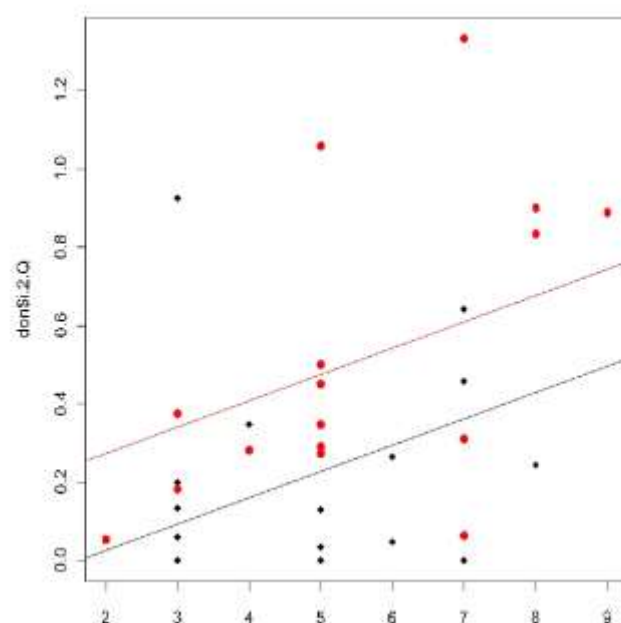


Figure 4 Evolution de I²/Q et de l'apaisement au cours des deux sessions

On retrouve dans la figure 4 une évolution parallèle entre I²/Q et l'apaisement du patient entre les deux sessions, avec un p=0,023.

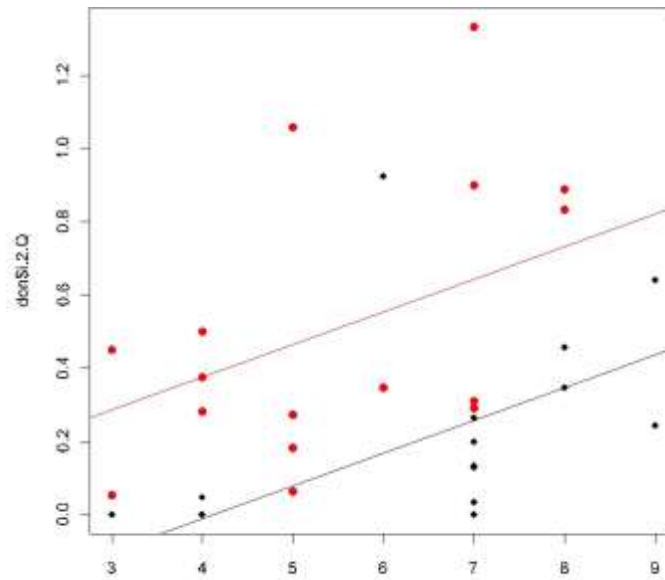


Figure 5 Evolution de I²/Q et de l'empathie au cours des deux sessions

De même I²/Q n'est pas corrélé avec l'empathie du soignant ressentie par le patient simulé avec un p=0,99 fin de partie à modifier par les chiffres

L'évaluation de l'outil montre que la totalité des participants de l'étude estime avoir bénéficié d'un apport de connaissances supplémentaires à travers la simulation. Les seize internes inclus dans l'étude ont tous considéré qu'ils représentaient la population cible la plus adaptée pour ce genre d'exercice. Soixante-quinze pourcents des étudiants considèrent qu'il est au moins très utile, voire indispensable, de répéter la même situation simulée. (Figure 6)

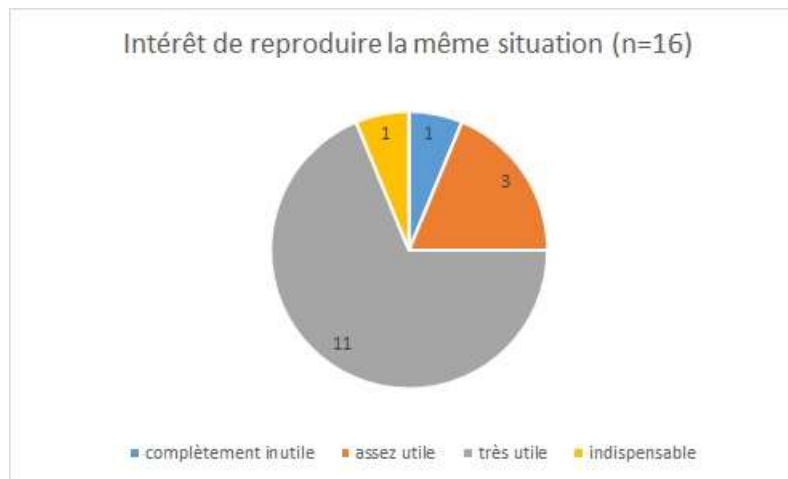


Figure 6 Intérêt de reproduire la même situation d'après les internes

Les internes considèrent unanimement que les débriefings, qu'ils soient individuels ou collectifs, apportent une plus-value à la simulation. Les étudiants ont considéré les extraits durant les débriefings collectifs comme étant au moins très intéressants (43,75%) à indispensables (43,75%) et 12,5% ont considéré intéressante cette procédure.

La majorité (56,25%) des internes souhaiteraient pouvoir assister aux entretiens des autres internes aux coté des investigateurs. Cependant, une majorité (56,25%) considère aussi qu'il est préférable voire indispensable (18,75%) qu'aucun étudiant n'assiste à leur entretien.

Les internes se sont sentis moins gênés lors de la deuxième session par les caméras, la gêne avérée face aux caméras est passée de 18,75% à 6,25% des internes.

Enfin, les internes ont tous considéré la situation suffisamment réaliste.

