

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2022

N° : 200

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Mention PSYCHIATRIE**

Par

Benoît GARDELLE

Né le 30/10/1981 à Trappes (78)

---

**Motiver, jouer, simuler :**

**Une étude qualitative sur les enjeux de la simulation pédagogique**

**dans la formation des internes de psychiatrie**

---

Président de thèse : Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Docteur Amaury MENGIN

Assesseur : Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseur : Docteur Adrien GRAS

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET  
SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition MARS 2022  
Année universitaire 2021-2022



- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires : (1976-1983)  
(1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- Chargé de mission auprès du Doyen
- Responsable Administratif

M. DENEKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
M. DERUELLE Philippe  
M. DORNER Marc  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUCES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
	BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0113 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0116 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0084	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0086	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0184	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZJANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0051 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Anaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie  
 \* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)  
 CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépatodigestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

## B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLE Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)

Mme KRASNY-PACINI Agata M0134	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas M0042	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0118		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### **B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)**

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

### **C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

#### **C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0088	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

## **C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

## **C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

## **D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**

### **D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
  - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
  - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)	
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)	
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)	
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)	
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)	
Pr REIS Jacques	(2019-2020)	
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)	(* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.96
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	ORL / 01.09.10is (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAÏE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Amand (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

### Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : *Hôpital de Haute-pierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

---

**Au Professeur VIDAILHET**, de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci de votre accompagnement, de votre enseignement et de vos retours. Veuillez également trouver ici mon respect pour l'ensemble de votre engagement envers nos générations d'internes en psychiatrie.

**Au Docteur Amaury MENGIN**. Merci d'être le directeur de cette thèse. C'est pour moi un symbole fort pour clore cet internat. Merci pour ta patience, ta disponibilité et tes précieux conseils. En espérant que les projets initiés sur ce travail prennent vie dans un futur proche, j'en serais ravi.

**Au Professeur BERTSCHY**. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance sincère et profonde pour votre enseignement, votre disponibilité et votre patience sur mes premiers temps tâtonnants de l'internat. Je vous témoigne tout particulièrement mon respect et mon admiration pour votre sens de l'éthique qui pour moi est un modèle de référence.

**Au Docteur Adrien GRAS**. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Un grand merci pour l'ensemble de tes enseignements précis et très documentés qui m'accompagneront encore longtemps (je l'espère). Merci pour ta connaissance si étendue que tu partages merveilleusement. Merci pour ton ouverture d'esprit et pour ton sens inégalé de la narration des histoires psychiatriques les plus incroyables.

**A mes maîtres**, tous les médecins, hommes et femmes, que j'ai eu la chance de côtoyer durant cette si longue formation. A vous qui m'avez apporté votre science, partagé votre savoir et enseigné votre rapport à cet art délicat et profond qu'est la médecine.

**A Fiona**, ma première co-interne de cœur, et puis plus tard ma cheffe, mais toujours mon amie. Merci pour ta bonne humeur, ton chant incroyable et ta gentillesse.

**A tous mes collègues internes, de psychiatrie** ou d'ailleurs, pour ces discussions passionnées et ces diagnostics envoyés de tous bords. Pour ces situations invraisemblables que nous partageons en commun, pour ces gardes parfois si difficiles, ces situations de détresse épouvantables auxquelles nous avons tous été confronté. Merci en particulier à **Maryne, Pierre-Olivier, Rafik, Camille, Christophe**, et à tant d'autres encore.

**A mes parents.** Dans des temps plus difficiles aujourd'hui, je vous remercie pour tout, pour votre soutien indéfectible de toujours, pour avoir cru en moi et pour votre amour. C'est évidemment grâce à vous que je parviens aujourd'hui au bout d'un si long chemin. Ces souvenirs sont d'autant plus précieux quand la mémoire s'efface.

**A Mathilde.** Je t'aime profondément. Merci pour ta présence, ton rire, ta douceur, ta patience rudement éprouvée sur cette année écoulée. Merci d'être toi. Je te remercie du plus profond de mon cœur et je mesure chaque jour la chance de t'avoir à mes côtés.

**A ma soeur Julie.** Merci d'exister, merci pour ton sourire, ta générosité, ta douce folie parfois, ton amour inconsidéré des animaux et ton énergie que rien n'entrave. Je suis fier d'être ton frère. Trouve ici l'expression de l'amour sincère d'un frère pour sa sœur.

**A Hadrien.** Du haut de tes onze ans, je suis si fier de toi et je t'aime. Merci pour ton rire, ta présence si rayonnante et pour les mille questions que tu poses chaque jour. J'ai hâte de te voir grandir encore.

**A Julien** pour ta présence si forte et rassurante, je suis fier de t'avoir dans ma famille. **A Léa et Gabrielle** qui rayonnent de vie, de blagues et qui ont encore tant de belles aventures à vivre.

**Merci à tous les membres de ma famille,** loin des yeux mais près du cœur.

**A Loïc,** merci pour tant de choses, tant d'aventures et de rires, tant de jeux et situations incroyables, mais surtout pour ton amitié qui est pour moi un trésor inestimable.

**A Pascal,** merci pour ton amitié, ta générosité sans limite, ton sens de l'humour (surtout quand il est sombre), et pour ta présence depuis toutes ces années.

**A Sébastien,** ta taille n'a d'égale que l'immensité de ton cœur. Je suis fier d'être ton ami. On a encore pas mal de bêtises à faire ensemble.

**A mes amis du monde des arts et de l'improvisation en particulier, Pierre, Philippe, Margaux, Julien, Carole, Guillaume,** et tant d'autres que j'oublie. Vous êtes mon oxygène et mon refuge, je pense à nos fous rires et à tant de voyages dans d'autres univers.

**A Marc, Louise, Mélanie, Chris, Anna, Thomas, Natalia et Hervé,** pour tous ces moments passés ensemble, et pour m'avoir adopté dans votre compagnie de cœur.

**A Thomas et Alessio** pour nos soirées d'enquête et d'aventures dans les profondeurs mystérieuses du temps et du ludisme.

**A toutes celles et ceux** que je ne mentionne pas aujourd'hui mais que j'aurai le temps de remercier de vive voix.

**Enfin, aux soignants,** qui donnent leur temps précieux souvent, leur santé parfois, leur bienveillance toujours. Merci pour votre enseignement, et pour votre dévouement qui entretiennent et font vivre cet esprit unique au difficile monde du soin.

## TABLES DES MATIERES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	20
1. La simulation clinique.....	21
1.1. Définition .....	21
1.2. Les différentes modalités de simulation.....	22
1.3. Historique de la technologie en simulation .....	23
1.4. Historique du patient « simulé » .....	25
1.5. Etat des lieux dans la littérature médicale .....	27
1.6. Utilisation de la simulation dans le cursus de l'internat de psychiatrie .....	29
2. Improvisation théâtrale en pédagogie médicale et psychiatrie .....	30
3. Théorie de la motivation .....	31
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	33
1. Problématique et objectif de travail .....	33
2. Méthodologie de l'étude .....	34
2.1. Le choix d'une étude qualitative .....	34
2.2. Méthodologie de recrutement.....	34
2.3. Structure des séminaires.....	35
2.4. Exercices de cohésion et théâtre d'improvisation .....	36
2.5. Scénarii de simulation .....	36
2.6. Récolte des données .....	36

2.7. Considérations éthiques.....	37
<b>RESULTATS</b> .....	<b>38</b>
1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée .....	38
2. <i>Focus Group</i> .....	38
2.1. <i>Focus group</i> du 1er séminaire .....	38
2.1.1. Sur le vécu de la session de simulation clinique .....	38
2.1.2. Sur les exercices spécifiques d'immersion par le théâtre.....	39
2.1.3. Sur les situations cliniques et les thèmes abordés .....	39
2.1.4. Sur la temporalité de la simulation clinique au moment de la formation en psychiatrie .....	40
2.1.5. Sur les freins et les leviers à la participation au 1 <sup>er</sup> séminaire.....	40
2.1.6. Remarques générales sur le 1 <sup>er</sup> séminaire.....	41
2.2. <i>Focus group</i> du 2 <sup>e</sup> séminaire .....	41
2.2.1. Sur le vécu de la session de simulation clinique .....	41
2.2.2. Sur la motivation à participer à cette séance .....	42
2.2.3. Sur les exercices spécifiques d'immersion par le théâtre.....	42
2.2.4. Sur les situations cliniques et thèmes abordés.....	43
2.2.5. Sur la temporalité de la simulation clinique au moment de la formation en psychiatrie .....	43
2.2.6. Sur les freins et les leviers à la participation .....	44
2.2.7. Remarques générales .....	45

3. Sondage aux internes n'ayant pas participé aux séminaires .....	45
3.1. Population de répondants .....	45
3.2. Freins et leviers à la participation .....	46
3.3. Intérêt pour la simulation clinique .....	49
3.4. Remarques libres concernant les leviers à la participation .....	49
<b>DISCUSSION</b> .....	52
1. Points positifs de l'étude.....	52
2. Limites du travail .....	53
3. Motiver : Freins et moteurs à la participation des internes .....	55
3.1. Développement de la motivation intrinsèque.....	55
3.2. Dépasser l'appréhension de la mise en exposition.....	56
4. Jouer : De la cohésion à l'interprétation .....	58
4.1. Le théâtre d'improvisation : un outil.....	58
4.2. La question de l'immersion.....	59
5. Simuler : Du scénario à l'échange de pratique .....	60
5.1. Le débriefing : un outil clé .....	60
5.2. Le partage d'expérience .....	62
5.3. Une pédagogie de l'action.....	62
<b>CONCLUSIONS</b> .....	64
<b>ANNEXES</b> .....	68
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	91

## INTRODUCTION

---

La transmission du savoir médical est, depuis le XIXe siècle, une question sans cesse renouvelée dans ses modalités d'application. La modernité de la médecine actuelle impose un cadre scientifique et décisionnel qui se prête à de nombreuses spécialités. Néanmoins, les limites de cette pédagogie se heurtent à l'aspect humain de cette « science », particulièrement dans la gestion de l'imprévu, que ce soit par le biais des rapports humains par définition subjectifs, ou par la nécessité de devoir faire face à des situations aussi soudaines qu'inattendues.

Dans cette optique, la simulation clinique amène l'étudiant à mobiliser ses ressources afin de travailler et d'acquérir des compétences de communication ou de savoir-être et savoir-faire. Déjà implantée dans le cursus de l'internat de psychiatrie, notamment au sein de la faculté de médecine de Strasbourg, il existe à ce jour de nombreux freins à son utilisation, mais qui sont peu évalués dans la littérature. Les difficultés sont plutôt rapportées dans le cadre éthique (recrutement de patients réels ou simulés/standardisés, frontière fine entre la frontière du réel et de l'imaginaire dans les rôles psychiatriques) (1,2). Les études pointent plus rarement l'anxiété des participants à incarner un rôle en public (3).

Comment identifier et qualifier ces obstacles à la mise en place de la simulation pédagogique ? Sur quels aspects peut-on jouer pour déclencher la motivation des internes à s'investir dans cette pratique ? De quels outils dispose-t-on pour structurer et déployer la simulation afin de provoquer une émulation entre pairs étudiants ?

Voici autant de problématiques que ce travail explorera.

## 1. La simulation clinique

### 1.1. Définition

Une définition pourrait être empruntée au rapport de la HAS de 2012 sur la simulation médicale (4) : *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, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».*

Certains auteurs (5) précisent que la simulation est une méthode d'enseignement, de savoir-faire et d'habiletés utilisés dans l'alternative des tâches pour lesquelles un enseignement direct s'avère difficile ou impossible pour des raisons déontologiques, économiques ou techniques.

C. Léonce (6) souligne encore l'évolution de cette définition en fonction des adaptations conceptuelles et de la technologie. Il rapporte la définition du Professeur David Gaba de 2004 pour qui la simulation médicale est une « notion de représentation artificielle de la réalité destinée à atteindre des objectifs par un apprentissage résultant de l'expérience ».

Ces définitions englobent donc un ensemble de pratiques dont la vocation est de permettre une pédagogie médicale dans un cadre éthiquement acceptable. La simulation peut être considérée comme une méthode d'enseignement transmettant un savoir-faire et permettant l'acquisition de compétences qui s'avèrent difficiles à acquérir de manière directe.

## 1.2. Les différentes modalités de simulation

Dans son rapport du 30 juin 2022 (7), la SoFraSims liste les différentes modalités de simulation actuellement utilisées :

- La simulation relationnelle : il s'agit d'un outil d'apprentissage basée sur les relations avec les patients, familles, soignants ou professionnels des soins. Elle repose sur un système de jeu de rôle incluant des patients simulés et/ou standardisés.
- La simulation procédurale : allant du mannequin (gynécologie, traumatologie), au logiciel permettant un environnement 3D réaliste (chirurgie robot-assistée), il s'agit d'une méthodologie axée sur le geste technique ou les processus complexes.
- La simulation par jeux sérieux : centrée sur le raisonnement clinique ou thérapeutique, elle ne permet néanmoins pas d'approfondir les dimensions d'interaction, de savoir-faire ou de savoir-être.
- La simulation en réalité virtuelle ou augmentée : pour l'instant limitée dans leur application (coût, infrastructure), il s'agit d'un outil disposant d'un fort potentiel notamment sur la dimension de coopération via la mise en réseau.
- La simulation hybride : alliant différentes techniques de simulation, elle permet l'intégration de plusieurs méthodologies notamment pour simuler des situations complexes.
- La simulation translationnelle : elle opère en amont de la mise en place de procédure ou stratégies de soins dans le but d'une optimisation avant application. Elle est utile pour développer une culture de la réflexion et d'anticipation.

Cet ensemble d'outils pédagogiques couvre les besoins de l'ensemble des disciplines médicales, paramédicales et pharmaceutiques.

### 1.3. Historique de la technologie en simulation

L'application de la simulation au domaine de la santé commence au XVIème siècle, avec l'émergence des premiers simulateurs médicaux rudimentaires, destinés à l'obstétrique. En 1759, Louis XV chargea Madame Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray de parcourir la France pour enseigner l'art de l'accouchement à des paysannes illettrées. Cette émissaire royale inventa un mannequin obstétrical grandeur nature et fait de toile pour ses démonstrations (8). Il peut être considéré comme le premier vrai simulateur de gestes.



*« Ensemble mannequin d'accouchement : le nouveau-né » réalisé Mme du Coudray, XVIIIe siècle. CHU de Rouen.*

En 1911, la « Chase Hospital Doll » a été utilisée et prônée de façon avant-gardiste par la directrice de la *Hartford Training School for Nurses* dans le Connecticut pour former les infirmières. Cette directrice croyait depuis longtemps que les mannequins pouvaient être utilisés à des fins pédagogiques et utilisait des mannequins faits maison remplis de paille, mais ces derniers évoquaient peu la réalité. Cette poupée, appelée " Mrs. Chase ", était utilisée pour former les infirmières à habiller un patient, à le retourner et à le transférer d'un lit à

l'autre. En 1914, une version améliorée comprend un site d'injection dans le bras et un réservoir interne pour les traitements (9).

En 1959, le plus célèbre mannequin entraîneur de simulation de réanimation cardio-pulmonaire, Resusci Anne, naît, issu de la coopération entre Safar, anesthésiste, et Laerdal, fabricants de jouets (10). Les premières expériences avec les plastiques souples lui ont permis de créer un simulateur humain pouvant être utilisé pour enseigner les techniques de réanimation à la fois aux praticiens des soins médicaux et aux personnes de tous horizons. Le succès de Resusci Anne a conduit à l'acceptation généralisée de la réanimation et de la simulation dans la formation médicale.

L'avènement de l'électronique dans les années 1970 est à l'origine de la création de « Sim One® » (11), mannequin interactif précurseur des mannequins haute-fidélité actuels.



*Mannequin Sim One®.*

A la fin des années 1980, l'essor de la réalité virtuelle permet l'émergence de programmes mettant en œuvre des personnages fictifs évoluant dans des mondes artificiels. Ces personnages, devenus patients, peuvent permettre des mises en situation utiles dans le domaine de la santé. Les thérapies d'exposition en réalité virtuelle sont notamment utilisées en psychiatrie et semblent particulièrement efficaces dans le traitement de l'anxiété -elles provoquent des réactions réalistes aux stimuli redoutés. De plus, les thérapies d'exposition avec des images simulées sont bénéfiques pour les patients souffrant de phobie et de syndrome de stress post-traumatique - exposition progressive et sûre au stimulus négatif (12).

Actuellement, la réalité virtuelle peut également se décliner en « serious games » (« jeux sérieux ») ou « gamification », des jeux vidéo destinés à faire passer un message, informatif ou éducatif, ou simuler une situation proche de la réalité. En médecine, la recherche sur les jeux sérieux reste émergente, avec des données disponibles en faible quantité. L'utilisation de ceux-ci dans l'enseignement des professions de santé semble efficace pour l'apprentissage à court terme, améliore les connaissances, les compétences et le degré de satisfaction personnelle (13,14). Ils sont également étudiés en psychiatrie où les interventions de jeux sérieux peuvent être efficaces pour réduire les symptômes liés à la dépression, syndrome de stress post-traumatique, troubles du spectre autistique, addiction à l'alcool, mais les nombres de comparaisons dans la méta-analyse sont faibles (15).

#### **1.4. Historique du patient « simulé »**

En parallèle de ces avancées technologiques décrites ci-dessus, on voit émerger, dès les années 1960, l'utilisation d'acteurs mimant des symptômes appelés patients « standardisés » ou « simulés » (terme générique qui désigne à la fois un patient simulé, une personne bien formée pour simuler la maladie d'un patient de manière standardisée, ou un patient réel, qui

est formé pour présenter sa propre maladie de manière standardisée). Le premier d'entre eux apparaît en 1960 et simule une sclérose en plaque, à l'initiative du Dr Howard Barrows (16).

Les patients simulés sont parfois des acteurs professionnels ou des volontaires « non acteurs ». En psychiatrie, Krahn (17) utilisait par exemple des patients standardisés issus de la population générale, avec de bonnes capacités d'acteurs mais sans connaissances médicales particulières et improvisant autour d'un script et d'une séance d'entraînement avant la simulation. Il les comparait à des patients réels. Après comparaison en aveugle, les étudiants préféraient nettement les patients réels. Bien que les patients standardisés offrent certains avantages par rapport aux patients réels, leurs limites incluent la difficulté à développer l'empathie. Les patients standardisés pourraient éventuellement être formés à transmettre des émotions de manière réaliste, mais des études plus approfondies sont nécessaires à cet égard. Les soignants peuvent également jouer le rôle de patients simulés, notamment les étudiants en santé quel que soit leur niveau d'étude (18,19).

Aux Etats-Unis, se développent des sociétés de formations spécialisées qui proposent les services de comédiens professionnels pour la réalisation de sessions hyperréalistes de simulation (Strategic Operations Inc. (STOPS), Hyper-Realistic® - source internet).

La profession de ces acteurs particuliers s'est structurée. Il existe une association de patients standardisés (20) (Association of Standardized Patient Educators – ASPE) ([www.aspeducators.org](http://www.aspeducators.org)), regroupant des acteurs avec une formation solide et homogénéisée. Le patient standardisé, formé à l'approche pédagogique, devient alors capable d'évaluer les performances de l'étudiant.

En France, il a été souligné la possibilité de l'émergence de ce « nouveau métier » de patient simulé (4). Une autre piste a été suggérée pour palier la difficulté de recruter des acteurs: celle d'utiliser des internes en fin de cursus comme « tuteurs », et comme « patients

standardisés » pour l'enseignement des étudiants de deuxième cycle. On retrouve dans la littérature des articles où des soignants ou des internes de fin de cursus jouent ce rôle (18,21).

