



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mémoire

## Intérêts d'un atelier de simulation avec des patients standardisés pour la formation à l'examen du risque suicidaire

*Teaching healthcare students to assess suicide risk with a standardized patient module*

Hugo Peyre<sup>a,\*</sup>, Pierre A. Geoffroy<sup>b</sup>, Sarah Tebeka<sup>c</sup>, Pierre-François Ceccaldi<sup>d</sup>,  
Patrick Plaisance<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris Diderot 7, hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris, France

<sup>b</sup> Département de psychiatrie et d'addictologie Bichat-Beaujon, université Paris Diderot 7, hôpital Bichat, AP-HP, Paris, France

<sup>c</sup> Département de psychiatrie, université Paris Diderot 7, hôpital Louis Mourier, AP-HP, Colombes, France

<sup>d</sup> Service de gynécologie-obstétrique, université Paris Diderot 7, hôpital Beaujon, AP-HP, Clichy, France

<sup>e</sup> Service accueil et traitement des urgences, université Paris Diderot 7, hôpital Lariboisière, AP-HP, Clichy, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 décembre 2019

Accepté le 24 mars 2020

Mots clés :

Apprentissage par simulation

Étudiant

Évaluation

Formation

Médecine

Risque suicidaire

### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – L'évaluation du risque suicidaire est une étape essentielle de l'entretien psychiatrique. Cependant, de nombreux médecins sont en difficultés ou redoutent d'interroger les patients sur leurs idées suicidaires. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un atelier de simulation avec des patients standardisés pour améliorer les compétences des étudiants en médecine concernant l'examen du risque suicidaire.

**Méthode.** – Tous les étudiants en DFASM2 de l'université Paris Diderot en stage de psychiatrie entre mars 2017 et juin 2019 ( $n = 323$ ) ont été invités à participer à un atelier de simulation sur la plateforme iLumens. Au cours de cet atelier, les étudiants (répartis en groupes de trois à cinq) ont réalisé trois entretiens avec des patients standardisés présentant des pathologies psychiatriques typiques (épisode dépressif caractérisé, Trouble Obsessionnel Compulsif, épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques). Chaque étudiant a mené un entretien (dans certains groupes l'entretien a été mené par deux étudiants) et il a observé les deux autres entretiens derrière une vitre sans tain. Chaque entretien (durée = 15 minutes) a été suivi d'un débriefing (durée = 15 minutes) mené par un superviseur en présence du patient standardisé et de tous les étudiants du groupe. Avant et après l'atelier, les étudiants ont complété un questionnaire concernant leur difficulté et leur capacité perçues à interroger les patients sur leurs idées suicidaires (question principale, objectif pédagogique de l'atelier avec entraînement spécifique de l'étudiant) et sur leurs problèmes sexuels (question contrôle, qui n'était pas un des objectifs de l'atelier et donc sans entraînement spécifique de l'étudiant) (sur une échelle de Likert de 0 [non] à 10 [oui]). Ils ont également répondu à un questionnaire évaluant leur implication, leur satisfaction et l'apport théorique et pratique de l'atelier.

**Résultats.** – Parmi les 323 étudiants contactés, 281 ont participé à l'atelier. L'atelier a significativement diminué la difficulté perçue à réaliser l'évaluation des idées suicidaires ( $d$  de Cohen =  $-0,54$  ;  $p$ -value  $< 0,001$ ) et dans une moindre mesure des problèmes sexuels ( $d$  de Cohen =  $-0,32$  ;  $p$ -value  $< 0,001$ ). L'atelier a modifié la capacité perçue par l'étudiant à réaliser un interrogatoire des idées suicidaires, mais pas des problèmes sexuels. Les étudiants étaient globalement impliqués dans l'atelier et satisfaits des apports théoriques et pratiques de l'atelier, ainsi que de son organisation.

**Discussion.** – Cette étude fournit des arguments en faveur de l'intérêt pédagogique d'un atelier de simulation avec des patients standardisés pour améliorer les compétences des étudiants en médecine concernant l'évaluation du risque suicidaire.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant. LSCP, département d'études cognitives, école normale supérieure, 29, rue d'Ulm, 75005 Paris, France.  
Adresse e-mail : [peyrehugo@yahoo.fr](mailto:peyrehugo@yahoo.fr) (H. Peyre).