DISCUSSION :

Cette étude a montré que le score d'évaluation I²/Q est bien associé à d'autres critères de qualité de l'entretien (apaisement du patient et empathie ressentie par celui-ci Cette amélioration est probablement en partie imputable à une augmentation de l'efficacité des internes à travers la mise en pratique des éléments acquis au cours de la première session,

mais elle est aussi probablement en lien avec l'expérience acquise en stage durant les six mois qui séparent les deux sessions.

La répartition du résultat en fonction des internes était plus hétérogène en seconde session. Cela peut s'expliquer par l'hétérogénéité de l'expérience des internes durant les 6 mois séparant les deux sessions. En effet, à la session d'octobre, tous les internes avaient la même expérience. A la seconde session, certains internes avaient pu être confrontés à davantage de situations dites d'urgences que d'autres, selon leur service d'affectation.

Ce travail montre une amélioration du score d'efficacité à la deuxième session dans les mêmes proportions que celui de l'apaisement de la tension psychique du patient simulé. Ainsi l'efficacité objectivée de l'interne à trouver les éléments nécessaires pour l'évaluation médicale semblait corrélée à des éléments plus subjectifs.

La notion d'empathie baisse entre les deux sessions. Selon le ressenti du patient simulé. Cette baisse peut être mise en rapport avec la baisse du suivi de la proposition thérapeutique et être expliquée par le fait que lors de la seconde session, les internes ont proposé une conduite à tenir plus contraignante au patient allant moins dans le sens de ce que voulait le patient.

Il a été observé une modification du suivi de la proposition thérapeutique par le patient simulé. Le patient aurait ainsi tendance à moins suivre la proposition thérapeutique du médecin rencontré aux urgences lors de la deuxième session. Ce résultat peut sembler surprenant mais il n'est pas forcément discordant avec une meilleure efficacité de la recherche d'éléments pertinents. En effet, le médecin peut être devenu plus « efficace » et peut avoir récupéré plus d'informations rapportées au temps de consultation, et cela peut lui avoir permis de mieux évaluer la situation. Les propositions sont alors plus restreintes, le médecin allant davantage dans le sens d'une hospitalisation alors que le patient demande à rentrer chez lui. Ainsi, l'expérience d'un semestre fait probablement prendre davantage conscience aux internes de la nécessité d'une prise en charge hospitalière du patient. Ce résultat soulève alors

la nécessité pour les internes d'obtenir une meilleure alliance thérapeutique avec le patient ce qui n'était pas l'objet de cette étude. Cela rejoint les propos de Paul Ricoeur qui évoque la responsabilité médicale dans le cadre de l'alliance thérapeutique, alliance qu'il considère impliquée dans la « juste posture », tant du clinicien que du patient (17).

En ce concerne l'avis des internes :

Les résultats déterminent les internes comme la première population cible dans l'utilisation de cet outil pédagogique. La première motivation était très probablement le manque de pratique des internes de premier semestre après les années de théorie en faculté.

Les investigateurs de cette étude ont été particulièrement attentifs au ressenti des internes vis-à-vis de la simulation comme outil de formation. Son évaluation s'est imposée à travers plusieurs critères.

Entre les deux sessions, la difficulté ressentie de l'exercice allait en diminuant. En comparaison directe à la première session, les internes répondent à plus de 68% que l'expérience est devenue au moins un peu plus facile à la seconde.

Le sentiment de vivre une expérience plus facile peut être en lien avec une meilleure efficacité de l'interne mais peut également permettre à un interne qui se sent alors plus sûr de lui d'être dans de meilleures conditions pour prendre une décision plus adaptée.

De même, se sentir plus sûr de lui peut faire que le psychiatre se permette davantage de souplesse, notamment pour se mettre en condition de sécurité (proximité d'une sortie, ne pas être bloqué par le patient).

Ce résultat valide la première impression d'une recherche d'apaisement durant l'entretien. Cet apaisement établi permet au soignant d'être dans de meilleures conditions pour prendre les décisions les plus adaptées au cas particulier de chaque situation rencontrée.

Il est intéressant de noter entre la première et la seconde session une nette amélioration du nombre d'étudiants estimant avoir réalisé le recueil des items nécessaires à l'évaluation de la

situation ce nombre ayant été multiplié par quatre. Cette amélioration peut être expliquée par les apports théoriques et pratiques délivrés lors des débriefings et par l'expérience acquise au court du semestre d'internat.

Lors des deux sessions, les internes se sont unanimement considérés comme impliqués dans l'entretien à plus de 93%. Il n'y a eu aucune différence entre les deux sessions, l'implication des internes n'a donc pas eu à souffrir d'une quelconque pression qui pouvait augmenter entre les deux sessions.

A propos de la simulation médicale, outil de formation en psychiatrie :

L'apport des connaissances à travers la simulation telle qu'actuellement proposée au CUESIM est satisfaisante pour les internes. Leur ressenti vis-à-vis des connaissances apportées se fait tant au niveau personnel que dans la vision extérieure et enrichie du passage des autres internes lors des différents débriefings.

Qu'il soit personnel ou commun, le débriefing est considéré comme un apport conséquent à l'outil de la simulation (18). « Donner du feedback est l'aspect le plus important de la simulation en éducation médicale » (19) et le débriefing peut « faire ou défaire » (« make or brake ») une séance de simulation, il peut être considéré comme le « cœur et l'esprit » (20).

Dans le cadre de cette étude, le débriefing a été considéré comme support de connaissances supplémentaires par 100% des étudiants et ceux-ci se sont améliorés sur le plan de l'efficacité et de l'investigation (21). Cette expérience va dans le sens des résultats retrouvés dans la littérature au sujet de l'intérêt du débriefing.

Par ailleurs, l'apport des connaissances reste unanimement reconnu par les internes même à la deuxième session alors qu'ils ont, entre temps, acquis de l'expérience.

Cette constatation souligne l'intérêt de la répétition dans les apprentissages qui a pour autre avantage de permettre aux évaluateurs de leur faire part des progrès accomplis.