Le groupe des patients « simulés » ou « standardisés » n'est donc pas homogène. Leur seule caractéristique commune est qu'ils simulent des patients réels. La difficulté réside alors dans le fait de savoir s'il est possible (et souhaitable) de les entraîner afin qu'ils réagissent de façon « standardisée ».

### **1.5. Etat des lieux dans la littérature médicale**

A ce jour, la pertinence de la simulation clinique au sein des études médicales est bien documentée comme le démontrent les premières méta-analyses sur le sujet. L'équipe de Cook a mis en évidence que la formation par simulation assistée par ordinateur dans le cadre de l'enseignement des professions de santé est systématiquement associée à des effets bénéfiques et importants pour les résultats qui analysaient les connaissances, les aptitudes et les comportements des soignants (22). De même, en comparant plusieurs méthodes d'enseignements et leurs coûts, la simulation était plus chère mais plus efficace (23). Les études sur la simulation sont présentes dans de nombreuses spécialités médicales, avec ces mêmes résultats d'efficacité, tant pour la formation des consultations d'annonce (24), des gestes d'urgence (25), que pour l'apprentissage des gestes endoscopiques ou vasculaire (26,27), mais également pour la chirurgie (28). Ces nouveaux modes d'enseignement apportent un bénéfice à chaque aspect du métier du professionnel de santé - raisonnement clinique, réalisation de gestes techniques, gestion du stress, communication et gestion des événements indésirables graves. Certains auteurs discutent de standardiser l'évaluation des compétences en intégrant la simulation dans les contrats de formation individualisés dans le cursus de formation, notamment en chirurgie (28).

Pour mieux illustrer l'intégration de la simulation dans nos pratiques médicales en France, le Programme National Sécurité des Patients de 2017 l'a promue comme un outil pédagogique sécurisé (29), avec le financement de la formation au retour d'expérience et de la simulation en santé. Ce programme discutait également d'une meilleure intégration de l'offre de simulation entre CHU en souhaitant une « homogénéisation » et une « pluriprofessionnalisation » des formations.

Dans leur rapport sur l'état de l'art de la simulation en France de 2012 (4), Granry et Moll mettaient en lumière son retard d'implantation en France en comparaison de son utilisation aux Etats Unis pour l'enseignement médical et paramédical. Mais cette situation tend à évoluer en France, notamment via la réforme du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales avec la mise en place des examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) dès la rentrée 2021 (30). Bien que n'étant pas une simulation clinique au sens strict, il s'agit là d'un premier pas vers l'évaluation, non pas du savoir théorique mais du savoir-faire et du savoir-être des étudiants et aussi des compétences de communication, indispensables au métier médical.

Concernant ces compétences, la HAS a rédigé en 2012 un guide des bonnes pratiques en simulation de santé et propose aux professionnels de santé de :

- Former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations
- Acquérir et réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.)
- Analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing
- Aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarii qui peuvent être répétés

- Reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ».

### **1.6. Utilisation de la simulation dans le cursus de l'internat de psychiatrie**

Dans le cadre spécifique de la psychiatrie, une première méta analyse de McNaughton (1) explorait les différentes techniques de simulation à disposition de la formation en psychiatrie : patient standardisé, patient simulé, jeu de rôle. Il en ressortait que les patients simulés et standardisés étaient utiles, appropriés et acceptés pour l'enseignement et l'évaluation des étudiants en psychiatrie. Les jeux de rôle avaient également une place importante dans la technique d'enseignement par simulation pour initier les étudiants aux expériences des patients. Des recherches supplémentaires restaient cependant nécessaires concernant les implications du vaste éventail de technologies de simulation en psychiatrie, avec la nécessité d'un examen critique de ces pratiques éducatives, de leur application professionnelle et de leurs implications théoriques. Ce premier auteur demeurait donc prudent quant à son utilisation pour la formation des médecins thésés.

Cette dernière interrogation est levée dans une nouvelle méta-analyse de Piot en 2020 (2). Cette dernière étude, plus étoffée et plus récente, confirme le rôle de la simulation en psychiatrie pour l'amélioration des compétences, du savoir théorique mais également de la gestion des interactions avec le patient, et ce même pour les médecins en exercice.

On retrouve de longue date l'exploration de l'utilité de la simulation dans la formation des futurs psychiatres, que ce soit dans la pertinence de proposer un panel de situations cliniques standards aux futurs médecins (31) ou dans la formation des infirmiers en psychiatrie (32). Il existe néanmoins des limites à cette pratique dû au manque de réalisme dans la réaction des participants, qui ne sont pas des acteurs professionnels (17). Cela rend délicat l'emploi de la

simulation pour enseigner la psychothérapie ou certaines compétences plus fines concernant la relation soignant-patient (31), et notamment l'empathie.

En France, il existe des unités de simulation clinique dans la plupart des facultés de médecine. Le développement de la pratique en tant que telle demeure néanmoins inégale, en fonction des formateurs, de leur investissement, et des coûts financiers inhérents.

## **2. Improvisation théâtrale en pédagogie médicale et psychiatrie**

L'improvisation théâtrale est une forme de pratique artistique, collaborative, dont l'objectif est de conter une histoire commune. Elle utilise pour ce faire un panel d'outils et de techniques qui permettent de créer un environnement sécurisant et de développer la cohésion du groupe. Elle permet également sur un plan plus individuel de travailler un panel de compétences allant de la spontanéité à la prise de parole, en passant par l'empathie (33).

L'étude de Gao de 2018 (34) explorait l'utilisation de l'improvisation dans la pédagogie médicale et explicitait le besoin de disposer d'un animateur disposant de la double connaissance clinique et théâtrale. Cette étude retrouvait également une adéquation forte entre les compétences renforcées par l'improvisation et les besoins de formation des carrières médicales. Enfin, il existe un certain développement de la réflexivité des étudiants en santé via l'effet de surprise propre à l'improvisation, utilisé comme déclencheur. Il s'agit d'un outil profond, riche, et basé sur le rapport à l'imprévu. Il paraît alors adapté à l'exercice médical, dont le quotidien peut être pavé de situations inattendues, notamment en psychiatrie.

L'improvisation est même utilisée pour améliorer le bien-être des étudiants en santé (35), s'appuyant là aussi sur la création d'un lieu sécurisé sur le plan des échanges, établissant un environnement non jugeant et bienveillant. C'est en ce sens que l'utilisation d'exercices issus

du théâtre d'improvisation nous est apparue comme une solution pour permettre une transition douce vers la simulation clinique.

Dans un spectre plus large, le théâtre d'improvisation est déjà utilisé en tant que technique pédagogique au sein d'une pratique nommée « Medical Improv ». Cette technique d'apprentissage est une pédagogie de l'imprévu, permettant de travailler spécifiquement des compétences de communication inter personnelle, travailler l'empathie et les capacités de gestion de l'impondérable (36).

### **3. Théorie de la motivation**

Dans une étude de 2016 (37), T. Pelaccia analysait la motivation des étudiants dans le domaine médical. Il en ressortait les points suivants qui apparaissaient comme déterminants :

- Mettre en avant la valeur intrinsèque de l'activité pédagogique :
  - S'intéresser aux attentes des étudiants semble être un préalable nécessaire, par exemple en proposant un tour de table initial où chacun puisse exprimer ses objectifs.
  - Donner du sens aux enseignements en établissant clairement le lien avec la pratique par un temps d'explication nécessaire, permettant de renforcer le lien entre théorie et application concrète.
- Améliorer le sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire les croyances d'une personne dans sa capacité à réaliser une tâche, un apprentissage, un défi ou un changement avec succès. Cette amélioration passe par des étapes d'accomplissement progressives, avec toujours un certain degré d'exigence. Il semble important en effet de permettre aux étudiants d'accéder à des résultats tangibles, tout en étant capable d'accompagner les échecs comme faisant partie de ce processus de progression.

- Améliorer la perception de contrôle : Laisser aux étudiants la capacité de faire des choix (tâches, objectifs..), en guidant néanmoins ces décisions pour qu'elles demeurent cohérentes et ciblées.

Ce sont donc sur ces axes que les efforts doivent se porter pour amener les internes à une plus grande participation à la simulation clinique.

Considérant une autre approche, le modèle d'Albert Bandura (38) suggère que les processus de motivation s'articulent sous deux formes : extrinsèque et intrinsèque. La motivation intrinsèque correspond aux situations où l'action n'est conduite que par l'intérêt et le plaisir de la personne trouve dans cette même action, sans attente de récompense extérieure. La motivation extrinsèque, elle, correspond à une action provoquée par une circonstance extérieure (récompense, punition, pression sociale, reconnaissance ou approbation d'un tiers..).

En s'inspirant de cette dernière théorie, nous pouvons tenter de comprendre dans ce travail de thèse par quels leviers nous pouvons amener les étudiants à développer une motivation « intrinsèque » vis-à-vis de la simulation clinique.

### 1. Problématique et objectif de travail

La psychiatrie pose spécifiquement la problématique d'amener ses spécialistes à devoir faire face des situations moins codifiées et nécessitant une plus grande part de spontanéité et de jugement sur l'instant. A ce titre, la simulation clinique présente certains atouts d'une pédagogie adaptée. Ce sujet a été exploré de manière approfondie dans la thèse rédigée par C. Pham Dinh en 2015 (39). Elle concluait notamment sur sa pertinence pédagogique reconnue tant par les encadrants que par les étudiants.

Les formateurs du cursus de l'internat de psychiatrie de Strasbourg ont constaté, lors des séances de simulation clinique proposées aux étudiants, une grande difficulté à recruter des volontaires pour se prêter à ces séances de jeu de rôle. Cependant, ce dernier point est difficile à évaluer car il n'a pas bénéficié d'études ou de questionnaires spécifiques. La question de la motivation à la participation semble être ici un obstacle.

C'est donc pour mettre à jour les freins et les leviers motivationnels que nous avons décidé de mettre en place cette étude qualitative ciblant le ressenti des internes. Le choix méthodologique, par opposition à une étude quantitative, s'est effectué dans l'optique de s'intéresser au point de vue des participants, première étape selon Pelaccia et Viau (37).

L'objectif principal de cette étude est ainsi d'obtenir, à l'échelle d'une promotion d'interne, un tableau précis des éléments impactant sur la motivation à la participation aux séances de simulation clinique. Les objectifs secondaires sont d'explorer le vécu d'exercices de cohésion de groupe pratiqués en amont des séances de simulation pédagogique et d'évaluer leur pertinence pour favoriser la motivation ; ainsi que d'explorer le vécu plus général des

internes quant à l'utilisation de la simulation pédagogique dans leur cursus et de faire émerger des pistes d'améliorations centrées sur les apprenants.

## **2. Méthodologie de l'étude**

### **2.1. Le choix d'une étude qualitative**

Ici, le choix d'une étude qualitative se justifie par le besoin de récupérer des données subjectives. Nous cherchons à comprendre directement auprès des étudiants ce qui empêche, freine ou rebute une population d'internes en psychiatrie à participer à la simulation clinique. Le but étant de qualifier un comportement et de pouvoir le comprendre à partir du recueil du ressenti des internes eux-mêmes.

Nous avons donc construit et proposé une étude utilisant des séminaires de simulation clinique pour pouvoir, au travers de l'expérience vécue, recueillir la parole des internes et leur ressenti.

### **2.2. Méthodologie de recrutement**

En se basant sur les propositions de Ramani et Mann (40), nous avons décidé d'articuler notre étude selon des séminaires cliniques « bonus » afin d'obtenir nos données brutes. Il apparaît rapidement qu'un mode de récupération des données par *focus group* est le plus adapté car il permet de recueillir les retours au niveau de l'ensemble des participants en bénéficiant d'effet d'échanges et d'émulation.

Afin d'obtenir un volume de données suffisant, nous avons établi l'hypothèse de la nécessité de réaliser 2 à 3 sessions de simulation clinique avec des tailles de groupes de 5 à 8 participants. A la suite de difficultés à recruter un nombre suffisant de participants, nous avons finalement réalisé 2 sessions de 4 à 5 participants. La première session a eu lieu en avril 2022, la seconde en juin 2022.

Dans un premier temps, nous avons communiqué à l'ensemble des internes de 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année de psychiatrie de Strasbourg (n=49) une invitation à un séminaire optionnel de simulation clinique. L'invitation contenait l'ensemble des informations utiles, y compris le déroulé de la séance. La communication s'est faite tout d'abord via la liste de diffusion (mail) habituelle de l'enseignement des internes, et nous avons complété cette communication par un recrutement via les réseaux sociaux sur la page dédiée aux internes de psychiatrie Strasbourgeois.

Cette première étape a permis de recruter 4 internes pour la 1<sup>ère</sup> session. Pour le deuxième séminaire, nous avons élargi l'invitation aux internes de 1<sup>ère</sup> année, à la fois pour élargir la base de recrutement, mais également pour apporter de nouvelles données à notre étude. De la même manière, nous avons communiqué dans un premier temps par mail, puis par réseaux sociaux. Il aura été cette fois nécessaire d'aller démarcher directement les internes pour permettre un recrutement suffisant. Cette deuxième étape a permis de recruter 5 internes.

### 2.3. Structure des séminaires

Les deux séminaires ont été construits de la même manière selon le programme ci-dessous :

Etapes	Durée prévue (minutes)
Accueil et introduction du séminaire (y compris règles des jeux de rôle, cf. <i>Annexe 1</i> )	15
Exercices de cohésion de groupe	30
Briefing du 1 <sup>er</sup> scénario	10
Mise en jeu	10 à 15
Débriefing du 1 <sup>er</sup> scénario	30
Temps de pause	5 à 10
Briefing du 2 <sup>ème</sup> scénario	10
Mise en jeu	10 à 15
Débriefing du 2 <sup>ème</sup> scénario	30
<i>Focus group</i>	30 et plus

## **2.4. Exercices de cohésion et théâtre d'improvisation**

L'idée de favoriser la cohésion du groupe pour faciliter la transition vers la simulation clinique proprement dite s'inspire des applications de l'improvisation et du théâtre dans la formation des études médicales. Nous la retrouvons également dans les disciplines tel que le « Medical Improv » (36), qui emprunte encore davantage au théâtre d'improvisation, et améliore notablement le sentiment d'efficacité personnelle des participants.

L'objectif est ici simple : réunir les différents participants au travers d'exercices accessibles et abordables. Nous avons mis en place des exercices de concentration par la voix et le corps, accessibles, apportant un sentiment de contrôlabilité aux participants. Ceux-ci sont disponibles en *Annexe 2*.

## **2.5. Scénarii de simulation**

Nous avons élaboré deux scénarii par séminaire clinique, donc quatre pour la totalité des séminaires (*Annexe 3*). Ces scénarii devait répondre à certaines contraintes :

- Présenter un intérêt clinique sur le plan psychiatrique,
- Amener une situation plus complexe que celles abordées au cours de l'internat,

Lors du second séminaire, nous avons proposé de construire le deuxième scénario à partir de propositions émanant des étudiants.

## **2.6. Récolte des données**

Les données brutes ont été recueillies en fin de séminaire avec un enregistreur vocal. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs en groupe, appelés *focus group*. La trame des questions posées était préparée en amont (*Annexe 4*). Certaines questions étaient ajoutées au cours du recueil pour approfondir ou éclairer de nouveaux sujets.

La durée du *focus group* était fixée en amont à 30 minutes, mais était finalement prolongée à 37 minutes pour le 1<sup>er</sup> séminaire, et 57 minutes pour le second. Le critère de fin d'entretien était l'obtention de la saturation des données. Le recueil détaillé est disponible en *Annexe 5*.

Une fois les 2 séminaires réalisés, nous avons envoyé par mail un sondage informatique à l'ensemble des internes de psychiatrie n'ayant pas participé aux sessions afin de questionner les raisons de leur absence de participation.

## **2.7. Considérations éthiques**

Tous les participants aux séminaires étaient volontaires et informés de l'inscription de ce séminaire dans un travail de thèse. Ils ont tous donné leur accord pour être enregistrés et intégrer leurs retours à ce document. Concernant le sondage informatique, aucune donnée personnelle identifiable n'a été recueillie. L'ensemble des données informatiques et statistiques ont été anonymisées.

## RESULTATS

### 1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée

Neuf internes en psychiatrie ont participé à cette thèse. La population d'internes étudiée, tous étudiants rattachés à la faculté de médecine de Strasbourg, est la suivante :

Sujet	Année d'internat	Âge (ans)	Sexe	Expérience de la simulation clinique
1	4 <sup>e</sup> année	27	Homme	1 à 5 séances
2	4 <sup>e</sup> année	27	Femme	1 à 5 séances
3	4 <sup>e</sup> année	27	Homme	1 à 5 séances
4	3 <sup>e</sup> année	26	Femme	>10 séances
5	3 <sup>e</sup> année	32	Homme	1 à 5 séances
6	2 <sup>e</sup> année	25	Femme	1 à 5 séances
7	2 <sup>e</sup> année	28	Homme	1 à 5 séances
8	2 <sup>e</sup> année	28	Homme	1 à 5 séances
9	1 <sup>ère</sup> année	24	Femme	1 à 5 séances ; pratique du Théâtre
TOTAL	M=2,7±1,1	M=27,1±2,1	Ratio H/F=5/4	-

*Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des participants*

### 2. Focus Group

#### 2.1. Focus group du 1er séminaire

##### 2.1.1. Sur le vécu de la session de simulation clinique

L'ensemble des participants a un vécu positif de cette session de simulation clinique. Les participants soulignent particulièrement les dimensions **d'immersion progressive** via les exercices de cohésion de groupe préalables et le climat de mise en **confiance**.

### 2.1.2. Sur les exercices spécifiques d'immersion par le théâtre

Les exercices sont tout d'abord jugés **abordables** par l'ensemble des participants, la dimension **évolutive et progressive** est fortement appréciée, de même qu'une approche par le **corporel** plutôt que le verbal dans les exercices proposés. Ces exercices permettent, d'après les participants, de **sortir d'une certaine "passivité"**, favorisent l'immersion et renforcent l'attention des étudiants.

Le fait d'être en **petit groupe** semble être un point déterminant et particulièrement apprécié par les étudiants, spécifiquement sur la dimension de la **cohésion** de groupe, mais également dans le fait de **limiter les techniques d'évitement - peur du jugement**.

### 2.1.3. Sur les situations cliniques et les thèmes abordés

Les scénarii proposés sont jugés **pertinents** car correspondant à des situations certes **peu fréquentes** mais ancrées dans la **réalité clinique**.

Un élément fondamental soulevé par les participants est le **partage d'expérience** via les discussions post-simulation. C'est au travers de ces **échanges** que la dimension pédagogique semble, pour ce groupe, être la plus marquée. Un parallèle est même réalisée avec une sorte de "**reprise clinique simulée, jouée**".

Concernant le fait de pouvoir **jouer ces situations avant qu'elles ne surviennent** pour mieux préparer les internes à y faire face, l'intérêt des participants est manifeste. Ils proposent même de pouvoir **rejouer, dans un délai court après leur survenue**, des situations cliniques vécues dans leur pratique (en garde par exemple). Ceci dans l'objectif de pouvoir trouver des réponses et échanger sur des situations posant problème par leur complexité, ou parfois par l'échec ressenti.

#### **2.1.4. Sur la temporalité de la simulation clinique au moment de la formation en psychiatrie**

D'après le retour des étudiants, la meilleure période de l'internat pour proposer des simulations cliniques plus approfondies se situerait sur la **charnière entre la 1ère et la 2e année de formation**. Il s'agirait là pour eux d'un moment où les connaissances théoriques acquises sont plafonnées, et l'expérience clinique, elle, serait encore jugée trop faible. Une proposition suggère même de créer des **groupes mélangeant "jeunes internes" de phase socle et des plus anciens** pour, là encore, renforcer le **partage d'expérience**.