A B S T R A C T

**Keywords:**  
Evaluation  
Medicine  
Simulation learning  
Student  
Suicidal risk  
Training

**Objectives.** – Assessment of suicidal risk is an essential step during the psychiatric interview. However, numerous doctors are uncomfortable or reluctant to question patients about their suicidal ideations. Thus, this study aimed to evaluate the interest of teaching medical students to assess suicide risk using a standardized patient module.

**Method.** – All students from Paris Diderot University, in the 5th year of medical training and in psychiatric internship between March 2017 and June 2019, were invited to participate in a standardized patient module in the iLumens Paris 7 platform. During this module, students (divided into groups of 3 to 5) conducted three interviews with standardized patients presenting with typical psychiatric disorders (major depressive episode, Obsessive Compulsive Disorder, mania with psychotic features). All students conducted one interview and observed the others for two interviews behind a one-way window. Each interview (duration = 15 minutes) was followed by a debriefing (duration = 15 minutes) supervised by a trained psychiatrist in the presence of the standardized patient and all students of the group. Before and after the module, students completed a questionnaire assessing their perceived difficulty and ability to interview patients about their suicidal ideations (main question, objective of the training) and about their sexual dysfunctions (control question, which was not an objective of the training) (on a Likert scale ranging from 0 [no] to 10 [yes]). They also completed a questionnaire assessing their involvement, their satisfaction, and the theoretical and practical contribution of the module.

**Results.** – Of the 323 students who were contacted, 281 participated to the module. The module significantly reduced the perceived difficulty to question patients about their suicidal ideations (Cohen's  $d = -0.54$ ,  $P$ -value  $< 0.001$ ) and reduced to a lesser extent the perceived difficulty to question patients about sexual problems (Cohen's  $d = -0.32$ ;  $P$ -value  $< 0.001$ ). The module did change the students' ability towards asking questions about suicidal ideations but not sexual problems. The students were generally involved in the module and satisfied with the theoretical and practical contributions of the module as well as its organization.

**Discussion.** – This study provides arguments for the educational value of a simulation module with standardized patients to change the perceived difficulty and ability of medical students towards asking questions about suicidal ideations.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Savoir interroger un patient en ce qui concerne ses idées suicidaires est une compétence médicale fondamentale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 personnes meurent de suicide chaque année, soit une personne toutes les quarante secondes, ce qui représente environ 1,4 % des décès dans le monde et en fait la seconde cause de mortalité chez les 15–29 ans [18,19]. En France, 25 personnes meurent par suicide tous les jours [17] et 45 % d'entre eux avaient consulté un médecin au cours du mois précédent [14]. Malgré ce problème de santé publique, certains médecins n'interrogent pas leurs patients sur leurs idées suicidaires alors qu'ils suspectent un risque suicidaire [20]. Poser la question : « Est-ce que vous pensez à vous suicider ? » est parfois perçue par les médecins comme inutile (*selon une idée erronée* [21] *selon laquelle les patients qui déclarent des idées suicidaires ne se suicident pas*), pouvant potentiellement induire des idées suicidaires chez le patient (*selon une idée erronée* [15] *selon laquelle le patient pourrait percevoir la question comme une suggestion*) ou mettre le médecin dans une situation dans laquelle il ne s'estime pas compétent (*concernant la conduite à tenir devant un patient qui déclare des idées suicidaires* [2]). De plus, cette question peut être ressentie par le médecin comme étant gênante (*car touchant à l'intimité du patient*) ou trop difficile émotionnellement [2,3]. La perception que les médecins auront de la difficulté ainsi que de leur capacité à réaliser un examen du risque suicidaire jouera un rôle important dans leur manière d'interroger ses patients sur leurs éventuelles idées suicidaires.

L'examen clinique en psychiatrie, comme dans les autres disciplines médicales, a pour objectif général le repérage des signes et symptômes psychiatriques afin de poser un diagnostic qui permettra de réaliser une prise en charge adaptée [11]. La conduite d'un entretien médical permettant un recueil sémiologique valide repose sur un ensemble d'apprentissages explicites et implicites.