CONCLUSION :

L'activité de recherche en éducation médicale dans les facultés de médecine françaises est en nette progression en France multiplié par douze en quinze ans (22).

Selon l'HAS (23), la simulation en santé s'adresse à tous les professionnels de santé. Elle peut se faire dans le cadre de la formation à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations, que ce soit dans le cadre d'une acquisition, d'une réactualisation des connaissances ou d'analyse des conduites professionnelles.

La simulation médicale appliquée en psychiatrie apporte objectivement une amélioration dans la construction pédagogique des futurs psychiatres. Le critère principal I²/Q en permet l'évaluation objective notamment à travers l'évaluation de l'efficacité à réunir des informations pertinentes.

Ultérieurement d'autres critères d'évaluation de ce type de simulation pourront être développés.

Les critères subjectifs d'évaluation se sont également avérés intéressants à recueillir et informatifs : l'intérêt et la motivation des étudiants, ainsi que leur ressenti ont sensiblement évolué. Pour tous les internes, les séances de débriefings ont apporté une amélioration de leur capacité d'investigation et d'efficacité, non seulement lors de la première session, mais également lors de la seconde session.

En s'appuyant sur les résultats encourageants décrits ci-dessus, la proposition de simulation médicale en psychiatrie va poursuivre son développement au sein de la Faculté de Médecine de Nancy à travers la recherche d'autres critères objectifs ou la recherche d'une plus grande diversité dans les situations médicales proposées aux étudiants.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES:

La simulation en pédagogie médicale a récemment fait l'objet d'un état des lieux dans la littérature. (24) Cette méthode pédagogique a clairement fourni la preuve de son efficacité dans l'acquisition de gestes techniques et de comportements adaptés, dans un premier temps en Amérique du Nord, puis secondairement en Europe et notamment en France et en Belgique.

Il est important de rappeler que sa structure très codifiée comporte trois phases : briefing, scénario, débriefing. Cette dernière phase est considérée comme une étape-clé de l'enseignement permettant à l'étudiant d'acquérir des compétences techniques de grande importance. L'intérêt du débriefing directement après les sessions était dans le travail présenté unanimement apprécié par les étudiants, sans rapport avec la question de l'intérêt suscité pour la simulation en tant qu'outil pédagogique.

La session de débriefing a été consacré à un temps d'enseignement à travers la reprise des éléments développés ou évoqués durant la simulation, comme le souligne Patrick Lagadec (25) « Au retour d'expérience, il est souvent opportun de proposer un temps d'apport de connaissances (...) Ne pas le faire, c'est risquer de développer dans les équipes le sentiment que, de toute manière, à chaque exercice, on connaît l'échec, que l'on ne progresse pas, les mêmes erreurs se reproduisant exercice après exercice »

Faisant suite à une première étude sur une simulation médicale réalisée en une session unique, notre étude actuelle en deux sessions a permis, de valider un critère objectif de mesure de la pertinence de la simulation médicale représenté par le facteur I²/Q.

Les résultats montrent une amélioration du score au cours de l'étude : par ailleurs, les étudiants ont donné une évaluation très positive de l'outil.

Ce programme présente de réelles et très enthousiasmantes ambitions quant à son développement dans l'avenir de la formation universitaire des étudiants en psychiatrie.

Les Perspectives qu'on peut évoquer sont les suivantes :

A. Proposer aux internes un outil permettant d'évaluer leurs progrès

La simulation avec un score objectif est une avancée pédagogique. En effet, il est imaginable de mettre en place ce système pédagogique en renfort des séminaires plus théoriques, permettant aussi de consolider la pratique des étudiants en médecine de deuxième cycle. Cette méthode pourrait ainsi être utilisée dès le début du cursus d'un point de vue pédagogique puis de manière répétitive durant l'internat en vue d'apporter l'aide nécessaire aux étudiants. Il permettrait de faire un point régulier sur leur avancée dans leur cursus.

Granry et Moll suggèrent dans leur rapport (26) de remettre à chaque étudiant un document leur permettant de s'évaluer et d'avoir des pistes d'amélioration. Un document comportant par exemple le score I²/Q, une évaluation de l'empathie et de la tension psychique par le patient pourrait aussi être éventuellement remis aux internes en document personnel d'auto-évaluation.

Ainsi, à la fin d'une session de simulation, l'étudiant pourrait disposer d'une évaluation multicritère personnalisée.

B. Utiliser la simulation médicale pour valider l'efficacité d'un enseignement

La simulation médicale pourrait être utilisée pour valider un enseignement, en proposant par exemple une simulation avant et après cet enseignement (27).

Les résultats de cette étude semblent encourageants et peuvent constituer le début d'une recherche plus importante dans ce domaine.

Ce score paraît correspondre à un objectif pédagogique donné : évaluer l'efficacité d'un étudiant à recueillir des informations. Cette notion est primordiale mais même dans un entretien d'évaluation en urgence, elle ne peut englober l'ensemble de la pratique psychiatrique. Il paraît donc important de l'associer à d'autres types de mesures employées dans la littérature, par évaluation externe (28), auto-évaluation (29) ou évaluation par le patient standardisé (28).

Il peut être également envisagé la conception d'autres scénarios pour évaluer de manière ciblée les compétences nécessaires à certaines situations qui se prêtent bien à l'enseignement par la simulation. A travers un score à élaborer en fonction du scénario, différents objectifs d'entraînement pourront être mis en place.

C. Approfondir la problématique du patient simulé

Dans la littérature, certains utilisent des acteurs professionnels (30) entraînés avec un script précis, ce qui peut, peut-être, éviter la tendance d'un patient issu du monde soignant à utiliser un vocabulaire médical que n'utiliserait pas un patient réel. Cependant, comme le souligne Broquet, jouer un patient présentant une maladie mentale sévère peut s'avérer compliqué (31). Si un acteur a déjà expérimenté la douleur, la tristesse, la peur, la simulation d'un patient délirant est peut-être plus facile pour un soignant, qui connaît déjà, du fait de son expérience professionnelle, les symptômes et le contact particulier d'un patient schizophrène.

