



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Formation à la gestion des situations d'agitation aiguë par
la simulation : revue de la littérature et état des lieux en France**

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2019 à 18h
Au Pôle Formation
Par Lauren Zouker

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Avertissement

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

Table des matières

RESUME	5
INTRODUCTION GENERALE	6
A) L'état d'agitation aiguë : généralités	6
1- Description clinique	6
2- Epidémiologie	11
B) Prise en charge de l'état d'agitation aiguë	13
1- L'approche relationnelle	16
2- L'approche médicamenteuse	19
3- Les mesures physiques	30
C) Conséquences potentielles des états d'agitation aiguë et liens avec la notion de violence ...	33
D) Etat d'agitation aiguë : la formation des équipes de soin	38
1- L'importance de la formation des équipes	38
2- Limites de la formation théorique	45
E) L'enseignement basé sur la simulation	46
1- Définition de la simulation médicale	46
2- La simulation médicale en pratique	47
3- Les différents types de simulation	51
4- Intérêt des formations centrées sur la simulation	57
PARTIE I : Revue systématique de la littérature internationale sur l'enseignement par la simulation dans la formation à la gestion des états d'agitation aiguë	62
INTRODUCTION	62
METHODE	62
RESULTATS	64
A) Essais contrôlés	70
B) Essais non contrôlés	71
DISCUSSION	77
A) Avantages	78
B) Limites	79
C) Implications	80
CONCLUSION	81
PARTIE II : Etat des lieux de l'enseignement à la gestion des états d'agitation aiguë par la simulation en France	82
INTRODUCTION	82
METHODE	82
RESULTATS	83
A) Utilisation de la simulation pour l'enseignement de la psychiatrie	85

B) Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aigüe	90
DISCUSSION	103
CONCLUSION	104
PARTIE III : Programme APESAA : apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aigüe	105
1- Public ciblé.....	105
2- Composition de l'équipe pédagogique	105
3- Type de simulation.....	106
4- Construction du programme	106
5- Objectifs spécifiques de la formation.....	108
6- Programme	108
CONCLUSION GENERALE	116
ANNEXE.....	117
Questionnaire sur l'utilisation de la simulation dans les états d'agitation aigue.....	117
LEXIQUE	122
BIBLIOGRAPHIE	123

RESUME

Contexte : L'état d'agitation est une urgence comportementale aiguë qui nécessite une prise en charge visant à contrôler les symptômes et à réduire le risque de blessures pour le patient ou d'autres personnes. Cette prise en charge nécessite des compétences spécifiques et des prises de décision rapides dont les méthodes d'enseignement classiques ne permettent que difficilement l'acquisition. Dans ce contexte, la formation médicale par la simulation apparaît comme un outil pédagogique intéressant et pertinent.

Méthode : Ce travail repose sur une revue de la littérature internationale et une enquête réalisée auprès de l'ensemble des centres de simulation français afin d'élaborer un projet de formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë par la simulation. Les objectifs de la revue de la littérature étaient de s'interroger sur l'efficacité de ces programmes et de décrire précisément les programmes efficaces identifiés. L'objectif de notre enquête était d'identifier les centres proposant une formation spécifique pour la gestion de l'état d'agitation aiguë et de décrire ces formations.

Résultats : Sept études (dont une seule était contrôlée) abordant l'enseignement par la simulation dans la gestion des états d'agitation aiguë ont été identifiés. Les résultats suggèrent que la formation par simulation est simple à mettre en place, bien tolérée et efficace. Par ailleurs, malgré le faible taux de réponses à notre enquête (12%), les informations recueillies nous ont permis d'identifier différents points communs concernant les formations déjà établies.

Conclusion : Notre travail de thèse a permis de proposer un projet d'enseignement par la simulation pour la gestion des états d'agitation aiguë. Ce programme APESAA (apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aiguë) devra faire l'objet d'une évaluation rigoureuse dans de futurs travaux.

INTRODUCTION GENERALE

A) L'état d'agitation aigüe : généralités

1- Description clinique

L'état d'agitation aigüe (EAA) se définit en milieu médical comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel (1). D'après le DSM-5, cet état est caractérisé par « *une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en générale improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirer ses vêtements, l'incapacité de tenir assis* » (2).

Il est habituel de distinguer les états d'agitation cohérents, appelés réactionnels, des états d'agitation incohérents, souvent symptomatiques d'une affection sous-jacente, psychiatrique ou non (1).