L'attitude des médecins vis-à-vis de l'examen du risque suicidaire correspond à un ensemble de représentations qui va être élaboré par des enseignements explicites, mais aussi par l'engagement dans la pratique clinique [10]. Un entraînement des étudiants en médecine à mener des entretiens et à interroger les patients sur leurs idées suicidaires pourrait modifier leur perception de la difficulté et de leur capacité à réaliser cet acte médical.

Dès les années quatre-vingt, des centres pédagogiques utilisant la simulation avec des patients standardisés se sont développés un peu partout dans le monde (notamment aux États-Unis et au Canada) et l'ont appliquée à la conduite d'un entretien médical, incluant l'entretien psychiatrique [16]. Le patient standardisé est défini comme une personne qui est entraînée à simuler la pathologie d'un patient d'une manière standardisée (la standardisation a pour principal but de garantir une évaluation objective des compétences des étudiants à l'aide de procédures d'évaluation standardisées ECOS : Évaluation clinique objective structurée – OSCE : *Objective Structured Clinical Examination*). La simulation avec des patients standardisés est largement utilisée en psychiatrie pour l'évaluation et la formation des médecins, quel que soit leur niveau d'expérience [1,5,6,13,16]. Elle permet aux médecins d'être confrontés à des situations quasi-réelles sans crainte de nuire à un « vrai » patient.

Plusieurs études ont rapporté une amélioration de la confiance des étudiants dans leur capacité à conduire une évaluation des idées suicidaires lors d'une formation utilisant la simulation avec des patients standardisés par rapport à une formation contrôle (cours magistral) [9,13]. La formation utilisant la simulation avec des patients standardisés était également associée à une meilleure connaissance [8,9] du risque suicidaire et à une plus grande satisfaction des étudiants [13].

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'un atelier de simulation avec des patients standardisés pour modifier la perception que les étudiants en médecine ont de la difficulté et de

leur capacité à examiner des idées suicidaires. Une question contrôle qui ne faisait pas partie des objectifs pédagogiques de l'atelier (difficulté et capacité perçues à interroger les patients sur leurs problèmes sexuels) a été utilisée pour s'assurer que les modifications perçues concernaient spécifiquement le comportement entraîné. Nous avons réalisé ce travail en créant un atelier de simulation sur plateforme iLumens de l'université Paris Diderot.

## 2. Méthode

### 2.1. Atelier de simulation avec patient standardisé

La plateforme iLumens de l'université Paris Diderot a ouvert ses portes sur le site Pajol en février 2017. Tous les étudiants en DFASM2 de l'Université Paris Diderot qui étaient en stage de psychiatrie entre mars 2017 et juin 2019 ( $n = 323$ ) ont été invités à participer à un atelier de simulation (une demi-journée) sur la plateforme iLumens. Le déroulement de la demi-journée est schématisé sur la Fig. 1 :

- tout d'abord, les étudiants étaient accueillis et un briefing général abordait les objectifs pédagogiques de l'atelier ainsi que les principes de la conduite d'un entretien en psychiatrie et de la sémiologie psychiatrique. L'évaluation des idées suicidaires était l'un des objectifs principaux de l'atelier. L'atelier n'a pas été présenté aux étudiants comme une séance d'entraînement ciblant spécifiquement l'évaluation des idées suicidaires. Cet objectif était donné aux acteurs et aux superviseurs qui avaient pour instruction d'entraîner les étudiants sur cet aspect spécifique au cours des entretiens et des debriefings ;
- ensuite, les étudiants étaient répartis en groupes de trois à cinq étudiants (Groupes A, B, C et D lors de l'Atelier 2 [Fig. 1] ; trois groupes lors de l'atelier 1) et confiés à un superviseur (senior en psychiatrie). Chaque groupe a réalisé trois entretiens avec des patients standardisés présentant des pathologies psychiatriques typiques (Cas 1 : dépression [scénario en Annexe] ; Cas 2 : trouble obsessionnel compulsif ; Cas 3 : épisode maniaque ; Cas 4 : épisodes psychotiques) où la problématique suicidaire était au premier ou immédiatement au second plan de la plainte. Chaque étudiant a mené un entretien (dans certains groupes l'entretien a été mené par deux étudiants) et a observé les deux autres entretiens derrière une vitre sans tain (salle de pilotage). Le superviseur les accompagnait en salle de pilotage et pouvait