Les expériences réalisées en France font principalement appel à des soignants, alors qu'outre-Atlantique la majorité des patients simulés sont des acteurs ou, comme dans l'étude de Krahn, des volontaires ni soignants, ni acteurs (32).

Dans l'expérience menée dans un institut de formation en soins infirmiers, les étudiants sont tour à tour eux-mêmes patients simulés, ce qui permet d'éviter la question du recrutement et de la rémunération des acteurs (33) et peut aussi avoir des vertus pédagogiques pour l'étudiant qui interprète le patient.

Le fait que l'acteur recruté pour notre étude soit un infirmier de pédopsychiatrie (qui avait également une expérience de l'enseignement) nous a semblé favoriser la qualité des échanges avec les étudiants tout en évitant que soient formulées devant des pairs des remarques qui auraient pu heurter ces soignants en devenir, ce qui aurait pu être plus délicat avec un acteur ordinaire.

Encore peu utilisée en France, la simulation médicale semble être un outil très intéressant pour la formation en médecine (34) et en particulier en psychiatrie. Comme l'illustre la littérature internationale, la psychiatrie, qui a pour particularité de reposer en grande partie sur le lien thérapeutique entre patient et médecin, peut profiter d'un entraînement par la simulation, en particulier dans certains champs d'apprentissage focalisés.

Cet outil même s'il est relativement chronophage constitue en effet un moyen unique de faire vivre aux étudiants des expériences cliniques indispensables à l'apprentissage de leur pratique médicale, tout en restant irréprochable sur le plan éthique car elle ne met pas en danger de patient.

Un état des lieux récents sur la recherche en éducation médicale en France (35) montre une nette augmentation des publications sur cette thématique mais conclut sur la nécessité de poursuivre son développement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Shea S-C., La conduite de l'entretien psychiatrique L'art de la compréhension. , Ed. : ELSEVIER / MASSON, 2005.
2. Terra JL., « Conduite d'entretien pour obtenir un engagement et une alliance thérapeutiques Disponible sur <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=3941902>.
3. Richard-Devantoy S., Techniques d'entretien avec un patient psychotique disponible sur <http://docplayer.fr/15400861-Techniques-d-entretien-avec-un-patient-psychotique.html>.
4. CNAM Evolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique, rapport de recherche, mars 2015 disponible sur http://crf.cnam.fr/medias/fichier/rapport-recherche-etp-relations-soignants-malades_1446633185645-pdf p89.
5. Winkin Y., La nouvelle communication, Ed. Seuil, 1981, p.24.
6. Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, Don D., Une logique de la communication, trad. de l'américain par J. Morche, Paris, Ed. Seuil, 1972, p. 52.
7. Rogers C., a way of being, Boston 1980, Ed. Houghton Mifflin Company, cité par Decety, L'empathie 2004, p 59.
8. Ramachandran V., Le cerveau fait de l'esprit - Enquête sur les neurones miroirs Broché . collection quai des sciences, Ed. Dunod.
9. Cintas C., Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique, Harshness at work in public psychiatric. Perspectives interdisciplinaires sur le Travail en Santé, PISTES, 2009,11(1), disponible sur <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00783969/document>.
10. Breton P., Convaincre sans manipuler-apprendre à argumenter. Collection poche, Ed. la Découverte, 156 pages.
11. Barnier G. L'évolution des connaissances théoriques sur l'apprentissage disponible sur http://www.ac-nice.fr/iencagnes/file/peda/general/Theories_apprentissage.pdf

- 12.Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr, Jacobson L, Quinones J, Shen B, Levine AI.Mt Sinai J Med. Août 2009; 76 (4): 330-43. doi: 10.1002 / msj.20127.L'utilité de la simulation dans la formation médicale: ce qui est la preuve?
- 13.Fisher JM, Walker RW, Age Ageing. 2014 ;43(3): 424-8. doi: .1093/ageing/aft200.Epub 2013
- 14.McNaughton N, Ravitz P, Wadell A, Hodges BD. Psychiatric education and simulation: a review of the literature. Can J Psychiatry. 2008; 53:85-93.
- 15.Pham-Dinh C. et al. ,Simulation médicale en psychiatrie, European Psychiatry, Volume 30 ; 8 : S137.
- 16.Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge -conférence de consensus. 2000.
- 17.Ricoeur P. Les trois niveaux du jugement médical, dans Paul Ricoeur, Le Juste 2, Paris, Ed. Esprit, 2001, p. 227-243.
- 18.Phaneuf M. disponible sur <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/06/Efficacite-et-empathie-en-soins-infirmiers.pdf>.
- 19.Savoldelli G. Difficultés et pièges du débriefing Médecin Adjoint Unité d'anesthésiologie gynéco-obstétricale Service d'Anesthésiologie Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse disponible sur http://www.afsarmu.fr/wp-content/uploads/2011/09/Difficultes-et-pieges-du-debriefing_Savoldelli_SFAR2011.pdf.
20. Rall M et al. :''le débriefing peut « faire ou défaire » (make or brake,,) une séance de simulation, il peut être considéré comme le « cœur et l'esprit » (« the heart and soul ») de l'apprentissage en simulation'' –Eur J Anaesthesiol 2000; 17:516-517.
- 21.Issenberg SB et al. BEME systematic review. Medical Teacher 2005; 27:10-27.
22. Pottier P, Buffenoir K, Castillo JM, Etienne J, Richard I et al. La recherche en éducation médicale dans les facultés de médecine de France. Etat des lieux à partir d'une revue systématique des travaux publiés. Pédagogie Médicale 2015; 16 :91-103.

23. Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf.
24. Betz R, Ghuysen A, D'Orio V Simulation en pédagogie médicale. Rev Med Liege, 2014; 60: 132-138.
25. Lagadec P. spécialiste de la gestion du risque et de la gestion de crise dans « les conditions d'une conduite efficace » disponible sur http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/cellules_crise.pdf
26. Granry, Moll M. Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint Denis La Plaine: HAS;
27. Cuegnot S, Cochand P, Lanares J, Feihl F, Bonvin R, Guex P, Waeber B L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. Pédagogie Médicale 2005; 6: 216-224.
28. Hall MJ, Adamo G, McCurry L, Lacy T, Waits W, Chow J, et al. Use of standardized patients to enhance a psychiatry clerkship. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2004;79 :28-31
29. Fallucco EM, Conlon MK, Gale G, Constantino JN, Glowinski AL. Use of a Standardized Patient Paradigm to Enhance Proficiency in Risk Assessment for Adolescent Depression and Suicide. J Adolesc Health. 2012; 51: 66-72.
30. Lewis DJM. On the Use of Standardized Patients. Acad Psychiatry. 1 2002; 26 :193-6.
31. Broquet DK. Using an Objective Structured Clinical Examination in a Psychiatry Residency. Acad Psychiatry. 2002; 2 :197-201.
32. Krahn LE, Bostwick JM, Sutor B, Olsen MW. The Challenge of Empathy: A Pilot Study of the Use of Standardized Patients to Teach Introductory Psychopathology to Medical Students. Acad Psychiatry 2002; 26: 26-30.
33. IFSI Val de Lys-Artois disponible sur <http://www.afsarmu.fr/wp-content/uploads/2014/04/Expérience-en-santé-mentale.pdf>.

34. Girard G, Clavel D, Boulé R Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2005; 6 :178-185.

35. Pottier P, Buffenoir K, Castillo JM, Etienne J, Richard I et al. La recherche en éducation médicale dans les facultés de médecine de France. Etat des lieux à partir d'une revue systématique des travaux publiés. *Pédagogie Médicale* 2015; 16 :91-103.

ANNEXES

Annexe1 lettre d'information aux internes

Apport de la simulation à l'apprentissage de la pratique psychiatrique

Cher interne,

Dans le cadre du travail de thèse de François NGUYEN dirigé par les Docteurs Caroline PHAM-DINH et Fabienne LIGIER, nous vous proposons de participer à une étude sur l'apport de la simulation à l'apprentissage de la pratique psychiatrique.

Votre participation et vos remarques permettront de mesurer la pertinence de l'emploi de la simulation dans l'apprentissage de la pratique psychiatrique, et d'en mesurer les avantages mais aussi les difficultés. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation de votre pratique professionnelle mais de l'évaluation d'un dispositif d'enseignement. Vous contribuerez ainsi à de potentielles améliorations de l'enseignement de la psychiatrie.

Au cours de cette étude, vous effectuerez une consultation psychiatrique d'urgence auprès d'un patient simulé par un acteur. Cette consultation se déroulera dans une salle spécialement préparée et sera enregistrée et filmée. Les Docteurs PHAM-DIN, LIGIER et LAPREVOTE se tiendront en compagnie d'une technicienne derrière les écrans retransmettant votre consultation et relèveront certains paramètres de la consultation comme le temps passé à la consultation et les informations recueillies.

A l'issue de la consultation, vous aurez à remplir des questionnaires sur la situation clinique rencontrée et sur les conditions de cette simulation. L'acteur remplira également un questionnaire sur le déroulement de la consultation.

La situation clinique n'est pas forcément facile à résoudre. Elle ne comporte pas de réponse idéale ou de comportement idéal. Si vous rencontrez une difficulté, celle-ci ne sera pas forcément du fait de votre pratique professionnelle mais peut provenir des consignes données à l'acteur.

La participation à cette étude mobilise une demi-journée, Cette demi-journée se déroule entièrement au Centre Universitaire d'Enseignement par Simulation Médicale (CUESIM) de la Faculté de Médecine de Nancy. Au cours de cette demi-journée, les étudiants effectueront à tour de rôle une consultation psychiatrique simulée. Cette consultation dure environ 15 minutes. Durant le temps de passation des autres étudiants, une salle est réservée pour une attente confortable et chacun se verra proposé, s'il le souhaite, de s'entraîner à la simulation de réanimation cardio-vasculaire sur mannequin. Lorsque tous les étudiants seront passés, un débriefing commun sera proposé, reprenant quelques extraits des consultations effectuées.

A l'issue de votre consultation, merci de ne pas dévoiler le contenu de la situation clinique aux autres étudiants.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Si vous acceptez de participer, vous pouvez également décider de quitter cette étude à tout moment sans conséquences.

Merci pour votre aide précieuse.

Annexe 2 formulaire de consentement

Apport de la simulation à l'apprentissage de la pratique psychiatrique

Les détails concernant cette étude sont fournis dans la lettre d'information spécifique qui vous a été remis.

Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Je soussigné (e), M..... (Nom complet en lettres capitales) déclare avoir compris le but et les modalités de cette étude, qui m'ont été pleinement expliqués par les Docteurs Caroline Pham-dinh Fabienne Ligier.

J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention.

Des réponses ont été apportées à toutes mes questions.

J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le formulaire d'information ci-joint. Je demeure libre de quitter l'étude à tout moment sans conséquence.

J'accepte que les données nécessaires à la recherche soient recueillies durant ma participation à l'étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé.

Toutes les données me concernant, resteront confidentielles. J'accepte toutefois que des extraits vidéo de ma consultation soient présentés lors du débriefing final.

J'accepte que des extraits vidéo ou audio de ma consultation soient utilisés à des fins pédagogiques dans le cadre de la Faculté de Médecine de Nancy.

Je donne mon consentement pour participer à cette recherche.