#### **2.1.5. Sur les freins et les leviers à la participation au 1<sup>er</sup> séminaire**

Selon les participants, le principal élément bloquant la participation semble être la  **Crainte du "jugement"** tant sur les capacités personnelles que sur les compétences médicales. Les études de médecine, jusqu'alors, sont en effet essentiellement portées sur **les épreuves écrites et très peu sur l'oral**. De surcroît, la **comparaison**, le **jugement** et la **compétition** semblent être **très présents** et mal vécus par les étudiants en médecine, et les amènent à craindre de telles situations d'exposition.

Concernant les facteurs favorisant la participation, il apparaît que le format en **petit groupe** d'une part, formé de **volontaires** d'autre part, soit jugé comme le plus efficace par les participants. La **posture "non jugeante" des formateurs** est également un point important pour la mise en confiance. Ce point pourrait encore être renforcé par une **plus grande fréquence des séances** de simulation, afin de créer une certaine **habitude** dans cette pratique. Enfin, le fait **d'applaudir** en fin de simulation, de **valoriser** les participants ayant joué les scénarii, et le travail sur la **cohésion de groupe au sens large** sont autant d'éléments permettant de créer un climat de **sécurité** et de **bienveillance** qui semblent ici essentiels.

Une question reste en suspens sur le fait d'introduire des éléments de **vidéo**, soit par le fait de proposer des enregistrements de scènes jouées par d'autres groupes, soit de filmer les intervenants pour enrichir la phase de discussion post simulation. Ce sont des éléments qui semblent renforcer la dimension pédagogique mais qui pourraient très fortement créer de **nouveaux freins** de participation sur le fait d'être filmé.

Enfin, une interrogation émerge sur le fait de jouer les **scénarii plutôt à trois participants qu'à deux**, pour permettre davantage de solutions de jeu.

### **2.1.6. Remarques générales sur le 1<sup>er</sup> séminaire**

D'une manière générale, les étudiants semblent apprécier que l'on cible, via la simulation clinique, le "**comportement du soignant**" plutôt que ses connaissances techniques. Ils soulignent également la forte valeur ajoutée d'un **échange de pratiques cliniques venant de pairs**, et permettant à l'ensemble du groupe **une évolution des pratiques** via la simulation.

La question de la **périodicité** et du **rapprochement** des séances est posée ici, pour permettre un **travail en profondeur et sur la durée**.

## **2.2. Focus group du 2<sup>e</sup> séminaire**

### **2.2.1. Sur le vécu de la session de simulation clinique**

L'ensemble des participants ont là encore un vécu très positif de cette session de simulation clinique. Ils insistent sur l'importance du **climat de bienveillance** et **d'absence de jugement** durant cette session, contrastant avec l'ambiance **très compétitive au sein des études de médecine**. Les dimensions de **partage d'expérience et de cohésion** sont aussi

soulignées. Enfin, il est remonté l'intérêt clinique pour des internes plus novices, en phase sociale, de partager ce genre de moment pédagogique **avec des internes plus avancés dans leur pratique.**

### **2.2.2. Sur la motivation à participer à cette séance**

Ce point est très différent d'un participant à l'autre. Nous retrouvons un intérêt pour le côté **théâtral** de la simulation; la dimension "**artisanale**" de la psychiatrie qui se prêterait mieux à la simulation clinique qu'à un cours magistral; la volonté d'accéder à **d'autres formes de pédagogie** que celles jusqu'ici pratiquées pour les internes les plus avancés dans leur cursus.

### **2.2.3. Sur les exercices spécifiques d'immersion par le théâtre**

Les internes participants mettent rapidement en avant le rôle de ces exercices dans la **mise en cohésion du groupe**, de **transition douce** vers la simulation clinique en "**cassant les barrières et les réticences préalables**". Ils soulignent l'aspect abordable des exercices qui sont encore facilités par leur aspect **progressif**.

Il apparaît un **effet d'apprentissage**, permettant lors d'une deuxième session d'être beaucoup plus rapidement à l'aise pour se prêter à ces exercices. Cela semble renforcer l'idée d'une **progression personnelle** pour les internes.

Comme lors de la première session, le fait d'être en **petit groupe** semble être un point déterminant. La faible taille de **groupe abaisse la peur du jugement**, facilite **l'immersion** et la **participation**; notamment par opposition à la simulation clinique pratiquée avec **l'ensemble de la promotion d'internes**. Un biais possible est ici rapporté dans le fait que tous les intervenants sont **volontaires**, mais même ceux qui se jugent comme plus "**anxieux**

**socialement"** ont trouvé ces exercices accessibles et **utiles**.

Enfin les étudiants émettent la possibilité, pour le formateur, via ces exercices, de jauger en amont le groupe et **d'adapter les scénarii de simulation au cours du séminaire**.

#### **2.2.4. Sur les situations cliniques et thèmes abordés**

Les scénarii proposés sont jugés pertinents et ouvrent à des **échanges de pratique** entre internes. Nous retrouvons la notion de **partage d'expérience** qui semble être un élément fondamental de la simulation. Les retours valorisent plus spécifiquement **l'échange entre étudiants**, confrontant les **différentes orientations théoriques et formations** de chaque interne dans un **cadre sécurisant**. Les notions de "vécu" et de "**ressenti**" sont ici jugées plus intéressantes que la dimension théorique.

Concernant le fait de pouvoir jouer ces situations avant qu'elles ne surviennent pour mieux s'y préparer, les participants pointent spécifiquement la sphère de la **pédopsychiatrie** et notamment des **entretiens avec un tiers** (par ex., parents). Ces situations cliniques semblent être une véritable **difficulté** pour l'ensemble des participants, et ils témoignent un intérêt soutenu sur le fait de pouvoir **les travailler en simulation clinique**.

Enfin, le fait d'avoir **créé des scénarii directement apportés par les membres du groupe** serait un point très positif pour les internes car apportant de la souplesse et de **l'interactivité**.

#### **2.2.5. Sur la temporalité de la simulation clinique au moment de la formation en psychiatrie**

D'après le retour des étudiants, ces simulations cliniques devraient avoir **lieu tout au long du cursus de l'internat de psychiatrie**. Il n'y aurait **pas de période de l'internat plus**

**propice** à ces séances. Il semble que ce soit **les objectifs des séances** qui devraient être adaptés en fonction de **l'expérience** des participants ou de leurs **options/spécialisations**. Un exemple de scénario est ici donné avec **l'annonce diagnostique** d'une maladie d'Alzheimer ou d'une entrée en schizophrénie.

On constate via ce groupe que **mélanger des internes de première année à des internes plus avancés semblent être une réelle plus-value pour tous**. Il existe là une dimension de **parrainage**.

### **2.2.6. Sur les freins et les leviers à la participation**

**La crainte du jugement, la comparaison, la compétition** existant depuis le début des études de médecine, semblent être ici aussi le premier frein à la participation. Les internes de ce groupe questionnent le sujet du **volontariat** pour participer à ces séances de simulation clinique. Un consensus existe sur le fait **d'imposer tôt dans l'internat un premier "essai obligatoire"** de simulation clinique, en renforçant au sein de la communication les éléments de **bienveillance** (position non jugeante des encadrants, communication rassurante) qui pourraient faciliter grandement **l'adhésion "à priori"**. Puis, dans un second temps, **pérenniser** ces groupes avec des **volontaires** qui alimenteraient une dynamique pédagogique à moyen-long terme.

**Le rôle joué durant la séance** a aussi un impact, il semble **plus difficile** de jouer leur propre rôle d'interne en psychiatrie qu'un autre rôle. La dimension de **jugement** y semble la plus forte, tant sur le plan personnel que sur celui des **compétences médicales**.

Enfin, **la taille du groupe**, en petit comité, semble un levier essentiel de participation. Nous retrouvons un consensus sur une **taille de 8 à 9 participants**. Ce chiffre semble un bon compromis pour la stimulation à **participer, limiter l'anxiété sociale** et favoriser **l'attention**.

### 2.2.7. Remarques générales

L'apport de la simulation à la pédagogie des internes de psychiatrie est **unaniment reconnu** par le groupe.

L'importance d'un **"débriefing" final de l'ensemble de la session** semble être un réel point à valeur ajoutée. Il permettrait des échanges **au delà des situations cliniques** à proprement parler, ouvrant à une certaine **réflexivité** des participants.

On retrouve également l'importance de la dimension humaine, du **ressenti** des étudiants qu'ils **opposent aux cours théoriques** jugés plus rigides. Cela semble **mieux convenir à la pratique d'internes plus avancés** dans le cursus.

L'apport de la **vidéo**, par le fait de filmer la séance pour permettre aux acteurs de mieux débriefer pourrait avoir un intérêt. Les participants **soulignent le risque d'y perdre la dimension interactive** et d'échange d'expériences, au profit d'une dimension beaucoup plus **technique**.

Enfin, une question est soulevée concernant la participation de **patients experts**, plus à même de jouer des rôles de patients au sein de la simulation, pour renforcer encore plus **l'immersion** et l'intérêt pédagogique.

## 3. Sondage aux internes n'ayant pas participé aux séminaires

### 3.1. Population de répondants

Ce sondage a été accessible en ligne pendant 3 semaines. Sur les 58 internes n'ayant pas participé aux séminaires cliniques, 26 ont répondu soit 44,8% du total des étudiants (*tableau 2*). Les résultats ci-dessous retrouvent une répartition plus marquée dans les promotions les plus anciennes - 65,4% des participants sont en 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> année. Nous retrouvons une

répartition homme/femme cohérente avec la répartition générale au sein de l'ensemble des promotions, soit 8 hommes (30,7%) et 18 femmes (69,2%). L'âge des participants était en moyenne de 28,4 ans [24-39].

<b>Année d'internat de psychiatrie</b>	<b>Nombre d'internes participants au sondage</b>	<b>Pourcentage</b>
1 <sup>ère</sup> année (phase socle)	5	19,2%
2 <sup>e</sup> année (phase d'approfondissement)	4	15,4%
3 <sup>e</sup> année (phase d'approfondissement)	8	30,8%
4 <sup>e</sup> année (Docteur Junior/FST*/Option)	9	34,6%

*\*Formation Spécialisée Transversale*

*Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des internes n'ayant pas participé aux séminaires*

### **3.2. Freins et leviers à la participation**

Concernant la communication et le média (*tableau 3*) qui a effectivement pu toucher les internes, il apparaît à part égales que le mail et les réseaux sociaux sont les vecteurs les plus suivis :

<b>Intitulé des réponses</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Pourcentage</b>
Je n'en ai pas eu connaissance	7	26,9%
Par mailing list	12	46,2%
Par un message sur un réseau social (Facebook)	13	50%
Par le bouche-à-oreille	4	15,4%

*Tableau 3 : Média d'information concernant la séance bonus de simulation clinique.*

Nous retrouvons (*tableau 4*) de manière congruente aux *focus group* que les principaux obstacles à la participation sont la crainte du jugement d'autrui sur le fait d'incarner un rôle en public (53,9%), du jugement des compétences médicales (46,2%) et l'appréhension sociale (34,6%). Seuls 2 répondants (7,7%) donnent comme frein le fait de ne pas être intéressés par la simulation clinique.

En réponse libre, 3 répondants (11,5%) ont donné comme raison à leur absence de participation une trop grande charge de travail (stage, garde, cours standards).

*Tableau 4 : Freins possibles à l'inscription au séminaire clinique.*

<b>Intitulé de la réponse</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Pourcentage</b>
La crainte du jugement concernant le fait de jouer face à d'autres personnes.	14	53,90%
La crainte du jugement concernant mes compétences médicales.	12	46,2%
Je ne suis pas à l'aise dans les activités de groupe.	9	34,60%
Ces séances arrivent trop tôt dans ma formation et je ne me sens pas prêt(e).	1	3,90%
Ces séances arrivent trop tard dans ma formation et je ne suis pas persuadé(e) de leur pertinence.	2	7,70%
Je ne suis pas intéressé(e) par la simulation clinique.	2	7,70%
Autre (retour libre) : « La possibilité de me dégager du service » « Trop de gardes et trop de boulot dans mon stage » « Le manque de temps, 24h c'est trop court » « La difficulté à inventer un rôle et à le jouer » « Je me sens déjà surchargée et je ne m'inscris pas à des formations facultatives »	5	19,20%

### 3.3. Intérêt pour la simulation clinique

Concernant la question de l'intérêt de la simulation (*tableau 5*), les internes sondés ont répondu positivement à 69,2%. Pour 3 d'entre eux (11,5%), il serait nécessaire d'ajouter certaines conditions supplémentaires. Seuls 2 répondants (7,7%) ne témoignent pas d'intérêt.

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	9	34,6%
Oui, mais certaines choses me freinent pour y participer	9	34,6%
Non, mais avec davantage d'éléments/conditions je pourrais m'y intéresser	3	11,5%
Non	2	7,7%
Autre : « Oui mais à un niveau plus précoce. Externat, début d'internat. »	1	3,8%

*Tableau 5 : Retours des étudiants concernant l'existence d'un intérêt de la simulation clinique dans le cursus de l'internat en psychiatrie.*

### 3.4. Remarques libres concernant les leviers à la participation

Seuls 17 répondants (65,4%) ont répondu ici (*tableau 6*). Nous retrouvons des éléments déjà connus comme le souhait d'une petite taille de groupe et l'obligation de participation. Il apparaît une demande d'intégrer ces séminaires de manière pérenne au cursus. Les réponses livrent aussi un besoin de connaître les autres participants de ces séances, si possible des personnes appréciées ou de confiance. Le tableau ci-dessous contient les réponses libres retournées par les étudiants.

Tableau 6 : Propositions des étudiants sur les leviers à la participation aux séances de simulation clinique.

<i>Retours des internes strasbourgeois.</i>
<i>« L'habitude prise le plus tôt possible dans la formation, dès la 2e année de médecine. »</i>
<i>« Petit groupe – vrais patients/acteurs jouant les patients »</i>
<i>« Petit groupe, savoir qui y participera, séance d'exemple, consignes plus précises et connaître la problématique en avance pour pouvoir y réfléchir. »</i>
<i>« Que ce type de séance soit organisée de façon systématique dans le cursus, que ça devienne un séminaire comme les autres. »</i>
<i>« Je devrais prendre des cours de théâtre. »</i>
<i>« Le faire en petit groupe de pratique de 2-3 maximum, avec des consignes précises et sans public observateur me semble beaucoup plus pertinent en termes de réalité de l'expérience, de moindre anxiété de performance, d'implication personnelle, etc. Sinon pour moi cela revient à du théâtre et cela ne m'intéresse pas (c'est pas dans mes cordes et souvent inintéressant à y assister, parce que très peu naturel). »</i>
<i>« Qu'on ait moins de support de cours différents (cours à la fac 2 fois par mois + séminaire obligatoire + cours sur SIDES) »</i>
<i>« Je pense notamment aux situations de consultations (CMP, pédopsy) qui peuvent préparer à l'exercice en libéral. Aussi, aux situations imprévisibles auxquelles on a affaire, qui laissent souvent et malheureusement place à l'improvisation qui n'est pas aisée pour chacun. Pas de théorie, moins de temps de débriefing. Être actif comme dans un T.P pour voir plus de situations. »</i>

*Tableau 6 (suite) : Propositions des étudiants sur les leviers à la participation aux séances de simulation clinique.*

<i>Retours des internes strasbourgeois.</i>
<i>« Les horaires compatibles avec mon emploi du temps – Permettre de mieux connaître les autres participants – La bonne ambiance. »</i>
<i>« Participation dans des groupes plus petits et avec possibilités de s’inscrire avec des collègues choisis. »</i>
<i>« Le faire par groupes de 2 ou 3 mais plusieurs groupes en même temps, donc tout le monde qui passe en même temps, comme ça l’attention générale n’est pas focalisée sur un groupe qui passe devant les autres. »</i>
<i>« L’obligation ou une autre personnalité. »</i>
<i>« Être avec des personnes que je connais et qui sont dans la même optique de bienveillance et d’apprentissage. »</i>
<i>« Des séances entre internes, non filmées. »</i>
<i>« Rendre la séance de simulation comme part intégrante des cours comme ça mes chefs ne peuvent pas dire que je dois rester plutôt au service. »</i>
<i>« L’inclure dans le processus obligatoire de formation. »</i>
<i>« Très petits effectifs de groupe. »</i>

### 1. Points positifs de l'étude

Nous retrouvons ici, conformément à la littérature (2) la reconnaissance par les participants de l'utilité pédagogique de la simulation clinique. L'apport du *focus group* nous permet d'obtenir le ressenti direct des étudiants et de souligner leur intérêt manifeste concernant les échanges lors du debriefing, certes déjà connu (41), mais encore renforcé par l'émulation entre les promotions d'internes. C'est là un des points majeurs à pouvoir mettre en avant lors de futures communications vers les étudiants, car donnant du sens à cette pratique qui suscite encore beaucoup de craintes, dans l'objectif de pouvoir renforcer leur motivation intrinsèque.

Nous mettons en avant l'existence au sein de l'ensemble des promotions d'une large proportion d'internes déjà intéressés par la simulation clinique, mais également d'une part non négligeable d'étudiants méfiants à ce sujet mais accessibles à l'idée de participer, au prix d'un certain effort de communication pour parvenir à les intégrer.

Un des résultats positifs de cette étude est que la taille des groupes apparaît comme un élément déterminant la motivation et fréquemment cité par nos participants. La littérature évalue peu les difficultés de recrutement pour ces sessions de simulation, pourtant bien mises en évidence dans ce travail. Les effets prépondérants de la taille des groupes, jugés souvent trop grands par les internes strasbourgeois étaient déjà mis en évidence (42). La taille de groupe réduite est un des points les plus redondants et transversaux de cette étude, et particulièrement essentiel à mettre en place dans le futur pour diminuer l'anxiété sociale des participants.

L'apport de l'improvisation théâtrale, en tant qu'outil permettant de créer rapidement et efficacement un climat de bienveillance et d'absence de jugement, est une nouveauté introduite dans cette étude et notamment à Strasbourg. Cet outil était jusqu'alors utilisé en tant que technique centrale de séances de Medical Improv par exemple (34), mais pas comme antichambre aux séances de simulation clinique. Son effet sur les participants semble très impactant d'après leurs retours.

Enfin, la question de la mise en place de séances de simulation tout au long du cursus, et non pas uniquement dans les premiers temps de l'internat, semble un point particulièrement porteur et demandé. Le développement d'une « culture de la simulation » et une construction de groupes pérennes est un autre levier puissant à la motivation mais à ce jour peu documenté par la littérature.

## **2. Limites du travail**

La première limite concerne la taille des échantillons étudiés, en trop petit nombre. Il serait en effet nécessaire de pouvoir évaluer le ressenti d'un plus grand nombre d'étudiants afin d'augmenter la représentativité des résultats. Malgré la multiplication des moyens de communication de l'étude, nous ne sommes pas parvenus à une saturation des données après deux *focus group* (cette étape aurait été atteinte par une absence de nouveaux éléments importants lors de *focus group* supplémentaire). Un troisième séminaire clinique suivi d'un nouveau *focus group* aurait permis d'enrichir nos données brutes. Ce recrutement limité a conduit à compléter nos données par un questionnaire adressé aux étudiants n'ayant pas participé à la simulation et a permis entre autres de révéler des freins supplémentaires à la simulation (charge de travail trop importante, désintérêt).

Un des facteurs ayant conduit à cette limite a été le recrutement qui a été laborieux et a nécessité de multiples relances. Ceci nous a amené à un élargissement des critères d'inclusion initiaux, notamment à intégrer des internes de 1ère année à l'étude. Cette inclusion a néanmoins permis l'émergence de nouveaux résultats, en soulevant la thématique du parrainage inter-promotions.

La population d'internes participant aux séminaires bonus pose également le problème d'un biais de recrutement : seul(e)s des internes volontaires étaient présent(e)s. La plupart avaient déjà une bonne expérience de la simulation clinique ou du théâtre et n'étaient ainsi pas représentatifs de l'ensemble des internes.