répondre à leurs questions. Dans la salle de pilotage, les étudiants se répartissaient le recueil des informations sur la sémiologie psychiatrique, les aspects communicationnels et les aspects relationnels. Ces trois aspects sont intimement liés et c'est nous attendions que les étudiants en fassent l'expérience. Chaque entretien (durée = 15 minutes) était suivi d'un débriefing (durée = 15 minutes) mené par un superviseur en présence du patient standardisé et de tous les étudiants du groupe. Le superviseur faisait un retour constructif à l'étudiant et animait le tour de parole : tout d'abord l'étudiant qui avait mené l'entretien partageait son expérience, ensuite le patient standardisé faisait un retour de son expérience (qui devait souligner principalement les aspects positifs de l'entretien) et enfin les autres étudiants du groupe faisaient un retour sur le tableau clinique et les dimensions communicationnelles et relationnelles. Les patients standardisés étaient des Chefs de Cliniques Assistants en psychiatrie qui avaient un script précis [cf. scénario du Cas 1 en Annexe] et qui ont été entraînés par des psychiatres en vue de l'atelier. HP et PAG ont écrit les scénarii originaux qui pourront être demandés aux auteurs et transmis librement. Tous les entretiens ont été filmés et enregistrés avec trois caméras couvrant des angles différents ;

- enfin, les étudiants étaient réunis pour un debriefing général où une synthèse des principes de la sémiologie psychiatrique et de la conduite d'un entretien en psychiatrie leur était proposée. Les superviseurs de chaque groupe faisaient ensuite partager aux autres groupes les faits marquants des entretiens.

### 2.2. Mesures

#### 2.2.1. Questionnaire évaluant la difficulté et la capacité perçues à interroger les patients

Les étudiants ont répondu aux deux questions suivantes avant et après l'atelier, permettant d'évaluer leurs difficulté et capacité perçues vis-à-vis de l'interrogatoire sur le suicide : « Est-ce que vous pensez que c'est difficile de demander à un patient s'il veut se suicider ? » et : « Est-ce que vous vous sentez capable de demander à un patient s'il veut se suicider ? ». Ils ont reporté leurs réponses sur une échelle analogique de 1 [Oui] à 10 [Non]. Deux questions similaires, mais concernant les problèmes sexuels ont été complétées avant et après l'atelier : « Est-ce que vous pensez que c'est difficile de demander à un patient s'il a des problèmes sexuels (e.g., érection, baisse de libido) ? » et « Est-ce que vous vous sentez capable de demander à un patient s'il a des problèmes sexuels (e.g., érection, baisse de libido) ? ». La thématique de la sexualité a été choisie, car d'une part, elle génère beaucoup de gêne de la part des médecins et d'autre part, elle ne constituait pas la cible de l'entraînement. La comparaison des modifications avant/après des réponses à la thématique du suicide et celle de la sexualité avait pour but de nous indiquer si les modifications perçues concernaient spécifiquement le comportement entraîné. Enfin, une question supplémentaire a évalué l'implication des étudiants dans l'atelier (« Vous êtes-vous senti impliqué dans cet exercice ? »). L'implication des étudiants pouvant représenter un facteur déterminant dans la modification de la perception de la difficulté et de leur capacité à réaliser un entretien [4]. Ils ont également reporté leurs réponses sur une échelle analogique de 1 [Oui] à 10 [Non].

#### 2.2.2. Questionnaire évaluant l'apport théorique et pratique de l'atelier

L'apport théorique et pratique de l'atelier a été évalué par deux questions dont les réponses ont été rapportées sur une échelle analogique de 1 [Oui] à 10 [Non] : « Pensez-vous que cet exercice vous a amené une connaissance théorique supplémentaire ? » et