A REMPLIR PAR LE PARTICIPANT	
Date :	
Signature :	

A REMPLIR PAR L'INVESTIGATEUR	
Je soussigné Docteur (nom en lettres capitales) confirme avoir pleinement expliqué au participant le but et les modalités de cette étude. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.	
Signature de l'investigateur :	Date :

Annexe 3 - Script-Évaluation du risque suicidaire

Acteurs : O. Baudouin, le patient, F. Ligier, médecin urgentiste

Briefing : (communiqué par oral aux étudiants par un médecin urgentiste)

SAU, 2h30 du matin, une nuit de garde...

On vous appelle pour un jeune homme de 29 ans, Olivier, admis aux urgences suite à un accident de la voie publique (AVP) ayant eu lieu dans une zone industrielle déserte.

Circonstances de l'AVP : à 22h, il a heurté frontalement un mur à 50km/h sans raison apparente sur le plan mécanique, sans ceinture de sécurité, avec traumatisme crânien sans perte de connaissance, ce qui a déclenché l'alarme du bâtiment puis l'arrivée des secours.

Le patient ne requiert pas de soins sur le plan somatique en dehors d'une surveillance mais il refuse de rester. Le médecin urgentiste trouve "louches" les circonstances de l'AVP et se questionne sur une tentative de suicide (TS), ce qu'il n'a pas abordé avec le patient avant de vous appeler....

Avez-vous des questions?

Objectif : évaluation du risque suicidaire tout en maintenant une alliance thérapeutique

Script : (non communiqué aux étudiants)

Éléments complémentaires de l'examen médical:

- Opiacés urinaires positifs à la bandelette
- Alcoolémie à 0,6g/l à 2h (a absorbé 7 verres de whisky à 21h).

Attitude :

- A l'arrivée dans la pièce, le patient est debout, fait les cents pas, se montre nerveux.
- Il accepte de s'asseoir si on l'y invite
- Il n'est pas violent physiquement mais se montre agacé par la situation
- Veut sortir au plus vite de l'hôpital pour rejoindre son travail
- Ne comprend pas l'objet de la rencontre (qu'il n'a pas demandée mais qu'il a acceptée).
- Commence à être en manque d'opiacés (mal aux membres, douleurs abdominales, transpire).

Antécédents :

- 1 TS à l'adolescence (16 ans) au décès de son père, par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV)
- 1 TS il y a 4 ans, par pendaison, suite à une rupture sentimentale
- Usager de drogues (sniff)
- A bénéficié d'un traitement par SUBUTEX® à 12mg/jour pendant un an, prescrit par son médecin traitant.

Mode de vie :

- Vit seul suite à une rupture sentimentale 3 jours avant l'AVP
- Ancienne compagne : Gwendoline, 24 ans, sa compagne depuis 2 ans ½
- Elle est partie car il était trop impulsif et imprévisible
- Elle est partie du domicile, avec leur fils de bientôt 2 ans (Mattéo)
- Elle a commencé à vider l'appartement
- CAP routier-chauffeur-livreur

- Travail : Routier, en CDD, avec des pressions hiérarchiques pour tenir les cadences. Veut aller travailler "demain"

- Surendetté. N'a pas fini de payer l'emprunt de l'appartement
- Famille en Bretagne
- Seuls amis sur Nancy = "partenaires de consommation de drogues".

Histoire de la tentative de suicide :

- Gwendoline a rompu il y a trois jours : ils se sont violemment disputés, se sont insultés, puis elle est partie avec Mattéo
- Elle a vidé ses affaires de l'appartement le lendemain
- Olivier a eu des idées de suicide dès la rupture. Il a continué à travailler mais pensait dans son camion à la meilleure manière de se tuer
- Il a utilisé sa voiture personnelle, moins sécurisée que son camion
- En rentrant ce soir, il a rangé toutes les affaires de l'appartement et mis de côté toutes les affaires de Mattéo pour qu'on les retrouve (comportement de départ)
- Il a choisi l'heure et le lieu pour ne pas être retrouvé. Il n'avait pas pensé à l'alarme du bâtiment.

Annexe 4 - Questionnaire rempli par les investigateurs

Signes à rechercher lors de l'entretien	Ont-ils été recherchés ? (entourer la bonne réponse)
ATCD suicidaires	Oui / Non
Toxicomanie	Oui / Non
Conduites à risque	Oui / Non
Etayage social	Oui / Non
Situation financière	Oui / Non
Etayage familial	Oui / Non
Situation sentimentale	Oui / Non
Thymie actuelle	Oui / Non
Reconnaissance et critique du geste	Oui / Non
Trait de personnalité impulsive	Oui / Non
Éléments de préméditation	Oui / Non
Suivi psychiatrique ancien ou actuel	Oui / Non
Intentionnalité suicidaire à l'heure actuelle	Oui / Non
Dangerosité des moyens létaux à disposition	Oui / Non

Grille de recueil des données pour chaque étudiant

Prénom :

Éléments très positifs dans l'échange et leur indexation :

-
-
-

Éléments « à reprendre » et leur indexation :

-
-
-

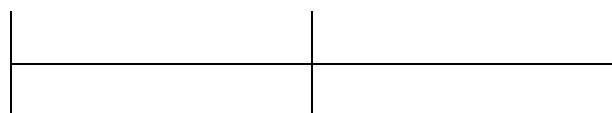
Combien de questions ont été posées ?

Comment évalues-tu le degré d'empathie du médecin qu'Olivier vient de rencontrer ? (mettre une croix)

0

5

10



Annexe 5 - Questionnaire à remplir par chaque interne

Questionnaire étudiants / simulation du 29 octobre 2015

(cocher la bonne réponse)

Prénom :

Nombre de semestres effectués (y compris le semestre en cours) :

Depuis le début de votre internat, êtes-vous intervenu pour donner un avis psychiatrique aux urgences d'un hôpital ?