Un biais de désirabilité sociale ou effet Hawthorne peut exister tant pour les *focus group* que pour le questionnaire adressé aux internes. En effet, les internes ont pu adapter leurs réponses aux attentes supposées des investigateurs (par exemple en valorisant la simulation, en n'exprimant pas certaines difficultés).

Un autre point concerne le suivi et l'accompagnement de ces groupes. Nous avons pu constater un effet d'« apprentissage » d'un séminaire à l'autre pour un interne ayant participé aux 2 séances : la répétition semble avoir permis de faciliter l'immersion dans la deuxième séance. Il aurait été intéressant de pouvoir poursuivre nos explorations sur plusieurs séances avec des internes réguliers pour obtenir des retours sur l'évolution de la motivation intrinsèque des étudiants.

Une extension des travaux de cette étude pourrait consister en une évaluation systématique et régulière de la motivation au cours d'une série de simulations cliniques obligatoires qui intégreraient ces exercices de cohésion en début de séance. Un outil de mesure pertinent serait l'Echelle de Motivation en Education (43) (*Annexe 6*) qui permet

d'identifier l'évolution de la motivation intrinsèque de l'étudiant. A plus longue échéance, il permettrait d'évaluer l'impact sur les apprentissages au cours de l'internat de psychiatrie, élément que nous ne pouvons déterminer ici par manque de recul.

### **3. Motiver : Freins et moteurs à la participation des internes**

#### **3.1. Développement de la motivation intrinsèque**

Pour rappel, la motivation intrinsèque correspond aux situations où l'action n'est conduite que par l'intérêt et le plaisir que la personne trouve dans cette même action, sans attente de récompense extérieure (38). Un point permettant l'augmentation de participation aux ateliers de simulation durant le cursus de psychiatrie serait de développer cette motivation intrinsèque chez les internes.

Cet objectif semble être atteint par l'expérience de la simulation clinique elle-même : de nombreux internes ont été surpris de leurs propres capacités et par le bon déroulé des séances, ils ont alors spontanément témoigné d'un intérêt important pour cette pratique et son potentiel. L'espace d'échanges entre pairs étudiants, structuré par un encadrant, est lui aussi déterminant dans la perception d'un sentiment d'efficacité personnelle augmenté. Il existe un authentique sentiment d'émulation par l'échange d'expérience et le fait d'assister à la pratique des autres étudiants.

Enfin, le fait de mélanger différentes promotions d'internes permettrait également de renforcer la dimension d'apprentissage : bénéficier de l'expérience des plus anciens pour certains, assurer un rôle de tuteur ou de parrain pour d'autres. Le sujet du parrainage, tutorat ou « *mentorship* » est au cœur de travaux récents (44) qui soulignent leur impact sur l'apprentissage. Cet accompagnement par les pairs, ici les internes plus avancés dans le cursus, est un autre levier pour renforcer la motivation des étudiants. Elle concerne tant les

plus jeunes internes que les plus anciens, chacun pouvant ici développer de nouvelles compétences. Cela nécessite néanmoins certains aménagements, comme la création d'un environnement adapté (moyens, locaux, encadrement...) ou la possibilité d'avoir un temps dédié et protégé pour ce travail d'accompagnement.

### **3.2. Dépasser l'appréhension de la mise en exposition**

L'obstacle apparaissant comme prépondérant est nommé tantôt « anxiété sociale », ou « peur de l'autre » et se résume à la crainte du regard et du jugement d'un public d'étudiants en médecine. Cette crainte du jugement des pairs est déjà connue et identifiée comme facteur de stress important (45) dans les séances de simulation. En retour des *focus group*, les internes souhaiteraient des petits groupes de 10 personnes actives maximum (comprenant les encadrants) pour apaiser l'anxiété sociale initiale et renforcer la dimension de cohésion. Ce sujet de l'impact de la taille de groupe est déjà connu de la littérature. Kooloos (46) retrouve par exemple une augmentation significative du sentiment d'implication et de satisfaction personnelle pour des groupes de 5 étudiants (la taille des groupes de notre étude) comparé à un groupe de 15 personnes. Edmunds et Brown (47) postulent que l'augmentation de la taille au-delà de 12 participants réclame une compétence de leadership de l'encadrant plus importante, et au-delà de 20 personnes une véritable expertise dans ce domaine. Ils insistent également, au-delà de la taille du groupe, sur les qualités et compétences (écoute, échanges, compréhension et reformulation) de l'encadrant qui sembleraient plus déterminants que la taille seule. Il existe néanmoins des difficultés à la mise en place de petits groupes, cela augmente le nombre de séances nécessaires et donc le temps formateur associé, déjà limité. On notera aussi qu'une séance de débriefing d'un groupe de plus petite taille présente une moindre diversité des points de vue et une moindre richesse dans les échanges.

De plus, il semble d'après les retours qu'un premier contact obligatoire, inscrit dans le cursus pédagogique de début de première année d'internat, soit un point de départ important pour franchir les premiers obstacles. Il serait ensuite utile et plus facile de recruter des petits groupes d'internes, volontaires, rassemblés selon leurs affinités, introduire une régularité et une fréquence des séances. En d'autres mots : développer une culture de la simulation clinique, créer une banalisation de cette pratique.

Il apparaît essentiel que l'atmosphère de travail de ces groupes soit particulièrement sécurisante pour encourager à y revenir. En ce sens, introduire de manière systématique les exercices d'improvisation en début de séance renforcerait la dimension de bienveillance, de cohésion, mais également le plaisir à participer. Ce qui amène à une réflexion sur la place de ces exercices à l'échelle des études de médecine et de l'internat. Les étudiants nous disent le climat jugeant et anxigène qui y règne. Serait-il pertinent d'entamer la formation des internes de première année par ces exercices de cohésion afin de créer d'emblée un climat général de confiance ? A quel moment de la formation, et sur quel rythme, ces exercices d'improvisation sont-ils les plus efficaces ? Un projet associé à ce travail de thèse est prévu dans le futur pour permettre d'associer systématiquement séances de simulation et exercices de cohésion, et d'en mesurer l'impact sur les internes en termes d'apprentissage.

Un autre élément clé de la mise en place d'un climat de sécurité est le briefing qui a lieu avant chaque scénario de simulation. Il s'agit d'un temps de discussion durant lequel l'encadrant communique des informations sur la simulation à venir afin de préparer ceux qui seront impliqués. Cet espace d'échange permet de poser des questions, émettre d'éventuelles réserves, et de s'assurer que l'activité à venir se déroule en toute sécurité afin de limiter le risque de préjudice (48). Il apporte ici un cadre sécurisant, exécuté par un encadrant compétent.

Enfin, la méditation pleine conscience - ou *mindfulness* - a montré une pertinence dans la réduction des facteurs de stress, avant et après une mise en exposition en simulation clinique, en l'occurrence une annonce diagnostic de cancer (49). Elle nécessite néanmoins là aussi des encadrants formés à cette technique, mais occupe moins de temps au sein de la séance elle-même.

#### **4. Jouer : De la cohésion à l'interprétation**

##### **4.1. Le théâtre d'improvisation : un outil**

On l'a dit : Le théâtre d'improvisation permet une transition plus aisée vers la simulation clinique. Il permet également l'accès à une forme de lâcher-prise et le développement d'autres compétences. A l'instar du « Medical Improv », on peut imaginer des séances dédiées permettant alors de travailler des compétences dans un autre cadre pédagogique telle que la gestion de l'instant et donc de l'imprévu, l'empathie et la connexion aux autres, ou la communication et la prise de parole (50,51).

Certains articles traitant de l'improvisation en psychiatrie trouvent qu'il s'agit d'une méthode innovante d'apprentissage expérientiel de la symptomatologie psychiatrique utilisant des techniques modifiées de jeu de rôle et d'improvisation théâtrale (52). Les exercices de simulation via l'improvisation permettaient aux participants de développer des émotions et des distorsions cognitives créant ainsi une fenêtre sur l'expérience d'un patient souffrant de symptômes psychiatriques. Cela peut servir d'outil pour aider divers apprenants à comprendre de manière expérimentale ce qu'une personne peut rencontrer lorsqu'elle est atteinte d'un problème de santé mentale, et ainsi contribuer à façonner des attitudes et à accroître l'empathie envers ces personnes.

A terme, c'est aussi une amélioration de la confiance dans ses capacités d'acteur qui est ciblée, levant l'une des difficultés fréquemment citées par les internes.

#### **4.2. La question de l'immersion**

L'une des critiques émises par les participants envers la simulation est son manque d'authenticité. Pour un certain nombre des étudiants de l'étude c'est un manque de réalisme dans la scène jouée qui est visée, que ce soit par leur performance ou celle des autres.

Il existe aux Etats-Unis par exemple d'authentiques professionnels, comédiens, pour assurer le rôle de patient standardisé comme nous l'avons cité en introduction. Dans d'autres situations, ce sont de vrais patients, formés, qui assurent cette fonction (17). Il s'agit d'accéder à un nouveau degré de réalisme et d'immersion afin de faciliter le travail des étudiants en médecine.

Par cette dimension on peut aussi projeter de pouvoir plus efficacement travailler certaines compétences (communication, empathie avec le patient, etc.) et renforcer d'autant la valeur de l'activité pour les internes.

La question de l'empathie est primordiale car elle semble difficilement accessible en simulation. En effet, de par la nature unique du lien patient-soignant et la dimension humaine fortement présente dans ces interactions, le patient standardisé (ou l'étudiant qui joue ici un rôle) présente une limite dans sa capacité à pouvoir produire un lien authentique et conforme à la réalité clinique (31). Ceci peut expliquer la sensation de manque d'authenticité citée par nos participants. Cette difficulté pourrait être atténuée par la professionnalisation des patients standardisés, ou par le recrutement d'authentiques patients jouant leurs propres rôles.

### **4.3. Questions éthiques**

Le fait d'incarner un rôle de patient souffrant de trouble mental n'est pas neutre. Il engage, selon le degré d'implication de l'acteur ou du simple participant, à jouer un rôle complexe pouvant potentiellement mettre en jeu des émotions profondes et douloureuses (1). Ces émotions peuvent demeurer présentes de manière inadéquates et dommageables même au-delà de la séance s'il n'est pas pris certaines mesures comme un debriefing efficace : amener l'étudiant ayant joué à la scène à nommer les émotions ressenties, les valider, en faire la synthèse et ouvrir l'échange aux autres participants. En effet, à l'instar de comédiens de théâtre prisonniers de leur rôle, un acteur de simulation aura besoin d'être déchargé des émotions négatives dont il a dû s'imprégner le temps de la simulation. Il est du rôle de l'animateur d'être conscient que chaque participant a une histoire individuelle et peut présenter certaines vulnérabilités. Ces histoires peuvent être ravivées lors des situations cliniques et pourraient amener à un vécu douloureux de la séance de simulation. Nous pouvons ainsi souligner l'importance de la liberté des participants à s'impliquer dans un jeu de rôle abordant la santé mentale, un refus de jouer pouvant chez certains être une manière de préserver leur sécurité émotionnelle. Les applaudissements du groupe en fin de simulation marquent une validation inconditionnelle de ce qui a été réalisé ainsi qu'une fin symbolique du jeu, aidant à cette sortie de rôle et concourant au climat bienveillant.

## **5. Simuler : Du scénario à l'échange de pratique**

### **5.1. Le débriefing : un outil clé**

Le débriefing est la dernière étape du processus d'apprentissage reposant sur le cycle : briefing, séquence simulée, débriefing. Il s'agit d'une discussion multidirectionnelle entre les personnes débriefées et les encadrants, dont l'objectif est d'amener chez les participants un apprentissage de compétences et de connaissances (48). Le débriefing joue un rôle central au

sein de l'apprentissage par la simulation clinique (53) par sa capacité à générer une réflexion chez les participants et à leur permettre de mieux retenir les informations.

Le débriefing prend ses racines dans le domaine militaire qui concernait alors un temps de reprise après une mission (54). Il avait pour but une amélioration des futures stratégies et un rôle psychologique de « defusing ». Actuellement, il est utilisé au sein des séances de simulation. Outre son rôle essentiel pour l'apprentissage, il permet de créer un climat protecteur (55) de soutien aux étudiants, et les protéger des expériences vécues dans le jeu de rôle. Ces expériences immersives pourraient en effet heurter leurs vulnérabilités ou porter atteinte à leur estime de soi. Il existe différents modèles de débriefing qui s'appuient tous sur l'enchaînement : vivre un événement, y réfléchir, en discuter avec d'autres personnes, apprendre de ces échanges et modifier son comportement (41). Le débriefing, par son rôle catalyseur, va permettre aux participants d'enclencher un processus de réflexion à l'échelle du groupe. Ce processus sera facilité, voire déclenché par l'animateur du débriefing et sa capacité à diriger les échanges. L'animateur, ou facilitateur, a un impact prépondérant sur le déroulement du débriefing.

Il existe donc plusieurs méthodes de débriefing (56), reposant sur le média (vidéo, papier, échanges verbaux), sur l'opérateur du débriefing (auto-débriefing, débriefing par un senior, par un ou plusieurs pairs), sur la temporalité (durant la simulation, ou à la fin de celle-ci), voire sur la structure même (selon un plan précis, un protocole, voire sans structure). Une de ces approches pédagogiques, spécifiquement, permet de s'attaquer à la question de la crainte du jugement : "*debriefing with good judgment*" (57). L'idée est de permettre la création d'un environnement sécurisé dans les échanges entre instructeur et participants. Par le biais de techniques exploratoires, l'animateur va dans un premier temps faire émerger les processus de pensée des étudiants, puis leur permettre de les confronter avec les siennes, en toute

bienveillance. Par cette méthode, les étudiants se voient libérés de la dimension potentiellement oppressante du jugement de l'instructeur, et développent *in fine* une critique de leur propre fonctionnement. Cette technique est donc conçue pour permettre de passer un message clair aux participants en limitant le risque de résistance de leurs processus défensifs.

## **5.2. Le partage d'expérience**

La simulation est unanimement validée dans sa pertinence par les étudiants ayant participé à notre étude et par une grande partie des non participants. La notion la plus reconnue par les internes est celle du partage des expériences communes qui ont eu lieu lors des débriefings, et même lors des *focus group*.

Il s'agit là d'un temps d'échange privilégié, unique par l'atmosphère de cohésion et d'intimité induites par le jeu de rôle. C'est également un espace où se confrontent différentes modalités de pensée, formations théoriques, et des pratiques toutes aussi diverses forgées par les expériences de l'internat. C'est un carrefour d'échanges, une expérience valorisée et renforçant fortement l'envie, pour les internes, de renouveler l'expérience. Il s'agit aussi, et surtout, d'un développement de la réflexivité des participants, catalysé par les débriefings et les interventions des encadrants/facilitateurs (41).

Le rôle de l'animateur ou facilitateur apparaît ici essentiel (58) de par sa capacité à faire émerger les processus de pensée latents, et d'amener les participants vers l'échange et la critique des situations simulées. C'est enfin l'ouverture vers une évolution des pratiques cliniques développée à l'échelle du groupe.

## **5.3. Une pédagogie de l'action**

La pédagogie active est plus efficace pour les apprenants adultes (41), par le fait de jouer un rôle, d'être en mouvement et de vivre une expérience engageante sur le plan

émotionnel. La simulation clinique est, à ce titre, une méthode pédagogique à mi-chemin entre la pratique et la théorie, et permet un apprentissage sur ces deux dimensions en parallèle. Par cette expérience concrète, les participants peuvent alors développer leurs compétences dans le domaine de la communication interpersonnelle et de la relation à l'autre, qui sont au centre des compétences cliniques, particulièrement en psychiatrie (59).

Le fait d'incarner tantôt le rôle d'un soignant, tantôt celui d'un patient, amène le participant à vivre une expérience complète et souvent complexe. On rentre alors dans l'apprentissage par l'expérience, particulièrement adapté à la formation des internes en médecine à un moment de leurs études, longues, où ils se disent saturés de cours théoriques.

L'aspect interactif, par le fait de pouvoir proposer d'eux même des situations cliniques à jouer, ou parfois rejouer, a été fortement apprécié. Les participants ont salué cet aspect de contrôlabilité, amenant à développer des compétences plus proches de leurs besoins du moment.

Enfin, comme le montre Mercuzot (60), on peut également travailler sur le sentiment d'efficacité et l'augmentation de la confiance en soi des internes à travers la simulation clinique, notamment chez les moins expérimentés. Une pratique clinique simulée, encadrée et sécurisée sur le plan éthique, est identifiée comme développant le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants. A terme, elle leur permet d'aborder avec plus de sérénité une des étapes les plus abruptes de leur formation : l'entrée dans l'internat.

## CONCLUSIONS

---

La formation des internes en médecine évolue depuis la création de ce statut pour répondre au mieux au délicat équilibre entre apprentissage théorique et pratique clinique. L'internat de psychiatrie confronte les étudiants à une complexité médicale nécessitant une adaptation permanente. Les situations délicates peuvent tenter d'être reproduites dans un cadre éthique et sécurisant.

La simulation clinique constitue en ce sens un pont pédagogique entre théorie et pratique. Il s'agit d'un outil reconnu comme pertinent et efficace dans la littérature médicale, qui constitue un moyen unique en son genre de faire vivre aux étudiants des expériences cliniques indispensables à leur apprentissage, tout en restant éthiquement acceptables car elles ne mettent pas en danger le patient. Pourtant, les formateurs constatent les difficultés des étudiants à s'engager dans une participation active à ces sessions.

Cette problématique peut se poser sous l'angle de la motivation à participer. Actuellement seuls les cours obligatoires du cursus de l'internat s'imposent aux étudiants, ce qui constitue une régulation externe selon le modèle théorisé par Albert Bandura. L'objectif serait ici de développer la motivation intrinsèque des étudiants en mettant en évidence les compétences et valeurs qui peuvent leur être apportées par la simulation pédagogique.

Afin d'améliorer la pratique de la simulation pédagogique dans le DES de psychiatrie, identifier les freins et leviers motivationnels chez les étudiants, nous avons réalisé une étude qualitative monocentrique en recrutant deux groupes d'internes en psychiatrie (n=9). Nous leur avons proposé une session de 2 heures de jeux de rôles formatifs afin de simuler des situations complexes rencontrées en pratique clinique. Cette session a été précédée de 30 minutes d'exercices de renforcement de la cohésion de groupe issus du théâtre

d'improvisation. A la fin de la session, nous avons réalisé un *focus group* avec les internes ayant participé. Nous les avons interrogés sur leur vécu de la session et des exercices préparatoires, puis plus généralement sur leur point de vue concernant la simulation pédagogique dans leur cursus, leur motivation à y participer, les outils facilitant sa pratique et les limites de son utilisation. De cette étude ressortent trois thématiques que nous pouvons ainsi résumer :

*Motiver* : Les obstacles à la participation sont, d'après les étudiants, une crainte de jouer un rôle devant un public ; l'appréhension du jugement sur leurs compétences médicales ; le fait de travailler en groupe. Pour dépasser ces freins et développer la dimension motivationnelle, les étudiants proposent les éléments suivants : réduire la taille des groupes à moins de 10 participants actifs, établir une ambiance bienveillante et dénuée de jugement, organiser un premier essai de manière obligatoire puis recruter sur le volontariat. Ces éléments pourraient renforcer le sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle, développant de plus la notion de valeur de cette activité.

*Jouer* : D'après les participants, débiter le séminaire par des exercices issus du théâtre d'improvisation permet de créer un climat de cohésion et de confiance entre les étudiants. Ils évoquent un sentiment croissant d'appartenance à un groupe soudé, spécifiquement via les exercices basés sur le corporel, ce qui développerait un sentiment de compétence personnelle et d'absence de jugement. Ce dernier élément les motive d'autant plus à participer à des séances ultérieures après une première expérience vécue positivement.