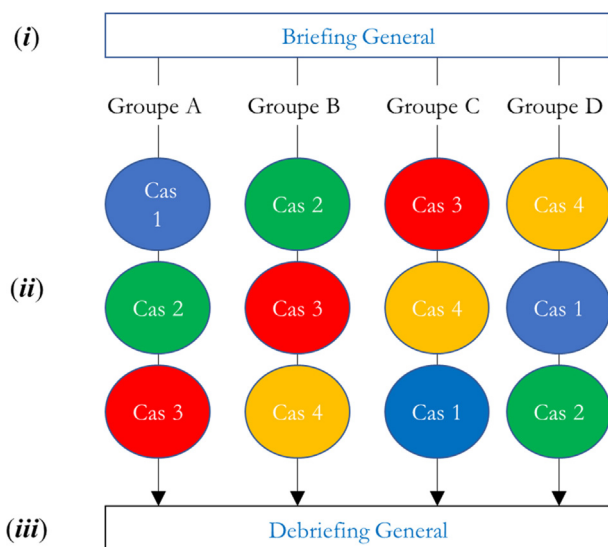


Fig. 1. Le déroulement de la demi-journée de l'atelier 2.

« Pensez-vous que cet exercice vous a amené une connaissance pratique supplémentaire ? ». Ces deux questions visaient à déterminer si les enseignements par simulation avec des patients standardisés pouvaient présenter un intérêt supplémentaire par rapport aux enseignements théoriques et pratiques reçus sur leurs lieux de stage (tous les étudiants étaient en stage de psychiatrie depuis plusieurs mois) et à la faculté (tous les étudiants avaient participé au module de psychiatrie).

### 2.2.3. Questionnaire de satisfaction

Enfin un questionnaire de satisfaction concernant l'organisation de l'atelier était rempli par les étudiants. Ce questionnaire concernait huit dimensions de l'enseignement : accueil des participants/intérêt de la thématique/gestion du temps/qualité de la méthode pédagogique/qualité de l'exposé théorique/disponibilité des formateurs/qualité du matériel/a répondu à mes objectifs. Ils ont reporté leurs réponses sur une échelle analogique de 0 [nul] à 4 [très bien]).

### 2.3. Analyse

Des analyses statistiques ont estimé la taille d'effet ( $d$  de Cohen [7]) des variations avant/après (scores avant – score après) des scores de chacune des quatre questions (c'est-à-dire, difficulté et capacité perçues vis-à-vis du suicide et de la sexualité).

## 3. Résultats

Au total, 281 étudiants en DFASM2 ont participé à un atelier de simulation sur la plateforme, c'est-à-dire, 87 % de l'ensemble des étudiants contactés. Sur un échantillon de 26 vidéos des ateliers, l'étudiant qui menait l'entretien a interrogé le patient sur ses idées suicidaires.

L'atelier a significativement diminué la difficulté perçue à réaliser l'évaluation des idées suicidaires ( $d$  de Cohen =  $-0,54$  [SD = 0,08] ;  $p$ -value < 0,001) ainsi que la capacité perçue par l'étudiant à réaliser une évaluation des idées suicidaires ( $d$  de Cohen = 0,32 [SD = 0,09] ;  $p$ -value < 0,001) (Fig. 2). L'atelier a significativement modifié la difficulté perçue à réaliser un interrogatoire des problèmes sexuels ( $d$  de Cohen =  $-0,32$  [SD = 0,08] ;  $p$ -value < 0,001) ;  $p$ -value = 0,8), mais pas la capacité perçue par l'étudiant à réaliser un interrogatoire des problèmes sexuels ( $d$  de Cohen = 0,13 [SD = 0,09] ;  $p$ -value = 0,14) (Fig. 3).

Les étudiants se sont sentis très impliqués dans l'exercice de simulation (moyenne = 1,8 [SD = 2,2]) et l'atelier leur a apporté une

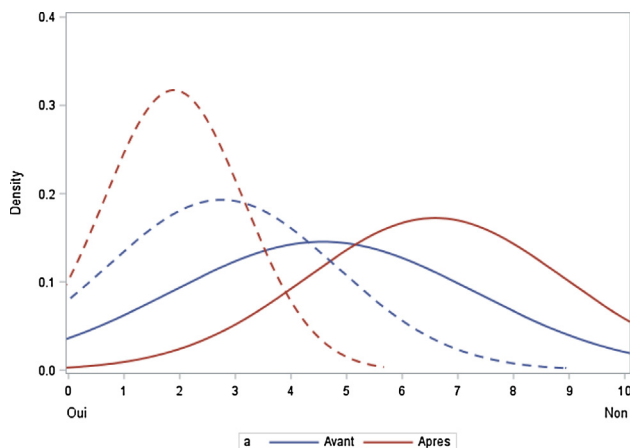


Fig. 2. Distribution des réponses aux questions concernant la difficulté perçue (en trait plein) et la capacité perçue (en pointillé) à interroger les patients sur leurs idées suicidaires.