- Jamais
- Quelques fois
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous trouvé cet exercice difficile ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Vous êtes-vous senti impliqué dans cet exercice ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Avez-vous l'impression d'avoir recueilli tous les éléments dont vous aviez besoin pour évaluer la situation et prendre une décision ?

- Pas du tout
- Un peu
- Quasiment
- Complètement

Pensez-vous que cet exercice vous a amené une connaissance (qu'elle soit pratique ou théorique) supplémentaire ?

- Oui
- Non

Comment évalueriez-vous le patient au niveau de la tension psychique en fin d'entretien par rapport au début de l'entretien ? (mettre une croix)

- Plus énervé
- Identique
- Plus apaisé

Vous pouvez nous laisser un commentaire libre en lien avec cet exercice et votre ressenti

Questionnaire étudiants / moyen pédagogique

(cocher la bonne réponse)

Nombre de semestres effectués, y compris le semestre en cours:

Vous êtes-vous senti gêné par les caméras ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Avez-vous trouvé la situation réaliste?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Considérez-vous que la situation clinique était adaptée à votre pratique clinique ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Pensez-vous que « le débriefing » vous a amené quelque chose en plus en termes de connaissances

(qu'elles soient pratiques ou théoriques) ?

- Oui
- Non

Pour quel public pensez-vous que cet outil soit le plus adapté? (donner un ordre croissant de 1 à 5)

Les internes :

Les assistants :

Les étudiants de 2ème et 3ème année (cours de sémiologie) :

Les externes :

Les praticiens hospitaliers :

Les infirmiers :

Comment évalueriez-vous ce dispositif en tant qu'outil pédagogique ? (mettre une croix)

Pas intéressant

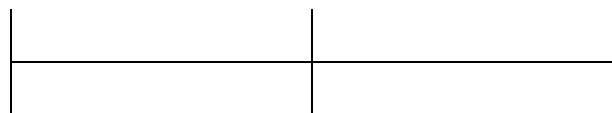
intéressant

très intéressant

0

5

10



Vous pouvez nous laisser un commentaire libre en lien avec cet outil pédagogique, d'éventuelles propositions de thématiques à aborder par cet intermédiaire... (même au dos de la feuille si besoin)

Merci beaucoup pour votre participation

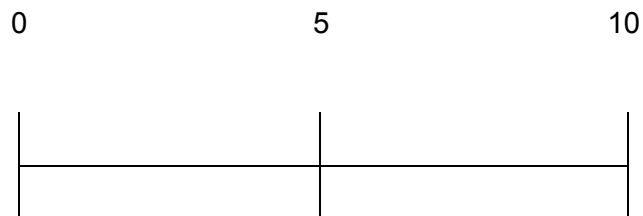
Annexe 6 - Questionnaire rempli par l'acteur

Questionnaire pour l'acteur et chaque étudiant

(cocher la bonne réponse)

Prénom de l'étudiant :

Comment évalues-tu le degré d'empathie du médecin que tu viens de rencontrer ? (mettre une croix)



Comment t'es-tu senti en tant que patient au niveau de la tension psychique en fin d'entretien par rapport au début de l'entretien ?

- Plus énervé
- Identique
- Plus apaisé

Te sentais-tu, en fin d'entretien, prêt à suivre la proposition du médecin ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Merci beaucoup pour ta participation



Tut' rentrée by ALIPsy

29 Octobre 2015



Chers internes,

Nous avons besoin de vos avis, en toute objectivité, sur cette journée ! Merci donc de répondre à ce petit questionnaire de satisfaction. Vos réponses pourront être utilisées à des fins de recherche

Dans quel ordre avez-vous eu la simulation et les cours préparatoires ? (réponse à entourer)

Cours puis simulation

Simulation puis cours

Trouvez-vous important d'avoir les cours avant la simulation ?

Oui

Non

Concernant la simulation médicale en psychiatrie

Avez-vous trouvé cet exercice difficile ?

Oui

Un peu

Pas du tout

Vous êtes-vous senti impliqué dans cet exercice ?

Oui

Un peu

Pas du tout

Avez-vous l'impression d'avoir recueilli tous les éléments dont vous aviez besoin pour évaluer la situation et prendre une décision ?

Pas du tout

Un peu

Quasiment

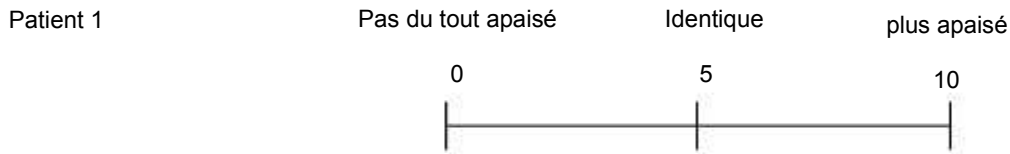
Complètement

Pensez-vous que cet exercice vous a amené une connaissance (qu'elle soit pratique ou théorique) supplémentaire ? (entourez votre réponse)

Oui

Non

Comment évalueriez-vous le patient au niveau de la tension psychique en fin d'entretien par rapport au début de l'entretien ? (mettre une croix)



Vous êtes-vous senti gêné par les caméras ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Avez-vous trouvé la situation réaliste?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

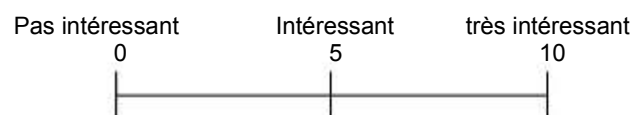
Pensez-vous que « le débriefing » vous a amené quelque chose en plus en termes de connaissances (qu'elles soient pratiques ou théoriques) ?