*Simuler* : Les retours des internes sont unanimement positifs. Ils mettent en avant l'utilité d'incarner différents points de vue via les rôles incarnés, et la richesse de l'expérience partagée avec des pairs. Ils soulignent tout particulièrement la possibilité d'échanger

leurs ressentis et leurs expériences durant les debriefings. Selon eux, cela renforce leur sentiment de compétence personnelle et leur permet d'intégrer de nouvelles techniques cliniques par émulation. La dimension interactive est mise en avant. La possibilité de proposer d'eux-mêmes des scénarii de situations cliniques à simuler est particulièrement valorisée, elle renforce le sentiment de contrôlabilité et la motivation à renouveler l'expérience. Dans cette même dynamique, la possibilité de choisir et de varier les rôles est importante.

Un sondage réalisé à posteriori auprès de l'ensemble des internes n'ayant pas participé aux sessions proposées (26 participants soit 44,8% de répondants) retrouve ces mêmes freins à la motivation : crainte du jugement de l'autre sur la capacité à incarner un rôle (53,9%) et concernant les compétences médicales (46,2%), appréhension du travail en groupe (34,6%). Une importante majorité (73,1%) témoigne d'un intérêt pour la simulation clinique, un petit nombre (11,5%) exprimant le besoin de meilleures conditions pour changer d'opinion et y participer. Concernant les facteurs favorisant la participation, les résultats du sondage retrouvent le fait de travailler en petits groupes, la mise en place d'un cadre sécurisant, l'inclusion obligatoire et plus précoce des séances de simulation dans le cursus. Mais également d'autres idées comme la possibilité de travailler avec « des collègues choisis », et le fait de proposer une pédagogie de l'« actif » plutôt qu'un apprentissage théorique supplémentaire.

Selon les étudiants, il est désormais nécessaire d'approfondir la réflexion sur la place à donner à la simulation clinique au sein de l'internat de psychiatrie. Les internes soulèvent l'importance de l'initier dès le début du cursus et l'y développer, et de mieux définir son cadre de mise en place (structure, fréquence, recrutement, communication préalable aux séances).

La mise en place précoce d'exercices de cohésion, au sein de groupe à taille humaine (10 étudiants), sont des pistes claires soulevées par les étudiants pour favoriser l'engagement des internes dans les sessions de simulation pédagogique. De nouvelles recherches pourraient, enfin, se tourner vers le « *Medical Improv* », déjà utilisé dans ces certaines facultés de médecine aux Etats-Unis, qui est un outil consistant à développer les compétences d'improvisation des internes pour faciliter leur confrontation à l'imprévu.

En conclusion, la simulation clinique est un outil développant de nombreuses compétences essentielles dans le cadre des études médicales. Elle peut d'une part renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, et d'autre part, elle peut jouer un rôle fédérateur à l'échelle d'une promotion d'internes. Cette technique pédagogique demeure néanmoins freinée dans son application par la crainte qu'elle suscite chez les étudiants. De nombreux leviers existent et notre travail permet d'en révéler certains, donnant des pistes pour favoriser une pratique plus accessible et plus pertinente pour les étudiants.

VU

Strasbourg, le 05 septembre 2022

Le président du jury de thèse



Professeur Pierre VIDAILHET

VU et approuvé  
Strasbourg, le 06 SEP, 2022  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILIA



Annexe 1 : Issu du rapport de la HAS 2012 concernant le guide des bonnes pratiques en simulation de santé.

### Règles d'un jeu de rôle

► BUT : pourquoi faire un jeu de rôle ?

- Une mise en situation ne doit être utilisée que si cet outil apporte quelque chose que d'autres types de formation n'apportent pas. On ne lance pas l'idée d'un jeu de rôles en début de séance de travail, le groupe doit s'être « constitué ».

- Le scénario est le point de départ de la scène. Il permet à chaque acteur de mieux s'identifier à son personnage et à son contexte.

- L'interprétation sera libre, adaptée et cohérente par rapport au jeu des autres personnages. Lorsque l'on veut faire une démonstration bien précise, le scénario doit être plus directif. Chaque personnage doit avoir un rôle campé de manière plus orientée de façon que le jeu aboutisse effectivement à la démonstration recherchée. La vidéo peut permettre une analyse plus fine de ce qui s'est joué par des retours sur image. Elle nécessite une formation spécifique de la part de l'animateur.

► QUELQUES RÈGLES : à donner en introduction « briefing »

- CONFIDENTIALITÉ des échanges.

- LIBERTÉ de jouer ou de ne pas jouer, LIBERTÉ de dire ou de ne pas dire.

- Il s'agit d'une FICTION.
  - RESPECT des acteurs, SILENCE pendant le jeu, pas de JUGEMENT DE VALEUR.
  - DURÉE du jeu fixée d'avance. Il y aura plusieurs jeux, avec des acteurs différents.
  - PROGRESSION du jeu et des acquisitions. Les derniers jeux profiteront des premiers et seront probablement meilleurs. Cette règle est à dire seulement après le premier jeu.
- 

*Annexe 2 : Programme détaillé des exercices d'improvisation en début de séminaire clinique.*

**Objectif de la séance : Mettre en confiance les personnes participants à l'atelier et leur permettre d'être plus rapidement à l'aise concernant le fait de jouer en public.**

Temps total : Entre 25 et 30mns, ajustable au timing de la séance.

- Déambulation : les participants sont invités à marcher dans la pièce et occuper tout l'espace offert. Après quelques instants, on les invite à adopter une allure neutre à une vitesse auto-jugée à 3 sur une échelle de 5 et de se caler sur les personnes alentour. Puis, on invite progressivement les personnes à marcher aux différentes vitesses (de 1/5 très lent à 5/5 marche rapide dans le métro par exemple). Régulièrement inviter les participants à faire attention aux collisions et, encore, à bien occuper l'espace de la salle. Rendre la chose ludique.
- **Objectif** : Concentrer son attention sur le corps, occuper l'espace et se mettre en relation avec les autres.
- **Durée** : Maximum 5mns.
- Dans la foulée de l'exercice précédent, on demande aux participants de donner un simple "bonjour" aux personnes qu'ils croisent. Initialement assez neutre, on insistera sur le fait de bien regarder la personne. Dans un deuxième temps on ajoute une émotion simple pour dire ce "bonjour" (colère, peur, tristesse, dégoût ..).  
**Objectif** : Cohésion de groupe, échauffement de la voix, prise de parole.  
**Durée** : 3 mns
- En cercle assez large, inviter chaque participant à proposer un exercice sommaire d'échauffement physique d'une articulation. Proposer initialement un exercice simple (poignet, coude, épaule..) et ensuite rapidement passer à une autre personne, dans le sens des aiguilles d'une montre, pour qu'il ou elle propose à son tour un exercice simple. L'idée est de garder un rythme régulier pour changer d'exercice et permettre à chacun(e) de participer.

- **Objectif** : Poursuite échauffement physique, introduire des connexions entre les participants, s'exposer au public.
- **Durée** : 5mns.
  
- De nouveau proposer aux participants de déambuler dans la salle. Puis, demander au groupe entier de réciter l'alphabet de A vers Z, avec pour consigne qu'on ne peut donner qu'une seule lettre à la fois, et que si 2 personnes parlent en même temps alors le groupe entier repart à zéro. Prévenir d'emblée qu'il s'agit d'un exercice "très difficile" (qu'il n'est pas) pour faciliter l'acceptation de l'échec et la participation.  
**Objectif** : Cohésion de groupe, tolérance à l'échec.  
**Durée** : 5mns
  
- En cercle assez large, introduire une "balle invisible" de couleur bleue. La présenter en la mimant, et la transmettre à un des participants. Il est essentiel d'insister sur le fait de bien se regarder dans les yeux lors de la transmission, d'accompagner la transmission d'un geste clair et engageant tout le corps, et que le "donneur" prononce clairement la couleur "bleue". La personne qui reçoit prononce de même la couleur de la balle qu'il/elle reçoit, et engage également son corps dans un mime de réception de balle. Puis, on invite ce participant à transmettre à son tour la balle à quelqu'un d'autre. Lorsque la transmission est acquise et bien effectuée, on introduit une deuxième balle (rouge) puis une troisième (verte) etc .. jusqu'à saturation.
- **Objectif** : Cohésion de groupe, concentration.
- **Durée** : 5 mns.
  
- En cercle toujours : Exercice du "clap énergie". On regarde une personne du cercle, et on lui envoie un clappement des mains en le regardant clairement. La personne ayant reçu le clap l'envoie alors à son tour à une autre personne, et ainsi de suite. Lorsque l'exercice est maîtrisé, on introduit un son/une onomatopée associé au clap.  
**Objectif** : Cohésion de groupe, corps et parole, libération d'énergie.  
**Durée** : 3-5mns maximum.
  
- Pour conclure : Demander aux participants de déambuler dans l'espace et de prendre une allure le plus neutre possible. Puis, demander au groupe de suivre l'un des participant en caricaturant le plus possible sa démarche (allonger le pas, exagérer le ballant du bras, etc..). Laisser le groupe évoluer derrière le leader durant quelques instants pour leur permettre de se synchroniser. Changer régulièrement de "modèle" pour que tous les participants soient à un moment donné suivi par tous les autres.  
**Objectif** : Cohésion de groupe, mise en jeu du corps.  
**Durée** : 3-5mns.

---

*Annexe 3 : Scénarii effectivement joués lors des séances de simulation clinique*

**SCENARIO 1**

**Gestion d'une situation familiale délicate (Auteur : M. GARDELLE Benoît et Dr**

## **MENGIN Amaury, CHU Strasbourg)**

**Briefing :** Il est 1h du matin, vous êtes de garde aux urgences psychiatriques. Vous recevez Mr K. 35 ans accompagné par sa compagne et son frère. Mr K. aurait des propos suicidaires répétés depuis plusieurs semaines notamment sous l'emprise d'alcool et, sous la pression de son entourage, accepte ce soir de se présenter aux urgences.

Après un entretien clinique individuel, vous retrouvez le patient et son entourage, à sa demande, pour un bref retour sur la situation et orientation avant un retour à domicile ce soir.

**Objectif(s) :** Adapter son comportement médical à des informations paradoxales.

### **Script : (non communiqué aux étudiants)**

**Entretien :** Vous accueillez dans un premier temps le patient seul pour un entretien qui ne retrouve pas d'éléments de gravité. Vous concluez à un épisode dépressif léger associé à des consommations d'alcool irrégulières mais importantes. Vous ne relevez aucun argument pour une hospitalisation.

**Anamnèse :** Mr K depuis plusieurs semaines se met en danger très régulièrement avec des consommations d'alcool fréquentes et importantes. En difficultés sur le plan financière, il cambriole les caves des voisins pour obtenir des bouteilles de vin.

Son entourage est exténué devant la répétition des situations difficiles à domicile.

La compagne craint énormément pour leur enfant de 4 ans qui assistent à des situations dans lesquelles Mr K est très alcoolisé. Le frère lui a déjà largement aidé son frère sur le plan financier (dettes) et est désemparé pour la situation de sa belle sœur et de son neveu.

### **Attitude :**

Concernant le patient (Mr K.) :

- Mr K. est debout, calme, dans le retrait et la passivité.
- Discours minimisant considérablement ses comportements sous toxique. Rationalise la situation, dit être sous contrôle. Ne souhaite pas être hospitalisé.
- Peut s'emporter si on creuse trop les questions des toxiques « on a le droit de boire une ou deux bières ! »

Concernant les proches (compagne, frère) :

- Attitude des proches : Très vindicatifs à l'annonce d'un retour à domicile ce soir, inquiets à l'extrême, considère que Mr K. ne peut plus revenir à domicile car ils ont trop peur d'un passage à l'acte.
- Ils peuvent refuser de le ramener ou refuser qu'ils dorment dans la maison familiale.

### **Antécédents psychiatriques :**

- Pas de suivi sur le plan médical
- Hospitalisations : **Aucune hospitalisation en psychiatrie.**
- TS : Pas d'antécédent connu.

### **Antécédents familiaux :**

- Le père « buvait » d'après le patient.

### **Mode de vie :**

En couple, un enfant de 4 ans.

Profession : Menuisier, actuellement au chômage depuis quelques mois.

Famille (parents, enfants) : Un frère plus âgé de 3 ans, très proche et soutenant notamment sur le plan financier.

Amis : Très peu d'amis « peut être un ou deux ».

Activités : Aime regarder des séries sur Netflix avec sa compagne.

## **Observation clinique**

Antécédents psychiatriques : Jamais de suivi psychiatrique, jamais d'hospitalisation en psychiatrie. Pas de traitement.

Patient de bon contact, présentation correcte. Le discours est clair, cohérent et adapté aux questions. En couple, un enfant de 4 ans, les disputes sont plus nombreuses ces derniers temps « je suis au chômage, ça l'énerve ».

La thymie est d'allure neutre, plaintes essentiellement autour de ruminations anxieuses avec recrudescence en soirée et la nuit « depuis plusieurs semaines ». Pas d'idée noire ni d'idée suicidaire dit-il. Pas de ralentissement psychomoteur. Légère anhédonie, dit avoir du mal à trouver du plaisir dans ses activités habituelles. Isolement sur le plan social, le patient dit avoir « peu d'amis », mais décrit son frère comme présent et soutenant « il en a un peu marre en ce moment de ma situation ». Le sommeil est perturbé, difficultés d'endormissement notamment et réveils nocturnes ces derniers temps. L'alimentation est erratique, dit prendre deux repas par jour « au mieux » sans perte de poids quantifiable.

Absence d'éléments de la sphère psychotique, notamment pas d'hallucinations acoustico-verbales.

Probable minimisation des consommations d'alcool, il décrit un père « alcoolique » « il buvait, parfois ça finissait mal ». Parfois un peu cannabis « pour me détendre » dit-il.

Absence de demande d'aide, dit vouloir rentrer chez lui ce qui semble adapté à la situation.

Conclusion : Episode dépressif léger, retour à domicile.

---

## **SCENARIO 2**

**Gestion d'un patient suscitant un important rejet du soignant** (Auteur : M. GARDELLE Benoît, Dr MENGIN Amaury, CHU Strasbourg)

**Briefing** : Il est 4h du matin, se présente aux urgences Mr T. 34 ans pour « idées noires » dans un contexte de rupture récente. Il exige une prise en charge de sa situation et un certificat « comme quoi je suis pas fou ». C'est son premier passage aux urgences.

**Objectif(s)** : Adapter son comportement médical à ses convictions personnelles.

### **Script : (non communiqué aux étudiants)**

**Entretien** : L'entretien retrouve les éléments d'un épisode dépressif caractérisé. Le patient fait tout pour se rendre franchement détestable.

**Anamnèse** : Mr T. est en couple depuis 4 ans avec sa compagne. Depuis plusieurs mois les disputes sont fréquentes voire quotidiennes avec de plus en plus de violence dans les échanges jusqu'à ce que Mr T. s'en prenne physiquement à elle (gifles, coups de poing et de pied).

C'est dans ce contexte de répétitions d'agressions physiques depuis plusieurs semaines que sa

compagne décide de le quitter et lui fait l'annonce par SMS de peur d'une nouvelle dispute.

**Attitude :**

Mr T. est triste, plutôt calme, provoquant et limite insultant par moment.

Il donne des ordres et exige souvent des choses de la part du médecin ou des infirmiers  
« donnez-moi un arrêt de travail ».

Il ramène souvent les sujets à lui et minimise grandement la souffrance des autres notamment de sa compagne « franchement elle abuse » « les disputes dans le couple c'est normal ».

Très difficilement accessible à l'insight sur son rôle dans la situation actuelle.

Il présente des idées suicidaires importantes avec scénario « comme la dernière fois mais cette fois ci je me raterai pas » « j'ai encore deux trois trucs à régler mais je sais déjà où et quand » avec intentionnalité. Il existe un réel risque suicidaire.

Refuse l'hospitalisation si proposée « je suis pas fou ».

**Antécédents psychiatriques :**

Voit son médecin traitant de manière erratique, essentiellement pour des prescriptions d'arrêts de travail « quand je suis trop fatigué » dit-il.

Hospitalisations : Une hospitalisation brève suite à une TS il y a « 10 ans ».

TS : Un antécédent par IMV et alcool à l'âge de 25 ans dans un contexte de rupture avec séjour en réanimation.

**Antécédents familiaux :**

- Aîné d'une fratrie de 4, peu de lien avec sa famille. Son père était violent dit il, « surtout quand il avait bu ».

**Mode de vie :**

Vit en appartement, célibataire depuis ce soir.

Profession : Travaille dans l'informatique.

Famille (parents, enfants) : Pas d'enfant, peu de lien avec sa famille « on arrive pas à se parler ».

Amis : Des collègues essentiellement.

---

**SCENARIO 3**

**Gestion d'un accompagnant au comportement inadapté (Auteur : M. GARDELLE Benoît, Dr MENGIN Amaury, CH.U Strasbourg)**

**Briefing :** Il est 2h du matin aux urgences psychiatriques. Vous venez de voir en consultation Mr T. (22 ans) qui présente une première décompensation psychotique avec composante paranoïaque. L'alliance thérapeutique est fragile.

Après un temps de discussion avec l'infirmier qui l'a vu en entretien préalable, vous revenez voir le patient accompagné par le soignant pour lui annoncer une hospitalisation sous contrainte.

**Objectif(s) :** S'adapter à un comportement inadapté de l'équipe soignante.

**Script : (non communiqué aux étudiants)**

**Attitude du soignant:** L'infirmier doit se montrer peu empathique et agressif envers le patient durant cet entretien et alimenter les éléments paranoïaques de ce dernier. D'une manière générale, il a pour objectif de signifier le cadre et d'obtenir un respect/une soumission du patient selon sa vision personnelle des soins. Il n'hésite pas à déborder complètement de son rôle et de sa fonction (coupe la parole, répond à la place du médecin etc)

Il pourra par exemple annoncer, avant le médecin l'hospitalisation sous contrainte, puis chercher à bien faire comprendre au patient qu'il est schizophrène « pour son bien, pour être loyal ».

**Attitude du patient et éléments d'anamnèse:**

Mr T. présente un premier épisode psychotique aigu avec de nombreux éléments de persécution à l'égard de sa famille et de son voisin.

Mr T. ne présente pas d'hallucinations acoustico-verbales ou d'attitude d'écoute.

Le patient est particulièrement interprétatif, tout élément perçu comme hostile est amplifié et vient alimenter le sentiment interne d'une manipulation de son entourage pour le faire passer pour fou.

Il présente un repli social très marqué, ces derniers jours il ne sortait pas de sa chambre, les volets fermés.

Mr T. fume du cannabis depuis plusieurs années, sa consommation augmente beaucoup ces derniers temps.

Il a accepté de venir aux urgences avec l'intervention du SAMU à domicile. On lui a promis « un entretien et puis après vous rentrez à la maison ».

Il n'a aucun traitement médicamenteux.

**Antécédents psychiatriques :**

Pas d'antécédent psychiatrique.

**Antécédents familiaux :**

- Schizophrénie chez un oncle maternel.
- Dépression chez la grand mère paternelle.

**Mode de vie :**

Vit chez ses parents, un frère plus âgé qui n'habite pas dans la région.

Etudiant en informatique, ne va plus en cours depuis plusieurs semaines.

Annexe 4 : Questionnaire pour Focus Group lors des éminaires de simulation clinique

**Généralités :**

- Comment s'est passée pour vous cette séance de simulation ?

**Evaluation des exercices de théâtre en préalable de la session de simulation :**

- Comment avez-vous vécu ces exercices de cohésion de groupe ?
- Ont ils été suffisamment abordables ?
- A partir de quel exercice vous êtes vous sentis à l'aise ?
- D'après vous ces exercices vous ont-ils été utiles ? Si oui, en quoi ?
- Est-ce qu'il vous semblerait utile de les intégrer systématiquement avant les séances de simulation/jeux de rôles ?