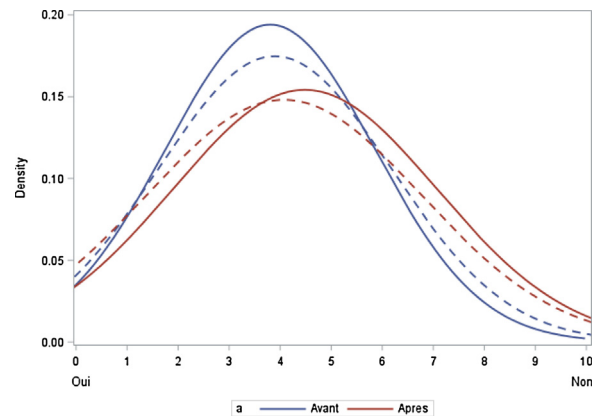


Fig. 3. Distribution des réponses aux questions concernant la difficulté perçue (en trait plein) et la capacité perçue (en pointillé) à interroger les patients sur leurs problèmes sexuels.



Fig. 4. Distribution des réponses aux questions concernant la satisfaction de l'atelier.

connaissance pratique (moyenne = 1,8 [SD = 2,1]) et dans une moindre mesure théorique (moyenne = 2,9 [SD = 2,5]) supplémentaire par rapport aux enseignements théoriques et pratiques reçus sur leurs lieux de stage et à la faculté. Enfin, ils étaient très satisfaits de l'organisation de l'atelier (Fig. 4).

## 4. Discussion

Cette étude souligne l'intérêt pédagogique d'un atelier de simulation avec des patients standardisés présentant des pathologies psychiatriques pour améliorer les compétences des étudiants en médecine concernant l'évaluation des idées suicidaires. L'atelier a diminué dans une plus large mesure la difficulté perçue à réaliser l'évaluation des idées suicidaires que la difficulté perçue à questionner le patient sur des problèmes sexuels (taille d'effet de  $-0,54$  versus  $-0,32$ ). L'atelier a modifié la capacité perçue par l'étudiant à réaliser un interrogatoire des idées suicidaires, mais pas des problèmes sexuels. Le schéma de cette étude (avant/après) comportait un risque important de biais de désirabilité sociale dans les questionnaires remplis par les étudiants (notamment, en répondant de manière plus conforme à ce qu'ils supposaient être les attentes des enseignants). Néanmoins, l'absence de modification de la capacité des étudiants à réaliser l'examen des problèmes sexuels ne valide pas cette hypothèse et peut être considérée

comme un indice d'un faible biais de désirabilité sociale dans cette étude.

Notre étude ne comprenait pas de groupe contrôle ; ces résultats ne nous permettent donc pas d'établir qu'un atelier de simulation avec des patients standardisés est une stratégie supérieure à d'autres formes d'enseignement. Les étudiants ont très majoritairement reconnu que l'atelier leur avait apporté une connaissance pratique et théorique supplémentaire par rapport aux enseignements théoriques et pratiques reçus sur leurs lieux de stage et en cours magistraux. Nous avons choisi de ne pas comparer l'intervention à une intervention contrôle, car il n'existe actuellement pas d'alternative à cet atelier de simulation qui mériterait une étude contrôlée. De futures études contrôlées pourraient être menées pour déterminer l'effet spécifique de certains outils possibles de l'atelier tels que l'utilisation de debriefing vidéo, l'intérêt de deux séances plutôt qu'une ou encore l'utilisation de checklist type ECOS pour le debriefing. La réalisation de telles études contrôlées nécessiterait un dispositif astucieux pour maintenir à l'aveugle. De futures études devront être menées à partir d'évaluations objectives des performances des étudiants (les évaluations étaient exclusivement subjectives dans cette étude, ce qui correspond au premier niveau d'évaluation des formations selon Kirkpatrick [12]) pour s'intéresser à la durabilité des apprentissages (qui pourra être évaluée lors d'atelier de simulation ultérieurs ou idéalement lors de leur pratique clinique avec de vrais patients en stage).