- Oui
- Non

Pour quel public pensez-vous que cet outil soit le plus adapté? (donner un ordre de 1 à 6, 1 étant le public le plus pertinent)

- Les internes :
- Les assistants :
- Les étudiants de 2ème et 3ème année (cours de sémiologie) : ...
- Les externes :
- Les praticiens hospitaliers :
- Les infirmiers :

Comment évalueriez-vous ce dispositif en tant qu'outil pédagogique ? (mettre une croix)

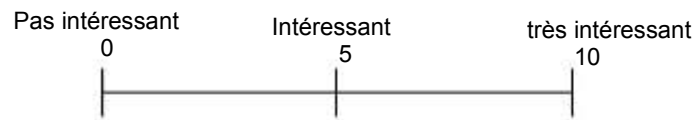


Aimeriez-vous bénéficier d'un enseignement par la simulation médicale au cours de votre internat

- Oui
- Non

Concernant la simulation de réanimation médicale

Avez- vous trouvé cet exercice (mettre une croix)



Commentaires libres



DES 1 de psychiatrie

Séminaire de simulation médicale

questionnaire N°



Chers internes,

Nous avons besoin de vos avis, en toute objectivité, sur cette journée ! Merci donc de répondre à ce petit questionnaire de satisfaction. Vos réponses pourront être utilisées à des fins de recherche

Concernant la simulation médicale en psychiatrie

Avez-vous trouvé cet exercice difficile ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Vous êtes-vous senti impliqué dans cet exercice ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout

Avez-vous l'impression d'avoir recueilli tous les éléments dont vous aviez besoin pour évaluer la situation et prendre une décision ?

- Pas du tout
- Un peu
- Quasiment
- Complètement

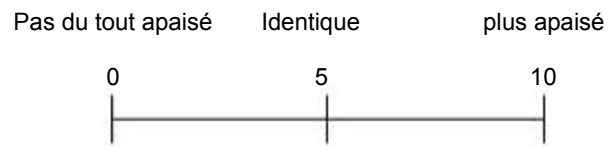
Pensez-vous que cet exercice vous a amené une connaissance (qu'elle soit pratique ou théorique) supplémentaire ? (entourez votre réponse)

Oui

Non

Comment évalueriez-vous le patient au niveau de la tension psychique en fin d'entretien par rapport au début de l'entretien ? (mettre une croix et le chiffre correspondant)

Patient



Vous êtes-vous senti gêné par les caméras ?

- Oui
 Un peu
 Pas du tout

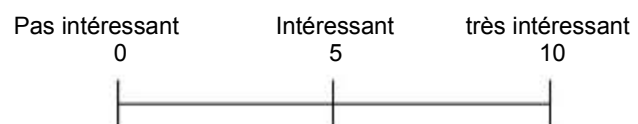
Avez-vous trouvé la situation réaliste?

- Oui
 Un peu
 Pas du tout

Pensez-vous que « le débriefing » vous a amené quelque chose en plus en termes de connaissances (qu'elles soient pratiques ou théoriques) ?

- Oui
Non

Comment évalueriez-vous ce dispositif en tant qu'outil pédagogique ? (mettre une croix)



Aimeriez-vous bénéficier d'un enseignement par la simulation médicale au cours de votre internat ?

- Oui Non

Qu'avez-vous pensé de l'utilisation de l'enregistrement pendant la séance de débriefing ?

- inutile
- intéressant
- très intéressant
- indispensable

Lors du débriefing, nous avons choisi de montrer les éléments positifs que chaque étudiant a déployé lors de l'entretien. Dans d'autres spécialités, l'ensemble de la prestation de chacun est vue par tous. Que pensez-vous d'assister à l'entretien de vos collègues ?

- inutile
- intéressant
- très intéressant
- indispensable

Le fait qu'aucun autre étudiant n'assiste à votre entretien, est pour vous :

- indispensable
- préférable
- indifférent
- dommage

Vous avez bénéficié de deux simulations présentant la même situation clinique. Concernant cette deuxième simulation, vous l'avez trouvée :

- beaucoup moins difficile
- un peu moins difficile
- un peu plus difficile
- beaucoup plus difficile

Concernant l'intérêt de reproduire la même situation clinique, vous avez trouvé cela :

- complètement inutile
- assez utile
- très utile
- indispensable

Résumé

La simulation en santé est l'utilisation d'un matériel ou d'un patient standardisé afin d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques. La simulation étant peu utilisée dans l'enseignement de la psychiatrie en France, l'objectif était de valider un score d'efficacité de l'investigation lors d'un entretien psychiatrique d'urgence.

Seize internes de 1er semestre de psychiatrie ont participé volontairement à l'étude prospective et longitudinale réalisée sur 2 sessions semestrielles. La même situation simulée était une suspicion de tentative de suicide. Les rôles de médecin urgentiste et de patient étaient joués. La consultation donnée par l'interne était retransmise par enregistrement audio et vidéo. Deux investigateurs notaient en direct, puis sur fichiers enregistrés. L'indicateur principal correspondait au rapport du nombre d'informations utiles sur l'effort produit à recueillir des informations, traduit par un score d'efficacité ou score I^2/Q , représentant le nombre d'informations utiles (I), élevé au carré, rapporté au nombre de questions posées (Q). Les indicateurs secondaires étaient le ressenti des internes et l'évaluation par l'acteur.

Entre les deux sessions, étaient observés :

- une amélioration significative du score I^2/Q ($p = 0,008$), et de l'apaisement ressenti par le patient,
- une nette diminution des difficultés déclarées par les étudiants.

Les séances de débriefings ont amélioré la capacité d'investigation et d'efficacité de tous les internes.

Le critère I^2/Q semble validé comme outil d'évaluation dans la simulation d'une situation donnée en psychiatrie. Les critères subjectifs d'évaluation sont également améliorés. Il est proposé de les appliquer à d'autres situations médicales.

TITRE EN ANGLAIS : MEDICAL SIMULATION IN PSYCHIATRY: VALIDATION OF AN EVALUATION CRITERIA

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE PSYCHIATRIE-ANNÉE 2016

Mots clés : Enseignement ; psychiatrie ; simulation ; technique d'entretien ; critère d'évaluation.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