**Evaluation des exercices de simulation clinique :**

- Qu'avez vous pensé de cette séance de simulation clinique ?
  - Les thèmes abordés vous ont ils été utiles ? Sont ils pertinents ?
  - Auriez-vous connu dans votre pratique des situations cliniques difficiles que vous auriez apprécié pouvoir travailler préalablement avec une telle simulation clinique ? Si oui sur quel thème?
  - Quels freins voyez-vous habituellement à participer (être acteur) à ces séances de simulation ?
  - Voyez-vous d'autres leviers qui pourraient être utiles et favoriser la participation/l'immersion en simulation ?
  - Avez-vous d'autres remarques concernant cette session/l'enseignement par la simulation en psychiatrie ?
- 

Annexe 5 : Verbatim des focus group (enregistrements vocaux)

Recueil du focus group 1<sup>ère</sup> session (avril 2022):

*B : Un focus group ce sont des questions sur l'expérience que vous venez de vivre, sentez vous libres.*

*Première des choses que je vais vous demander : Comment pour vous elle s'est passée cette séance de simulation ? Comment vous avez vécu la chose ?*

*A : Dans le groupe comme on se connaît, on était suffisamment à l'aise.*

Vous pouvez tout dire et remettre en question.

AE : Le fait d'avoir commencé la séance avec les jeux de groupe, ça a permis de détendre on va dire et de passer à la suite sans questionnement qu'on aurait pu avoir au préalable. C'était progressif, c'était pas vous allez faire la simulation d'un coup. C'était un cheminement pour arriver jusqu'à la simulation.

F : Moi je trouve ça bien que les échauffements ce soit quelque chose de corporel, et de vocal mais assez simples finalement pasque finalement après on va parler, on va élaborer. Et le fait de passer par du corporel, à la fois pour se connecter entre nous, de se détendre .. j'étais bien finalement après l'échauffement. Je pense que ça débloque un peu les inhibitions. C'est pas simple car après on est sur une chaise et on dit « qui se lance ? » et après il y a un blanc. Je ne sais pas si ça peut débloquer, après on se connaît aussi, c'est plus simple.

P : Une certaine mise en confiance en fait. D'une part du fait comme le dit A qu'on se connaisse, et d'autre part le fait de créer cet environnement de confiance en partageant autre chose avant.

G : Est-ce qu'on parle que de cette séance, ou en général ?

Oui mais ça peut être libre pour parler de la simu en général.

G : Une autre approche c'était de voir ce que chacun attend de cet exercice de simulation. Je ne sais pas si vous l'avez fait du coup j'étais pas là. Comme entrée en matière de demander à chacun ce qu'il espère.

A : C'est différent d'avoir des volontaires qui effectivement vont venir chercher quelque chose que des gens qui sont obligés de venir.

\*rires\*

AE : Tout à fait.

*B : Par rapport à ces exercices de cohésion, est ce que vous les avez trouvé suffisamment abordables ?*

AE : Alors moi j'en ai déjà fait des comme ça, alors je sais pas. C'était connu donc c'était un écho par rapport à ce que j'ai pu faire par le passé. Mais c'était pas choquant, du tout.

Il y a eu plusieurs étapes. Il y a eu l'étape du déplacement physique, ensuite le fait de se saluer les uns les autres, c'était une façon d'entrer en contact. Puis il y a eu les échauffements du corps et de la voix, puis les deux ont été ensuite associés. C'était progressif en fait.

P : Je connaissais aussi déjà ces trucs là pour en avoir fait à plusieurs reprises. Mais je suis d'accord avec F que passer par le corps en plus de la voix, enfin commencer par le corps plutôt qu'un simple tour de présentation c'est vraiment efficace je trouve.

*B : Est-ce que vous sauriez identifier un moment parmi tous ces exercices d'échauffement où vous vous êtes sentis particulièrement à l'aise ? Je me sens prêt à faire une simulation, jouer un personnage d'une manière plus facile.*

F : Moi celui que j'ai bien aimé c'est celui où il fallait reproduire la marche des autres. Je sais pas pourquoi c'est .. je trouvais qu'il y avait un truc qui .. je sais pas comment dire. Peut être qu'on était déjà un peu dans le jeu. Ça m'a plus parler que les autres. Enfin la voix aussi.

*B : C'est un moment où tu t'es sentie partir sur autre chose ?*

F : Ouais.

P : La balle. C'était je sais pas le lien vers l'autre (mimant le geste de réception du ballon). Je sais pas, c'était en fait le lien vers l'autre qu'il y a eu un petit déclencheur ..

A : C'est un peu comme dans la transe hypnotique, un moment d'accordage .. le moment où on faisait la marche on était déjà un peu tous dans le même mouvement, on arrivait à se mettre à la file sans se concerter. Ou quand on a réussi à faire l'alphabet. Petit à petit on est rentré en transe.

AE : Moi c'était le clap. C'était dynamique, rythmique, visuel, sonore, il y avait plusieurs modes qui étaient intégrés dedans.

AM : Je peux participer un peu à cette question même si c'est un peu hors .. Je trouve que déjà d'emblée le fait de se dire bonjour quand on marchait on a tous du coup échangé un regard plutôt qu'effectivement habituellement arriver dans une pièce, on dit bonjour à une assemblée. Là je trouve que c'était intéressant de pouvoir saluer chacun individuellement.

B : *Est-ce qu'il vous semblerait utile de les intégrer systématiquement avant une séance de simulation ?*

AE : Ouais

F : Oui.

\*le groupe acquiesce\*

A : Ca fait sortir de la passivité. On est déjà un peu acteurs.

B : *Question de la progression qui a été utile, d'échauffer partie par partie ?*

\*Le groupe dit oui\*

G : J'ai une question, est ce que vous vous sentiez plus attentifs par rapport à d'autres séances.

F : C'est difficile car ça fait un moment que j'ai plus fait de simulation, donc je me rappelle plus comme j'ai fait. Là j'ai l'impression quand tu es observateur que c'est un peu retombé. A la fin des exercices corporels, je me suis dit « là je jouerais bien » mais après ça retombe quand même.

AE : Le fait d'avoir fait les exercices avant m'a rendue plus attentive. Par rapport aux autres séances de simulation que j'ai fait l'année dernière. A mon sens.

P : Moi ça m'a rendu plus attentif mais après j'ai enchaîné après .. c'est la première fois que je suis acteur dans une simulation. J'ai joué juste après (la première simulation) et du coup ça a été plus beaucoup plus facile d'enchaîner et j'étais plus attentif par la suite.

F : Parce que tu l'as fait, tu l'as mis en mouvement. Car tu as joué en 1er.

P : Oui je pense que c'est pour ça que j'étais plus attentif.

A : Tu as l'impression que le cadre a joué pour beaucoup, on était en tout petit comité, avec des gens volontaires.

\*le groupe acquiesce\*

AE : C'est multifactoriel.

B : *Le fait d'avoir été en plus petit groupe ça vous a aidé ?*

A : Tu as moins de stratégies d'évitement quand tu es en petit groupe.

\*rires du groupe\*

A : Déjà avec les exercices corporels on était acteurs, mais après tu es obligé de participer dans un groupe restreint.

P : Et tu as plus facilement de la cohésion je trouve en petit groupe.

AE : Oui. Aussi.

P : Elle vient plus vite.

B : *Ca a été utile.*

*Alors on va revenir sur un plan un peu plus large, sur la question de la simulation.*

*Est-ce que les thèmes qui ont été abordés là ce soir vous ont été utiles? Est ce que vous les trouvez pertinents par rapport à votre pratique ?*

P : Oui, après moi j'ai travaillé 6 mois aux urgences. Ce sont des situations que j'avais déjà vécu et pour lesquelles je m'étais beaucoup questionné, comme ces 2 situations. Et de par le fait du contexte qu'on va tous faire des gardes aux urgences on peut potentiellement tous être confrontés à ces 2 situations. Je pense qu'elles sont pas trop fréquentes mais elles peuvent arriver à tout le monde. Le contexte fait qu'on peut se retrouver face à des situations très similaires donc oui c'est pertinent.

AE : Moi la 2e j'ai déformé la situation donc je ne sais pas ce qui est attendu.

GC : C'est ce que tu en fais qui est intéressant je trouve. Ce qui est très intéressant aussi c'est le partage d'expérience. Pas seulement sur le scénario mais ça rappelle à chacun une histoire

qu'on a vécu et comment on a fait (acquiescement du groupe). Finalement le scénario c'est un peu un prétexte.

A : C'est en ça qu'elles étaient pertinentes, ça nous a tous rappelé des situations avec des trucs à partager. A peu près.

B : *J'ouvre encore un peu les choses. Est ce que vous auriez vous connu justement dans votre pratique des situations cliniques difficiles que vous auriez aimé pouvoir travailler préalablement dans des situations de simulation clinique. C'est-à-dire d'avoir pu se confronter à des situations en simulation clinique avant qu'elles n'arrivent dans ta pratique, dans une garde ou autre chose.*

*Est ce que c'est quelque chose que vous apprécieriez pouvoir retrouver?*

A : Moi je suis un mauvais exemple car on faisait déjà ça à Rouen. Donc depuis la P2 je fais des simulations.

B : *Un mauvais ou un bon exemple.*

A : Donc c'était déjà finalement anticipé, j'avais eu des points d'erreur dans les simulations et ça m'a servi dans le reste de ma pratique.

F : Moi je dirais le patient suicidaire mais là il va passer à l'acte quoi. Donc tu es là pour désamorcer la situation. Ca m'est arrivé récemment en liaison (rires). Je me suis dit "ben en fait j'ai jamais été confronté à cette situation". Bon, je vais voir (rires).

Souvent ce sont des idées suicidaires chez des gens qui sont déjà passé à l'acte. Mais là il me dit "ouvrez moi" .. il voulait ouvrir la fenêtre pour sauter. Là tu te dis "ah oui" le degré d'urgence est important (rires). Donc voilà comme idée de simulation.

AE : Après il y en avait qui avaient déjà été faites en phase socle mais qu'on a jamais pu revivre en garde. Donc on a pu oublier certains réflexes ou autres. Et ce serait peut être bien de faire des piqures de rappel.

B : *OK.*

P : Moi peut être les crises anxieuses de manière générale, comment les désamorcer aux urgences. Parce que j'ai pensé à une autre situation. Je commençais à peine l'internat et j'étais face à une jeune dame qui était très anxieuse. Et j'ai pas réussi à désamorcer. Et on a fini par l'hospitaliser car je la voyais pas du tout rentrer à la maison.

Donc ça serait pas mal en simulation de comment désamorcer une crise anxieuse.

B : *Celle là je la rajoute : Est ce que vous trouveriez pertinents de rejouer en simulation clinique des situations que vous avez vécu dans des gardes ?*

P : Oui, avec un délai pas trop long entre le moment où ça arrive et le moment où on le rejoue. Parce que ça c'est un truc qui date beaucoup et aujourd'hui c'est quelque chose que je ne gèrerais pas du tout de la même manière.

Oui si il y avait régulièrement des choses comme ça et qu'on pouvait apporter nos expériences. De distribuer un peu les rôles et de pouvoir discuter autour de cas. Un peu comme une discussion de cas en simulation. C'est une idée.

F : C'est une sorte de reprise clinique quoi.

AE : Vécue, illustrée et jouée.

B : *Est ce que vous arriveriez à identifier une partie dans votre internat où ça aurait été particulièrement utile ? Ce type de reprise clinique justement en simulation.*

F : Moi je pense, c'est au milieu de l'internat je dirais. Car on a déjà des connaissances mais c'est l'expérience qui nous manque. Parce que au tout début, phase socle, on débarque un peu. C'est pas mal pour amorcer les choses.

A : Ou alors en étant observateur et en mélangeant les phases peut être.

(le groupe acquiesce)

G : Moi je dirais fin de 1ère année, début de 2e année c'est pas mal. C'est un peu ce moment charnière.

P : Moi j'aurais dit tout début mais c'est ptet parceque j'ai commencé par les urgences.

F : Oui tu étais confronté à des situations ..

A : Je pense qu'il y a besoin d'une gradation dans les niveaux. Qu'au début ce soit plus des scènes sur le cadre.

F : Oui, plus simples.

A : Plus que des situations qui nous mettent vraiment en difficulté. Car là ce sont des situations déjà avancées en fait. On est aussi plus à même de voir les traits de personnalité et de pas se faire embarquer par le discours des patients.

Ce qu'on faisait en tout début (à Rouen) en P2/D1 on faisait les consultations d'annonce et puis après c'était oui juste des contacts avec les patients. Mise en situation, sans forcément qu'il y ait des objectifs .. enfin des objectifs fictifs mais l'objectif c'était pas de mettre en avant les connaissances mais voir comment tu interagis avec le patient et comment tu abordes certaines choses.

Consultation d'annonce on en parle pas trop en psychiatrie mais annoncer un diagnostic de maladie chronique à un patient c'est important.

*B : Est ce que vous voyez des freins particuliers à être acteurs dans ces séances de simulation? Est ce que vous parvenez à en identifier ?*

F : Le jugement je pense. Sur tes capacités.

AE : Sur la réponse qu'on donne à une situation. Parce que forcément on donne de notre personne dans cette réponse et forcément de nous dont on parle d'une manière indirecte. D'office on aura un regard d'autrui qui va être porté sur nous en tant qu'individu et pas juste en tant que soignant. Donc ça peut être un frein pour certaines personnes. Mais on est là aussi pour apprendre, donc si on s'expose pas... on peut pas progresser.

*B : S'exposer.*

AE : Oui s'exposer, le terme n'est pas choisi au hasard.

A : Ce qu'on avait fait aussi parfois, on jouait une situation et puis après on nous montrait sur écran d'autres personnes qui avaient joué la même situation. Pour avoir à la fois des retours sur ce qu'on avait fait et voir comment d'autres avaient abordé cette question. Et ce qu'on pouvait encore en tirer après cela. Car jouer la même scène juste après quelqu'un on est forcément influencé, mais là c'était séparé donc on avait pas cette idée d'être influencé par les autres.

AE : Ce qui est dommage c'est que là on est complètement dans le jeu donc on a pas de regard extérieur sur ce qu'on fait. Donc ce qui pourrait être intéressant ce serait de filmer et que la personne qui joue se voit ensuite elle même.

A : C'est ce qu'on faisait (à Rouen).

AE : Pour pouvoir se dire "là j'ai pas tiqué sur telle et telle chose" ou "là j'ai fait une erreur et je l'ai pas senti". Ou même dans le comportement non verbal, on a plein de choses qu'on a pas forcément conscience de faire.. qui peut être pointé par le regard extérieur et sur le moment on ne l'a pas vu. Une suggestion.

*B : Intégrer le fait de filmer ces simulations pour pouvoir après.*

AE : Faire un feedback sur nous même après.

Qu'est ce que ça a suscité chez l'autre. Il y aurait d'autres grilles de lecture qu'on pourrait compléter pour une simulation en complément avec une vidéo.

P : Ca pourrait aussi créer un frein supplémentaire.

AE : Je suis d'accord avec ça.

A : Faut que ce soit volontaire.

F : C'est pas facile de se voir en vidéo, s'entendre parler ça fait bizarre.

A : C'est pour ça que c'est pas mal de voir d'autres qui ont joué la scène.

G : Est ce que à ce moment là pour impliquer les participants il faut leur demander de faire attention à tel ou tel élément de la scène ou de la relation. Notamment dans les grands groupes, 10 personnes. Toi tu regardes l'expression faciale, toi tu regardes le discours, toi tu regardes la posture.

B : *Leur donner une fonction d'observation.*

Est ce que vous voyez des leviers pour favoriser la participation ou l'immersion dans la simulation clinique ?

AE : Les petits groupes.

P : La posture non jugeante d'une manière générale. Se sentir en confiance, accepter de jouer un rôle devant plein de gens, c'est avant tout la posture non jugeante des formateurs et des accompagnateurs en simulation.

A : Même quand on est convaincus c'est toujours difficile de s'exposer.

F : Peut être qu'à force de le faire aussi, le faire une fois tous les 6 mois ou tous les ans.. peut être que si on le faisait plus souvent dans nos études ce serait plus facile aussi. Je pense qu'on a pas l'habitude en France à part à Rouen.

L'oral en France, globalement, c'est pas très valorisé et c'est dommage.

A : La première fois était obligatoire mais après ceux qui restaient dans le groupe c'était que des volontaires.

P : Après c'est ce qu'on a discuté avant la session, moi je trouve qu'en médecine dans le 1er et 2e cycle on a pas du tout l'habitude de ça. On nous habitue à travailler dans des bouquins, et on est très jugé tout au long de nos études. Toujours sur des notes, des classements pas anonymisés.

AE : La comparaison.

A : Celui qui nous encadrait c'était un prof de communication. Il n'avait aucune connaissance médicale et il ne pouvait pas nous juger. Et il avait des apports théoriques sur les aspects interpersonnels, sociales.. sur les sujets de communication. On était vraiment dans le non jugeant.

(groupe acquiesce)

F : Le fait de valoriser, d'applaudir..

AE : La cohésion de groupe.

Comme je suis rentré après avoir joué la scène, ça valorise. Ça a été considéré comme quelque chose de difficile et c'est valorisé à ce moment là.

AM : Pour les exercices que vous avez fait avant, les exercices de cohésion de groupe en théâtre, est ce que vous pensez que ça peut être un bon levier pour favoriser la participation. Diminuer la crainte du jugement. Si oui pour quelles raisons. Et la question subsidiaire quelles sont les limites à cet exercice.

A : Je crois qu'il y avait un biais, c'est qu'on avait déjà tous pratiqué ce genre d'exercice donc on avait tous passé le cap du regard de l'autre, de se mettre en scène. Je crois que c'est pas évident pour tout le monde.

P : C'est la 1ere fois que je disais OK pour jouer un truc, j'étais toujours dans des grands groupes et il y a toujours des volontaires. J'ai eu moins de mal à me lancer dans le rôle après ces exercices de cohésion. Je crois que ça favorise la confiance et le ressenti qu'on est pas là pour être jugés. Comment s'entre aider en faisant ces exercices.

(P mime le geste du passage de balle - cf exercice impro)

A : On s'est jeté métaphoriquement des choses à la figure.

(rires)

F : Ce qui aurait été bien c'est que tout se fasse dans le même lieu (le groupe a fait les échauffement dans une salle et la simulation dans une autre). C'est une histoire d'espace, mais

le fait que ce soit dans 2 lieux différents ça a un peu coupé. C'était un autre temps. Ca aurait continué quelque chose d'une dynamique dans cet espace.

Là bas tu as les chaises ..

AE : C'est plus carré.

F : C'est plus scolaire, et on est de nouveau dans une configuration différente. Là on il y avait l'espace, on se regardait. En bas on est assis les uns à côté des autres.

*B : Ce serait envisageable de jouer devant les gens avec qui on s'est échauffé ?*

AE : Non, je pense que c'est mieux d'avoir une pièce à part.

F : Oui c'est vrai.

AE : Et même pour debriefer les scénarios il faut un temps de séparation du groupe.

F : Je crois que c'est la salle que j'aimais bien aussi. C'est plus accueillant.

A : C'est plus facile de se motiver quand on est 3 plutôt que 2. Quelque soit la configuration de jeu.

F : Oui d'avoir un tiers. Parce que ça peut débloquent .. Enfin tu te dis si je sais plus quoi dire il y a peut être le 3e qui va intervenir. La parole va toujours circuler à trois.

Ca enrichit.

AE : Le fait d'avoir eu un infirmier dans le 2e scénario ça aurait pu apporter d'autres éléments. On va tourner en rond si y a pas un élément apporté par un tiers pour ouvrir le scénario.