Au-delà des résultats de cette étude, l'utilisation de la simulation avec des patients standardisés nous a également semblé favoriser le travail collaboratif entre les étudiants, développer leur capacité à transmettre des retours équilibrés à leurs collègues, et promouvoir une attitude exploratoire ainsi qu'une réflexion critique sur la pratique médicale (le « jeu » permettant une distanciation réflexive). Enfin, nous avons pu également observer que les étudiants prenaient conscience qu'une alliance satisfaisante avec le patient permettait d'améliorer sensiblement la qualité de l'examen psychiatrique. En effet, la qualité du repérage des signes et symptômes touchant un domaine aussi intime que les idées suicidaires dépend largement du processus d'alliance s'installant entre le médecin et le patient [11].

En conclusion, cette étude fournit des éléments en faveur de l'utilisation de la simulation avec des patients standardisés dans le contexte spécifique de l'évaluation des idées suicidaires. De futures recherches pourraient utiliser un schéma similaire pour étudier l'intérêt de ce dispositif pédagogique pour modifier la perception que les étudiants ont de la difficulté et de leur capacité à réaliser d'autres actes utiles à la pratique clinique.

### Contribution des auteurs

HP, PAG, ST, PP et PFC ont conçu le design de l'étude, réalisé les évaluations cliniques et approuvé la version finale du manuscrit.

HP et PAG ont conçu les scénarii des ateliers de simulation avec des patients standardisés et coordonné l'organisation de cet enseignement de simulation.

HP a analysé les données et rédigé la version initiale du manuscrit.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe des enseignants superviseurs et patients standardisés des ateliers de formation à la conduite d'un

entretien psychiatrique (2016–2017) : Dr Adelaïde Tonus, Dr Anne-Sophie Lombardi, Dr Benoît Theuil, Dr Elisabeth Kiesmann, Dr Francois Naccache, Dr Julia Clarke, et Dr Sunthavy Yeim.

Les auteurs remercient l'équipe de la plateforme iLumens de l'Université Paris Diderot : Juliette Assouad, Sid Ahmed Remini et Isabelle Etienne.

### Annexe 1. Document supplémentaire. CAS 1 : épisode dépressif avec idées suicidaires scénarisées

#### Briefing : (communiqué aux étudiants avant d'entrer dans la salle d'examen).

Vous êtes psychiatre en libéral. X. Y., 26 ans, vous est adressée par un confrère médecin généraliste car elle présente une fatigue et une tristesse persistante depuis plusieurs mois. Votre secrétaire vous signale que son petit ami a insisté pour avancer le premier rendez-vous parce qu'elle est « au bout du rouleau ».

**Objectif de l'entretien :** (1) Apprécier la sémiologie de l'épisode dépressif. (2) Évaluer le risque suicidaire.

#### Antécédents :

- Aucun antécédent personnel.
- Antécédent familial de suicide chez un oncle paternel.
- Antécédent de dépendance à l'alcool chez le grand-père paternel.

#### Mode de vie :

- Vit en couple.
- Infirmière dans un EHPAD dans les Yvelines.
- Ne pas trop attirer l'attention de l'étudiant sur des événements de vie exceptionnels. Mettre plutôt en avant des ruminations que l'étudiant va percevoir comme étant banales et qui vont guider son évaluation sémiologique de la dépression : « le décès du chien de sa mère qui était vieux... pas sûr que son petit ami soit le bon choix pour elle... la perte récente de mon porte-monnaie je ne sais où. »

#### Histoire de la maladie :

- Depuis trois mois.
- Dérouter le syndrome complet de la dépression en commençant par les idéations dépressives, puis le manque d'énergie et le ralentissement psychomoteur, et enfin le trouble des conduites instinctuelles (baisse d'appétit, insomnie avec réveil matinal précoce, et baisse du désir sexuel « d'ailleurs mon mari n'en peut plus de mon manque de libido, il va finir par trouver ailleurs... »).
- Évoquer des idées autour de la mort assez spontanément. Énoncer des projets suicidaires si l'étudiant aborde clairement ce point. Un projet suicidaire avec du Doliprane qu'elle a accumulé depuis un mois maintenant « si dans trois semaines ça ne va pas mieux... Pour échapper à ce sentiment insupportable de tristesse et d'inutilité de sa vie... D'ailleurs ça serait plutôt un jeudi après-midi car mon compagnon rentre tard du foot ».