*B On la questionné, introduire un infirmier. C'est d'introduire un 3e personnage qui vous aurait aidé?*

AE : Ca aurait pu. Parce que quand on fait face à une personne qui est en tension, plutôt que d'avoir un soignant tout seul, avoir 2 blouses blanches face à quelqu'un de sthénique, ça rassure.

G : Tu peux aussi simuler des choses, soit c'est coordonné et ça se passe bien, soit c'est pas coordonné et alors là tu es encore plus en difficulté (idée de scénario pour prochaine session). Mais par rapport au jeu, c'est dur de maintenir sa contenance durant toute la simulation. Parfois de pas exploser de rire.

(plusieurs anecdotes, Alfred)

La tension est contenue, et je trouve que quand tu sors de là, tu as besoin de relâcher quelque chose.

AE : Toi tu as eu un gros soupir en ressortant. C'est bon, c'est fait.

G : Ouais, tu relâches le personnage, tu relâches la tension. En même temps je jouais un personnage tendu. Tu l'incarnes mais ça finit par être lourd.

AE : Tu te délestes.

G : Ptet faire un sas avant de revenir dans la salle.

AE : Le fait d'avoir applaudi ça marque, ça m'a sorti du rôle. J'étais en train de penser à ce que j'avais fait, applaudissements, et c'est fini.

P : Sorti de transe.

(rires)

*B : Pour finir est ce que vous auriez d'autres remarques concernant cette session ou la simulation en psychiatrie en général ?*

AE : Je pense que proposer de rejouer des scènes même déjà vécues, soi même, ou des situations .. parce que une simulation ça suffit pas pour comprendre tous les enjeux qui se jouent autour d'une scène. Par exemple gérer une agitation je l'ai vu au début. Et j'aimerais revoir des simulations sur ce type de situation.

Parce que au fur et à mesure qu'on avance dans notre parcours, on accumule de l'expérience et c'est toujours intéressant de revisiter certaines situations avec ce bagage.

A : De toute manière il n'y a pas qu'une seule agitation et il y a toujours moyen de refaire une scène sans qu'elle soit redondante.

F : Moi ce que j'avais déjà fait, chacun fait le même scénario et on se sépare par petit groupe. Tout le monde joue au final. Pourquoi pas commencer comme un truc comme ça ? Tout le monde a joué en petit comité et y a personne qui nous a regardé.

A : Ca peut être aussi intéressant de mélanger les phases socles et approfondissement. Socle observateur une année, et l'année d'après ils jouent cette scène.

Comme ça c'est une piqure de rappel.

G : C'est vrai qu'avec une année de distance ça les influencerait peut être moins.

A : Ils ont acquis d'autres choses entre temps. Quand on est en phase socle, les consultations d'annonce et le contact, comment tu mets ton cadre, ça ce sont des choses qui sont accessibles et qui sont utiles en fait.

P : Plus les trucs de base aux urgences qu'ils peuvent voir en garde.

A : Mais on commence par quoi (rires)?

AE : Une agitation en phase socle ça peut lui tomber dessus, et s'il a pas vu comment se comporter, avoir quelques bases/réflexes. On y va un peu ...

G : Et le temps à la fin où on peut parler des expériences de chacun. Voir comment vous vous faites, vous pensez pas aux mêmes choses que moi, c'est génial.

A : C'est sûr qu'on fait pas du tout les mêmes entretiens. On apporte chacun sa personnalité. Moi je tique sur le choix des mots, là où quelqu'un ça passe à côté.

G : Une chef me disait, en fait dans les entretiens j'ai emprunté plusieurs éléments à tel ou tel autre médecin.

AE : La phrase de P : Je suis inquiet mais à un degré moins que vous, celle la elle restera longtemps. (rires)

A : Ca m'a marqué par rapport à ma sensibilité aux choses. C'est pour ça que tu adaptes ton cadre à la personnalité du patient.

B : *Est ce qu'il y a encore d'autres choses?*

### Recueil focus group de la 2e séance (juin 2022) :

Participants : CA, CO, PI, CH, P

B : *Comment est ce que cette session de simulation s'est passée pour vous ?*

Ca : Bien.

Co : Bien.

Ch : Très bien. \*rires de tous\*

Ca : L'exercice avant ça aide bien à s'anxiolyser (rires).

Ch : Ca fait groupe.

PI : Sanctuariser tu as dit ? Parce que je trouve que ça aide à sanctuariser. On s'est permis d'avoir l'air un peu ridicule les uns en face des autres et du coup c'est bon, on est complices.

Co : C'est un espace où on a le droit, où il n'y a pas de jugement.

Ch : Je n'étais pas passé dans la simulation avec toute la promo, mais à 15 c'est un autre ton quoi.

P : Quand on est beaucoup ?

Ch : Ouais, après peut être que c'était lié au début de l'internat. En tout cas là c'est bon.

PI : Au niveau du vécu, on est pas mal conditionnés pour être dans le classement. Dans la compétition en médecine. Même là je me suis surpris à aborder la simulation en me disant « est ce que je vais faire mieux que les autres ? Est-ce que je vais être bon ? ». Avoir en face des retours qui sont très bienveillants ça a encore réussi à me surprendre, même après 4 ans d'internat.

Co : Moi en tant que phase socle, je me disais holala je vais être complètement ridicule à côté des autres. J'ai fini par voir que c'est assez riche de faire une simulation inter promo,

finalement. Peut être que vous vous y avez trouvé moins d'intérêt que moi. Pour moi ça avait pas grand-chose à voir avec celles qu'on a fait en début d'année avec des gens qui sont là depuis 2 semaines. C'est autrement plus riche.

Ch : Globalement c'est hyper intéressant la simulation, il y a quelque chose que je n'avais pas saisi au début de l'internat. Là finalement on est des médecins globalement constitués, en voyant des gens passés tu t'imprègnes de différents styles même en voyant passer certains PHs. Et du coup tu apprends vraiment. Le fait de pouvoir s'inspirer du style des autres c'est vraiment très intéressant.

PI : Finalement, pour ce qui se passe entre la phase socle et ce qui se passe plus tard. La question c'est d'être plus à l'aise avec ce qu'on fait, plutôt que les compétences, et du coup être plus à l'aise pour le partager aussi. Peut être permettre d'acquérir ça avec des petits groupes en début d'internat ça peut permettre d'être plus facilement et plus vite à l'aise avec ce qu'on fait.

Co : Et puis au sein d'une même promo, ou même inter promo, faire plus régulièrement ce genre d'exercices là ça peut créer plus de complicité. Quand on interagit plus tard en garde par exemple ça peut permettre d'être plus compréhensifs les uns envers les autres.

Ch : C'est vrai que là je commence à avoir au téléphone des internes que je ne connais pas.

*B : Comment avez-vous vécu les exercices de cohésion de groupe ?*

Ch : J'ai pas saisi le sens tout de suite des exercices. Finalement tu sors d'une journée de travail, et ça te ..

Ca : Connecte au moment présent.

Ch : Ça rappelle la mindfulness.

PI : Tu engages un peu ton corps aussi.

Pa : Ça crée de la cohésion, ça casse les barrières et les réticences préalables. Ça permet de ne pas se sentir juger par l'autre dans l'exercice de simulation qui va suivre.

Ch : C'est vrai que tu peux te sentir jugé quand tu es en 1<sup>er</sup> semestre.

*B : Tu t'es sentie jugée durant cette séance (à Co) ?*

Co : Non, mais j'avais peur de ne pas avoir le **niveau**.

Ch : Tu fais une très belle patiente maniaque. \*rires\*

*B : Est-ce que ces exercices ont été suffisamment abordables, accessibles ?*

Ca : Ah ben oui.

PI : Oui, surtout que ça va crescendo. Tu sens un peu le groupe, il y a peut être un biais de sélection.

Ca : Des gens que tu connais.

Co : Et puis tu as pris les volontaires surtout. Si tu n'as pas choisi d'être là à la base est ce que ça t'apporte autant que nous qui avons choisi d'être là ?

Ch : Tu n'as pas aussi forcément les gens un peu anxieux socialement.

Ca : Moi je me suis forcée hein. J'ai jamais participé. Ça marche aussi sur les gens anxieux. Et le fait d'être en petit groupe c'est beaucoup mieux.

*B : Par quels aspect trouvez vous que c'est mieux le petit groupe ?*

Ca : Ça limite d'avoir trop de regard sur soi, l'anxiété sociale. Dans une promo où tu connais pas grand monde c'est plus compliqué de se prêter à ce genre d'exercice.

PI : Dans ta place de formateur, les exercices de début te permettent de jauger le groupe et voir jusqu'où tu peux aller. Selon comment les gens se sentent, si ils sont mal à l'aise ou en difficulté. Et adapter la simulation au groupe en fonction.

Co : Ça peut mettre en évidence les binômes qui pourraient se retrouver dans une situation donnée.

*B : A partir de quel exercice vous vous êtes sentis à l'aise ?*

Ch : Rappelle moi l'ordre des exercices.

Ca : Moi entre le bonjour et l'alphabet. Je me suis dit « ah tiens on fonctionne bien » (réussite au 1<sup>er</sup> essai).

Co : Moi c'était dès le début, car ce sont des exercices que je connais. Car j'ai fait déjà du théâtre, c'est quelque chose que je faisais souvent.

PI : C'est vers le début aussi, la marche à rythme 1, 3, 5. Là tu es obligé de lâcher un peu le contrôle. Du coup après c'est plus facile de lâcher ensuite. Car tu as pris la main.

Pa : A la 1<sup>ere</sup> session c'était plutôt alphabet/ballon, à cette session c'était dès le début. Quand on répète les exercices, on est à l'aise plus vite.

PI : Un effet d'apprentissage d'une séance à l'autre.

Pa : Ca réactive le truc.

*B : Ces exercices vous ont-ils été utiles et si oui en quoi ?*

PI : C'est propre à chacun, c'est la question du jugement des autres. Sur ce sujet ça m'est très utile. J'ai toujours tendance à penser sur le mode de la compétition, et justement cet échange très bienveillant moi ça m'aide vraiment beaucoup. On en parle souvent de nos différences, la psychanalyse, les TCCs etc. Moi j'appréhendais de faire cet exercice avec toi . C'était ptet très bête hein mais le fait de le faire dans cet état d'esprit là, moi ça m'apporte beaucoup sur le plan humain.

Co : En tant que phase socle, échanger avec gens qui ont beaucoup plus d'expérience.. qui sans doute ont dû faire face à plus de situations compliquées que moi. Je me dis « ah ça il gère bien, je pourrais m'en réserver ». Cette action de mimétisme.

Ch : Tu t'imbibes un peu.

Co : Je me rends compte que je reprends des expressions, des gestes.. Par exemple, j'avais même repris un geste (gratter la tête) de ma PH, à l'identique.

Ch : C'est fou, on s'imbibe vraiment. Que ce soit pour la pensée, mais les gestes aussi. Je me rends compte que j'ai beaucoup été influencé par un ancien PH, je me surprends à retrouver des expressions lui appartenant dans ma manière de parler.

PI : J'ai repris des mimiques de mon propre psychanalyste.

Ca : Je trouve que ça permet de se détacher. Dans des situations d'urgence, on a pas toujours quelqu'un qui vient pour valider ce qu'on fait. Au-delà de notre ressenti. Le fait d'avoir d'autres points de vue sur ce qu'on peut améliorer ou non. S'auto former, en garde, sans retour, c'est compliqué. Là ça permet de progresser.

PI : Et puis avoir des discussions comme on a là, un peu méta. Les idées qui surviennent dans un debriefing comme celui-ci (*focus group*) je trouve ça intéressant aussi. C'est bien d'avoir un 2<sup>e</sup> niveau de débriefing au-delà du debriefing des situations de simulation.

Pa : Je trouve que le truc qui m'a beaucoup apporté, c'est l'échange d'expérience. De méthodes, de conseils. Le côté reprise à plusieurs, échanges de points de vue, plutôt que de dire il faut faire comme ça.

Ch : On est psychiatres par neurologues. \*rires\*

Moi ce qui m'a beaucoup aidé c'est de jouer un autre rôle, ou son propre rôle d'interne. Là tu peux essayer des choses. Je sais pas si j'aurais été aussi incisif en vrai. Ca permet de tester des choses et de voir si on peut les exporter après. Tu peux tenter des trucs.

*B : Est-ce que les thèmes qui ont été abordés durant la simulation sont pertinents ?*

Co : Pertinents oui, car on a pu voir qu'on s'est tous retrouvés dans des situations qu'on a pu vivre. Là ça a permis de les debriefer et de se donner des petits tips pour mieux les gérer par la suite.

*B : En quoi étaient ils pertinents, pour vous ?*

PI : Là ce qui aurait été vraiment embêtant c'est « cas clinique » « quels sont les symptômes que vous voyez » un truc un peu scolaire. Là c'était des situations plus floues, plus humaines où il n'y avait pas forcément de bonne réponse. On ne suivait pas un arbre

décisionnel, on interrogeait le vécu de chacun. Ca ce sont des cas qui m'ont semblé pertinents.

Ch : Je trouve que c'est très intéressant, que peu importe l'école à laquelle tu appartiens, finalement tu n'as pas de bonne réponse. Ca permet de prendre du recul sur les écoles, de se baser sur le vécu des personnes.

PI : C'est ça l'intérêt de la simulation. Tu peux pas l'avoir dans les autres cours. Ce côté du vécu, émotionnel, de l'instantané qui se passe dans l'entretien etc il est permis à un point beaucoup plus avancé dans la simulation par rapport à d'autres modes d'enseignement.

Ch : Là du coup je regrette qu'on en ait pas eu plus durant l'internat. Comparé à de nombreuses heures de cours magistraux en amphithéâtre.

Co : On avait joué une simulation en pédopsychiatrie où tout l'amphi jouait le médecin. Une consultation d'une jeune fille autiste et ses deux parents. L'amphi posait chacun son tour une question en tant que médecin. C'était bien.

Ch : C'est la réflexion collective qui est pertinente.

Co : Cette méthode permettait d'allier cours magistral et simulation.

Pa : Ca crée aussi une certaine cohésion au sein de l'amphi et de la promotion.

24 :20

*B : Est ce que vous auriez vous connu dans votre pratique clinique des situations que vous auriez aimer travailler avant qu'elles n'arrivent ?*

Pa : Je pense directement à la pédopsychiatrie.

Ch : Le traumatisme de tout interne de psy.

Pa : Ce sont les situations avec les parents. Ca peut être très très compliqué. Plus le fait que le fait que la pédopsychiatrie, ça dépend des terrains de stage. Pour ma part ça s'est bien passé, mais il y a des terrains de stage où l'encadrement n'est pas présent. Où je pense que ça ferait du bien de reprendre les situations avec histoire de tiers. En pédo c'est tous les jours, c'est jamais l'enfant seul, c'est avec un tiers.

Ch : Pour moi c'est la situation vécu suite à un suicide de patient. Je suis resté sur mon repos de garde pour reprendre avec l'équipe. C'est typiquement une situation où j'aurais aimé avoir une anticipation. C'est pas à proprement parlé de la clinique mais c'est une situation difficile à laquelle tu es confronté à un moment ou à un autre.

PI : Justement ces situations difficiles abordées aujourd'hui c'est aussi avec les équipes, pas qu'avec les soignants. Que tu aies joué ce rôle (à Ch) sans savoir que ce serait un infirmier difficile, ça permet d'aborder la question de la gestion d'équipe car c'est un truc sur lequel on n'est pas formés.

Ch : Toute la partie management ça va pas du tout. Encore plus quand c'est 4h du matin en garde.

*B : Qu'est ce qui a motivé votre participation à cette séance de simulation clinique ?*

PI : Ton charisme \* rires \*

Co : J'avais vu la petite annonce la première fois, j'ai vu que ça me concernait pas alors j'étais déçue. Ce n'était pas pour les phases socle au début. Du coup j'ai fait une démarche spontanément.

Ce qui m'avait intéressée au départ c'est le côté théâtral. Et je suis assez convaincue que c'est une méthode pédagogique assez efficace. Le sujet de la thèse me parlait un peu.

Ca : Car on se connaît d'avant, sinon je ne serais pas venu même si j'en tire un bénéfice aujourd'hui \* rires \*

Ch : C'est hyper intéressant, je n'avais pas réfléchi a priori sur les situations .. Et quand tu regardes les internats comme la chirurgie où ils ont plein de trucs de simulation, car soit disant c'est un métier manuel, artisanal .. nous aussi c'est un métier artisanal, et le décalage entre les cours théoriques et la pratique est présent.

Ca : En gérontopsy, on a également des debriefs. C'est beaucoup plus formateur que des cours

théoriques. Au départ en phase socle c'est bien d'avoir de la théorie et après venir travailler ça avec la simulation quand on a plus de bagage.

Co : En phase socle je trouve que savoir faire les situations d'urgence c'est une bonne chose.

Ca : Oui au départ les situations d'urgence, et après des situations plus profondes.

Ch : Tu peux être avec Didier sur ta première garde.

*B : A quel moment vous placeriez ce type de simulation clinique au sein de l'internat ?*

Ch & Co : Tout au long.

Ca : Tout au long avec des objectifs qui évoluent en fonction du moment dans l'internat.

Ch : L'adapter en fonction des options. Par exemple en gérontopsy la question de l'entrée en EHPAD quand tu l'annonces à une famille. Ou une maladie d'Alzheimer.

Co : C'est vrai que l'annonce diagnostique c'est vraiment important. Même en psychiatrie adulte, l'annonce d'un diagnostic de schizophrénie .. gestion de la famille tout ça.

PI : La question peut être c'est « à qui tu le proposes » ? Tu peux le proposer à tout le temps, c'est important que ce soit sur la base du volontariat. La dynamique sera différente selon que ce soit obligatoire ou non, le groupe aussi. Moi ce qui m'a convaincu de venir, malgré les hésitations, c'est le fait d'avoir annoncé la présence d'exercices d'impro au début. Ca pour moi c'était une véritable plus-value.

C'est à qui tu le proposes, et ce doit être sur la base du volontariat.

Pa : Je me permets de nuancer un peu. L'expérience qu'on a de la simulation, on y va un peu en traînant des pieds. En médecine on n'est pas habitué à ces méthodes de pédagogie active, classe inversée etc.. Là quand on en fait on se rend compte que quand on en fait ça se passe bien. Si on le propose d'emblée sur le volontariat on risque d'affronter une réticence. Et peut être que faire certaines séances obligatoires, et après déboucher sur du volontariat.

Co : Encore une fois, le lâcher prise ça s'apprend. Ca vient petit à petit. Pousser sur le bord de la piscine ça oblige à nager.

Ca : C'est aussi car il y a des petits groupes. Ce format là il est beaucoup mieux que quand il y a 15 personnes dans la salle, pour les personnes qui sont dans l'évitement social.

Co : Le risque dans une promo c'est que ce soit toujours les mêmes personnes qui participent.

PI : Oui c'était souvent le cas.

Ch : Pour moi c'est organiser une sorte d'initiation, et d'organiser par la suite des séances avec des volontaires. « La méthode vous a plu, le groupe était sympa. On va pouvoir avancer ensemble sur des situations cliniques que l'on créé au cours du temps ».

Ca : Et ce serait trop bien de convier des patients.

Co : A quelle place ?

Ca : Les patients experts. On les met à la place des patients. Eux ils l'ont vraiment vécu. Comme ça on récupère leur ressenti, ça augmente encore la plus-value.

*B : Quels sont les freins à la participation à la simulation ?*

Pa : La peur du jugement.

Co : La timidité. Et puis cette ambiance compétitive, on a traversé plusieurs concours .. il peut y avoir des guerres pour des postes.

Ca : Oh moins je trouve en psychiatrie.