#### Attitude :

- Ralentissement psychomoteur généralisé. Visage hypomimique et fermé. Éviter les contacts visuels. Temps de latence important avant les réponses (possible perte des idées).
- Répondre aux questions avec un air de « de toute façon, vous ne pouvez rien pour moi... Je vous fais perdre votre temps... Je ne fais pas suffisamment d'effort pour aller mieux... Il faut que je pense à un reclassement professionnel ».

#### Symptomatologie :

- Sémiologie claire d'épisode dépressif d'intensité sévère. Ne pas orienter vers un trouble anxieux associé.

## Références

- [1] Abdool PS, Nirula L, Bonato S, Rajji TK, Silver IL. Simulation in undergraduate psychiatry: exploring the depth of learner engagement. *Acad Psychiatry* 2017;41:251-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-016-0633-9>.
- [2] Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med* 2008;5:229-35.
- [3] Bocquier A, Pambrun E, Dumesnil H, Villani P, Verdoux H, Verger P. Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners. *PloS One* 2013;8:e80797. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0080797>.
- [4] Cushman DP, McPhee RD. *Message - attitude - behavior relationship: theory, methodology and application*. Elsevier; 2013.
- [5] Dave S. Simulation in psychiatric teaching. *Adv Psychiatr Treat* 2012;18:292-8. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.110.008482>.
- [6] Ditton-Phare P, Sandhu H, Kelly B, Kissane D, Loughland C. Pilot evaluation of a communication skills training program for psychiatry residents using standardized patient assessment. *Acad Psychiatry* 2016;40:768-75. <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-016-0560-9>.
- [7] Ellis PD. *The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis and the interpretation of research results*. Cambridge University Press; 2010.
- [8] Fallucco EM, Conlon MK, Gale G, Constantino JN, Glowinski AL. Use of a standardized patient paradigm to enhance proficiency in risk assessment for adolescent depression and suicide. *J Adolesc Health* 2012;51:66-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.026>.
- [9] Fallucco EM, Hanson MD, Glowinski AL. Teaching pediatric residents to assess adolescent suicide risk with a standardized patient module. *Pediatrics* 2010;125:953-9. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-2135>.
- [10] Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press; 1962.
- [11] Geoffroy P, Fovet T, Benard V, Amad A. Examen clinique de l'adulte en psychiatrie. *EMC Psychiatr* 2017;14:1-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(17\)60724-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(17)60724-7).
- [12] Kirkpatrick DL. *Evaluating training programs: the four levels*. Berrett-Koehler; 1994.
- [13] Luebbert R, Popkess A. The influence of teaching method on performance of suicide assessment in baccalaureate nursing students. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2015;21:126-33. <http://dx.doi.org/10.1177/1078390315580096>.
- [14] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>.
- [15] Mathias CW, Michael Furr R, Sheftall AH, Hill-Kapturczak N, Crum P, Dougherty DM. What's the harm in asking about suicidal ideation? *Suicide Life Threat Behav* 2012;42:341-51. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x>.
- [16] McNaughton N, Ravitz P, Wadell A, Hodges BD. Psychiatric education and simulation: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 2008;53:85-93. <http://dx.doi.org/10.1177/070674370805300203>.
- [17] Observatoire national du suicide (ONS). *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2<sup>e</sup> rapport*. DREES; 2016.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. *Suicide data*. WHO; 2015 [Disponible sur : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)].
- [19] Organisation mondiale de la Santé. *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2015; 2017* [Disponible sur : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalCOD\\_method\\_2000\\_2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.pdf?ua=1)].
- [20] Simon RI. *Preventing patient suicide: clinical assessment and management*. American Psychiatric Pub; 2010.
- [21] Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into suicide. *Br Med Bull* 2011;100:101-21. <http://dx.doi.org/10.1093/bmb/ldr042>.