Co : Il y a toujours cette comparaison, est ce que je fais aussi bien que l'interne avant moi. On a intégré ce « devoir de performance ». On doit être au top, le meilleur. Se confronter à l'autre, ça nous amène à une remise en question de manière assez difficile, a priori. Mais en fait elle est faite pas de manière individuelle mais globale et ça amène à une évolution de nos pratiques.

PI : Entièrement d'accord avec toi.

Ch : Si je vais à un séminaire et que je sais que tout est fixé, rigide, moi ça me démotive pour m'engager à moyen terme sur 4-5 séances. Mais si on peut discuter et aménager, c'est plus

intéressant.

*B : Là en ramenant des scénarios venant du groupe ça convient mieux ?*

Ch : Oui largement. La richesse c'est ça, de prendre les expériences des gens et voir ce qu'on peut proposer comme situation. La dimension interactive est importante.

*B : Toi tu parlais de la crainte de venir à cette séance, qu'est ce qui te faisait peur ?*

Ca : C'est l'exercice en soi. C'est de participer. Surtout le jugement, jouer la place du psychiatre. Ca devient tout de suite plus personnel, le fait que ça ait eu lieu en petit comité.

Co : Oui jouer le psychiatre ça fait peur, plus que le patient.

*B : Qu'est ce qui pourrait être des leviers à la participation ?*

PI : Un repas libanais en fin de séance \* rires \*

Co : Insister vraiment sur le cadre qui se veut bienveillant et non jugeant. C'est la crainte de tous. Et avec les exercices de lâcher prise, c'est plus facilement acceptable. Et puis le petit comité, pour les personnes qui ont peur du regard.

Ca : On nous le disait en phase socle que c'était bienveillant mais bon.

Co : On nous le dit, mais quand il y a beaucoup de monde c'est compliqué de l'intégrer. Là c'est plus facile.

P : C'est voir à quoi ça ressemble, arriver à sauter le pas. De gré de préférence. Et c'est vraiment quand on se met dans cette salle qu'on comprend. C'est la manière de convaincre.

Ch : Je pense qu'il y a plein de gens que tu peux convaincre avec un petit essai aussi.

Co : A chaque fois les fois où j'étais dans la salle je comprenais pas grand chose. Moi j'aime bien, ça me fait marrer mais ça m'apporte beaucoup plus quand je suis observatrice. Je n'arrive pas à capter ce qu'il se passe.

P : Ca dépend peut être des gens. Le fait d'avoir fait la dernière fois le médecin, cette fois le patient, et d'avoir été observateur, c'est complémentaire. Ca donne vraiment une vision un peu plus globale. C'est vrai que quand on est acteur c'est plus difficile d'avoir un retour.

Co : Quand tu joues le médecin, tu te rends compte à quel point tu es en difficulté. Alors que jouer des patients c'est plus simple.

PI : Proposer des premières séances en laissant le choix de ne pas participer pour occuper le rôle d'observateur. Ca peut permettre de recruter des gens plus facilement. Quitte à les faire participer à la 2e séance.

*B : A votre avis, quelle est la bonne « taille d'un petit groupe »*

P : 10-12.

Co : Moi j'aurais ptet dit entre 5 et 10. Moins de 5 tu peux pas trop tourner, débriefer. Il y en a ptet plus assez qui regardent. Au delà de 10 c'est une taille de promo.

Le nombre va dépendre du nombre de scènes à jouer pour permettre de tourner. Pour alimenter le débriefing et sa qualité.

Ch : 8-10, 3-4 qui jouent, 4 qui regardent.

Co : Avec un nombre plus important, on peut fixer des rôles aux observateurs. Ca permet de fixer l'attention, de moins s'éparpiller. D'aller plus en profondeur sur des éléments précis.

C'est peut être plus intéressant sur des scénarios déjà écrits, moins sur des scénarios de novo.

Ca : 7 à 9, selon les formateurs présents.

Pa : Il est important qu'il y ait un chef d'orchestre dans l'organisation.

*B : Question de la vidéo, aurait elle un intérêt ? Et quelle place lui donner ?*

PI : C'est pas le même exercice. Comment tu vois ça ?

*B : Ce serait de filmer la scène pour la revoir en séance, ou par d'autre groupe.*

PI : Analyser par le même groupe ou d'autre groupe.

Co : Par d'autre groupe ça ne serait pas bon. Car ça casserait la dimension non jugeante du groupe avec lequel on est. Par contre l'enregistrer pour que les personnes qui ont joué puissent le revoir, et que durant le débriefing on se le repasse pour l'analyser .. faut voir.

Ch : Pour moi le plus intéressant c'est de pouvoir s'appuyer sur des éléments concrets via la vidéo pour débriefer plus précisément. Ça permet de bénéficier encore plus de la simulation comme d'un terrain fertile.

Ca : Ça peut être aussi être formateur, ou déroutant, de se voir et d'analyser notre communication non verbale.

PI : Pour moi ce n'est pas le même exercice, c'est plus technique, plus précis. Alors que sur ce mode de simulation là on est davantage sur les émotions, le ressenti, et moins sur le technique.

Pa : La vidéo comme appui pour développer d'autres choses. Quitte à l'intégrer dans des cours théoriques.

Ch : C'est vrai que tu perds l'enjeu de la simulation, tu es plus dans l'enseignement. Ça devient du théorique appliqué.

Ca : Tu restes dans l'expérience quand même. Dans le cadre du groupe mais pas a posteriori dans un groupe différent.

PI : Pour moi ça doit rester dans le groupe qui joue. C'est important de définir le cadre.

*B : Auriez vous d'autres remarques sur la simulation, concernant cette séance ou en général ?*

PI : Je me répète mais le fait d'avoir un 2e niveau de reprise méta, je m'en rends compte encore plus maintenant, c'est vraiment intéressant. Le débrief du débrief.

Amaury : Concernant la phase socle et l'approche à la simulation. Auriez vous d'autres idées de manière générale pour améliorer les choses ? Et comment voyez vous la place des exercices de cohésion de groupe ?

PI : C'est de faire participer un formateur aux premières situations de simulation. Ça permet d'appréhender les choses. C'est positif.

Ch : Je me demande si les groupes de 1ere année sont pas un peu trop grands en nombre.

Co : Peut être diviser les groupes en 2.

Pa : Et trouver un exercice de cohésion qui soit adapté au nombre.

A : Ça dépend de la taille aussi. Ça pourrait en tout avoir du sens assez tôt dans un cursus pour faire cohésion de promotion.

PI : Au delà du côté formateur, au niveau humain et cohésion de promo, c'est intéressant à différents niveaux pour les internes.

---

*Annexe 6 : Echelle de Motivation à l'Education (version apprenant adulte)*

## ATTITUDES EN FORMATION D'ADULTES

*Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous suivez cette formation.*

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond fortement	Correspond très fortement
1	2	3	4	5	6	7

### **POURQUOI SUIVEZ-VOUS À CETTE FORMATION ?**

1. Parce qu'elle va me permettre de gagner davantage	1	2	3	4	5	6	7
2. Parce que ce type de formation fait partie intégrante de moi.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que j'éprouve du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses.	1	2	3	4	5	6	7
4. Parce que selon moi elle va m'aider dans la poursuite de ma carrière (ou pour ma future carrière).	1	2	3	4	5	6	7
5. Honnêtement, je ne le sais pas; j'ai vraiment l'impression de perdre mon temps en formation.	1	2	3	4	5	6	7
6. Pour me prouver à moi-même que je suis capable de suivre cette formation.	1	2	3	4	5	6	7
7. Pour pouvoir décrocher un emploi plus important.	1	2	3	4	5	6	7
8. Pour le plaisir que j'ai à découvrir de nouvelles choses jamais vues auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
9. Parce qu'éventuellement cela va me permettre de travailler dans un domaine que j'aime.	1	2	3	4	5	6	7
10. J'ai déjà eu de bonnes raisons de suivre cette formation, mais maintenant je me demande si je devrais continuer à y aller.	1	2	3	4	5	6	7
11. Parce que cette formation me ressemble.	1	2	3	4	5	6	7
12. Parce que le fait de réussir cette formation me permet de me sentir important à mes propres yeux.	1	2	3	4	5	6	7

13. Parce que je veux pouvoir faire "la belle vie" plus tard.	1	2	3	4	5	6	7
14. Pour le plaisir d'en savoir plus long sur des sujets qui m'intéressent.	1	2	3	4	5	6	7
15. Parce que cela va m'aider dans le développement de ma carrière professionnelle.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je ne parviens pas à voir pourquoi je suis cette formation et franchement je m'en fous pas mal.	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce que cette formation est une partie de ce que je suis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Pour me prouver que je suis une personne intelligente.	1	2	3	4	5	6	7
19. Pour avoir un meilleur salaire plus tard.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parce que cette formation va me permettent de continuer à en apprendre sur une foule de choses qui m'intéressent.	1	2	3	4	5	6	7
21. Parce que je crois que cette formation va augmenter mon potentiel au travail.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne le sais pas; je ne parviens pas à comprendre pourquoi.	1	2	3	4	5	6	7
23. Parce que je veux me prouver à moi-même que je suis capable de réussir cette formation.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parce que cette formation est une expression de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7

---

© *Fabien Fenouillet, Jean Heutte et Robert J. Vallerand, 2015*

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. McNaughton N, Ravitz P, Wadell A, Hodges BD. Psychiatric education and simulation: a review of the literature. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. févr 2008;53(2):85-93.
2. Piot MA, Dechartres A, Attoe C, Jollant F, Lemogne C, Layat Burn C, et al. Simulation in psychiatry for medical doctors: A systematic review and meta-analysis. *Med Educ*. août 2020;54(8):696-708.
3. Gaylle D. Effects of a Mental-Health Clinical Simulation Experience Using Standardized Patients and Two Debriefing Styles on Prelicensure Nursing Students' Knowledge, Anxiety, and Therapeutic Communication and Psychiatric Assessment Skills. PhD Thesis. San Francisco, CA: University of San Francisco; 2015.
4. Granry JC, Moll MC. Rapport de mission HAS Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé [Internet]. 2012 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)
5. Beguin P, Weill-Fassina A. La simulation en ergonomie : connaitre, agir et interagir. Octares; 1997.
6. Léonce C. Aux frontières du réel : le patient dans tous ses états. Une typologie des différents modèles utilisés pour la simulation en santé aux États-Unis. 2014;15.
7. Veber B, Carrie D. Sofrasims - Simulation en santé, Réflexions et propositions [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://sofrasims.org/wp-content/uploads/2022/06/SYNTHESE-SIMULATION-3-GROUPES-VF.pdf>
8. Gelbart NR. *The King's Midwife: A History and Mystery of Madame Du Coudray*. University of California Press, Berkeley; 1998.
9. Simulation in nursing, Flinders University of South Australia School of Medicine, Adelaide, SA, Australia <https://basicmedicalkey.com/simulation-in-nursing/>.
10. Gordetsky JB, Rais-Bahrami S, Rabinowitz R. Annie, Annie! Are You Okay?: Faces Behind the Resusci Anne Cardiopulmonary Resuscitation Simulator. *Anesth Analg*. août 2020;131(2):657-9.
11. Abrahamson S, Hoffman KI. Sim One: a computer-controlled patient simulator. *Lakartidningen*. 20 nov 1974;71(47):4756-8.
12. Park MJ, Kim DJ, Lee U, Na EJ, Jeon HJ. A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations. *Front Psychiatry*. 2019;10:505.
13. Haoran G, Bazakidi E, Zary N. Serious Games in Health Professions Education: Review of Trends and Learning Efficacy. *Yearb Med Inform*. août 2019;28(1):240-8.

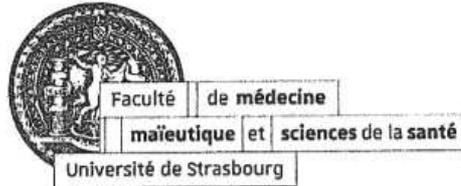
14. Gentry SV, Gauthier A, L'Estrade Ehrstrom B, Wortley D, Lilienthal A, Tudor Car L, et al. Serious Gaming and Gamification Education in Health Professions: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 28 mars 2019;21(3):e12994.
15. Lau HM, Smit JH, Fleming TM, Riper H. Serious Games for Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2016;7:209.
16. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juin 1993;68(6):443-51; discussion 451-453.
17. 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 J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. mars 2002;26(1):26-30.
18. Sadeghi M, Taghva A, Mirsepassi G, Hassanzadeh M. How do examiners and examinees think about role-playing of standardized patients in an OSCE setting? *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. oct 2007;31(5):358-62.
19. Shin S, Park JH, Kim JH. Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis. *Nurse Educ Today*. janv 2015;35(1):176-82.
20. Association of Standardized Patient Educators – ASPE ([www.aspeducators.org](http://www.aspeducators.org)).
21. Chaturvedi SK, Chandra PS. Postgraduate trainees as simulated patients in psychiatric training: Role players and interviewers perceptions. *Indian J Psychiatry*. oct 2010;52(4):350-4.
22. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 7 sept 2011;306(9):978-88.
23. Cook DA, Brydges R, Hamstra SJ, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Comparative effectiveness of technology-enhanced simulation versus other instructional methods: a systematic review and meta-analysis. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. oct 2012;7(5):308-20.
24. Deluche E, Salle H, Facchini-Joguet T, Leobon S, Troussel A, Tubiana-Mathieu N, et al. [High fidelity simulation training for medical oncology announcement consultation]. *Bull Cancer (Paris)*. avr 2020;107(4):417-27.
25. Ilgen JS, Sherbino J, Cook DA. Technology-enhanced simulation in emergency medicine: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. févr 2013;20(2):117-27.

26. Khan R, Plahouras J, Johnston BC, Scaffidi MA, Grover SC, Walsh CM. Virtual reality simulation training in endoscopy: a Cochrane review and meta-analysis. *Endoscopy*. juill 2019;51(7):653-64.
27. Popovic B, Pinelli S, Albuisson E, Metzdorf PA, Mourer B, Tran N, et al. The Simulation Training in Coronary Angiography and Its Impact on Real Life Conduct in the Catheterization Laboratory. *Am J Cardiol*. 15 avr 2019;123(8):1208-13.
28. Berte N, Perrenot C. Surgical apprenticeship in the era of simulation. *J Visc Surg*. juin 2020;157(3 Suppl 2):S93-9.
29. Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017. :7.
30. Vidal F. Préparation de la réforme de l'accès au 3e cycle des études de médecine. 2021. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/rentr-e-tudiant-2021---dossier-de-presse-30-septembre-2021--13058.pdf>
31. Brenner AM. Uses and limitations of simulated patients in psychiatric education. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. avr 2009;33(2):112-9.
32. Goodman JH, Winter SG. Review of Use of Standardized Patients in Psychiatric Nursing Education. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. oct 2017;23(5):360-74.
33. Grossman CE, Lemay M, Kang L, Byland E, Anderson AD, Nestler JE, et al. Improv to improve medical student communication. *Clin Teach*. juin 2021;18(3):301-6.
34. Gao L, Peranson J, Nyhof-Young J, Kapoor E, Rezmovitz J. The role of « improv » in health professional learning: A scoping review. *Med Teach*. mai 2019;41(5):561-8.
35. Neel N, Maury JM, Heskett KM, Iglewicz A, Lander L. The impact of a medical improv curriculum on wellbeing and professional development among pre-clinical medical students. *Med Educ Online*. déc 2021;26(1):1961565.
36. Kukora SK, Batell B, Umoren R, Gray MM, Ravi N, Thompson C, et al. Hilariously Bad News: Medical Improv as a Novel Approach to Teach Communication Skills for Bad News Disclosure. *Acad Pediatr*. août 2020;20(6):879-81.
37. Pelaccia T, Viau R. Motivation in medical education. *Med Teach*. févr 2017;39(2):136-40.
38. Bahn D. Social Learning Theory: its application in the context of nurse education. *Nurse Educ Today*. févr 2001;21(2):110-7.
39. Pham Dihn C. UTILISATION DE LA SIMULATION MÉDICALE EN PSYCHIATRIE ÉLÉMENTS DE LITTÉRATURE ET ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE LA SIMULATION D'UN ENTRETIEN PSCYCHIATRIQUE D'URGENCE. 2015.
40. Ramani S, Mann K. Introducing medical educators to qualitative study design: Twelve tips from inception to completion. *Med Teach*. mai 2016;38(5):456-63.

41. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2007;2(2):115-25.
42. Díaz-Agea JL, Pujalte-Jesús MJ, Leal-Costa C, García-Méndez JA, Adánez-Martínez MG, Jiménez-Rodríguez D. Motivation: bringing up the rear in nursing education. Motivational elements in simulation. The participants' perspective. *Nurse Educ Today*. août 2021;103:104925.
43. Howard JL, Bureau J, Guay F, Chong JXY, Ryan RM. Student Motivation and Associated Outcomes: A Meta-Analysis From Self-Determination Theory. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. nov 2021;16(6):1300-23.
44. Jacob RA, Williams PN, Chisty A. Twelve tips for developing and maintaining a successful peer mentoring program for junior faculty in academic medicine. *Med Teach*. 10 juill 2022;1-5.
45. Savoldelli GL, Naik VN, Hamstra SJ, Morgan PJ. Barriers to use of simulation-based education. *Can J Anaesth J Can Anesth*. nov 2005;52(9):944-50.
46. Kooloos JGM, Klaassen T, Vereijken M, Van Kuppeveld S, Bolhuis S, Vorstenbosch M. Collaborative group work: effects of group size and assignment structure on learning gain, student satisfaction and perceived participation. *Med Teach*. 2011;33(12):983-8.
47. Edmunds S, Brown G. Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. *Med Teach*. 2010;32(9):715-26.
48. Halamek LP, Cady RAH, Sterling MR. Using briefing, simulation and debriefing to improve human and system performance. *Semin Perinatol*. déc 2019;43(8):1511-78.
49. Mengin AC, Kayser C, Tuzin N, Perruisseau-Carrier J, Charpiot A, Berna F, et al. Mindfulness Improves Otolaryngology Residents' Performance in a Simulated Bad-News Consultation: A Pilot Study. *J Surg Educ*. août 2021;78(4):1357-65.
50. Mehta A, Fu B, Chou E, Mitchell S, Fessell D. Improv: Transforming Physicians and Medicine. *Med Sci Educ*. 1 déc 2020;31(1):263-6.
51. Fessell D, McKean E, Wagenschutz H, Cole M, Santen SA, Cermak R, et al. Medical Improvisation Training for all Medical Students: 3-Year Experience. *Med Sci Educ*. mars 2020;30(1):87-90.
52. Ballon BC, Silver I, Fidler D. Headspace theater: an innovative method for experiential learning of psychiatric symptomatology using modified role-playing and improvisational theater techniques. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. oct 2007;31(5):380-7.
53. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Med Teach*. oct 2013;35(10):e1511-1530.

54. Pearson M, Smith D: Debriefing in experience-based learning. *Simulation/Games for Learning* 1986;16:155–172.
55. Gibb J: Defensive communication. *J Communication* 1961;11:141–148.
56. Lee J, Lee H, Kim S, Choi M, Ko IS, Bae J, et al. Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. avr 2020;87:104345.
57. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiol Clin*. juin 2007;25(2):361-76.
58. Abulebda K, Auerbach M, Limaïem F. Debriefing Techniques Utilized in Medical Simulation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546660/>
59. Piot MA, Attoe C, Billon G, Cross S, Rethans JJ, Falissard B. Simulation Training in Psychiatry for Medical Education: A Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:658967.
60. Mercuzot C, Debien B, Riviere É, Martis N, Sanges S, Galland J, et al. Impact of a simulation-based training on the experience of the beginning of residency. *Rev Med Interne*. nov 2021;42(11):756-63.

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : GARDELLE..... Prénom : Benoît.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

À Strasbourg..... le 06/10/2022.....

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**