Dans le cadre des agitations cohérentes (1), l'agressivité est souvent au premier plan, caractérisée par des manifestations de violence dirigées contre soi, des objets ou des personnes. Il est observé fréquemment une hyper vigilance, des gestes brusques et des réactions posturales exagérées. La colère, l'angoisse ou la frustration peuvent dépasser les capacités de régulation émotionnelle du sujet. Certains facteurs favorisants sont observés tels qu'une tendance à l'impulsivité, une régulation émotionnelle fragile ou une faible anticipation des conséquences des actes. Dans ce type d'agitation, la dimension relationnelle est évidente, notamment lorsque l'entourage vient accentuer le vécu de colère ou de frustration.

Dans les états d'agitation incohérente (1), il est observé des conduites de déambulation, de brusques variations de l'activité motrice sans but relationnel, une bizarrerie de contact. Sur le plan psychique, l'angoisse est souvent majeure, accompagnée d'une irritabilité, d'un vécu onirique et menaçant. Certaines situations peuvent témoigner d'une agitation « *intérieure* » isolée qui ne s'accompagne pas forcément d'un retentissement comportemental. En effet, une forte anxiété avec hyperactivité improductive de la pensée peut se traduire par une sidération anxieuse (2). L'agitation doit être distinguée de l'hyperactivité, dans laquelle la motricité est orientée vers un but.

Les causes potentielles d'un état d'agitation aiguë sont nombreuses. Selon la fréquence des étiologies et le contexte épidémiologique, trois situations fréquentes peuvent être distinguées (2) :

- ✓ L'état d'agitation survient de manière aiguë chez une personne âgée.
- ✓ L'état d'agitation survient chez un sujet jeune, sans antécédent connu
- ✓ L'état d'agitation survient de manière aiguë chez un patient aux antécédents psychiatriques connus.

• *Les causes non psychiatriques :*

Elles doivent toujours être recherchées en priorité, notamment chez le sujet âgé.

Une iatrogénie doit également toujours être évoquée.

Le **Tableau 1** présente les causes non psychiatriques les plus fréquentes.

Tableau 1. Causes non psychiatriques de l'état d'agitation aigue

Neurologiques	Métaboliques	Cardiologiques	Autres étiologies
Méningite, méningo-encéphalite	Hypoglycémie	Etat de choc	Douleur
Accidents vasculaire cérébraux	Troubles hydro électrolytiques	Embolie pulmonaire	Globe vésical, fécalome
Masses intracrâniennes	Hyperthermie	Infarctus du myocarde	Traumatisme méconnu
Epilepsie	Hypoxie, hypercapnie		
Hémorragie méningée	Hyperthyroïdie		

• *Les intoxications aiguës :*

L'alcool représente la première cause d'agitation ; les manifestations hallucinatoires et/ou délirantes peuvent être au premier plan.

L'abus de stupéfiants, de médicaments et les sevrages sont souvent en cause, de façon isolée ou associés entre eux (3).

• *Les causes psychiatriques chez l'adulte (4) :*

- ✓ L'accès maniaque : l'agitation est intense avec euphorie, désinhibition, idées de grandeur, logorrhée, familiarité.
- ✓ La bouffée délirante aiguë (BDA) correspond à l'apparition d'idées délirantes polymorphes, multi-thématiques en quelques jours ou semaines. La BDA peut

correspondre dans le DSM au trouble psychotique bref ou à l'épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques. Il s'agit d'un concept ancien encore très utilisé en France mais non reconnu dans les classifications internationales.

- ✓ La schizophrénie associe un syndrome de désorganisation, un syndrome positif et un syndrome négatif. Le contact est froid, des conduites imprévisibles existent.
- ✓ Le délire chronique de persécution est caractérisé par un thème délirant marqué par le fait que le sujet se sent menacé, suivi par une personne (on parle de persécuteur désigné) ou un ensemble de personnes.
- ✓ La psychopathie (= trouble de personnalité antisociale) se caractérise par une impulsivité, une tendance au passage à l'acte, une absence de culpabilité, une incapacité à se conformer aux normes sociales, des transgressions répétées des droits d'autrui, pour en obtenir des bénéfices souvent immédiats.
- ✓ L'attaque de panique se caractérise par une crise d'angoisse brutale.

Le **Tableau 2** présente les causes psychiatriques les plus fréquentes à rechercher.

Tableau 2. Causes psychiatriques de l'état d'agitation aigüe

Etiologies psychiatriques	Clinique
Accès maniaque	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Euphorie ✓ Désinhibition ✓ Idées de grandeur ✓ Logorrhée ✓ Familiarité
Bouffée délirante aigüe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idées délirantes polymorphes, multi-thématiques d'apparition en quelques jours ou semaines ✓ Trouble psychotique bref ou épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques
Schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Syndrome de désorganisation ✓ Syndrome positif et négatif ✓ Contact froid
Délire de persécution	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sujet se sent menacé ✓ Persécuteur désigné ou ensemble de personnes
Psychopathie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impulsivité, tendance au passage à l'acte ✓ Absence de culpabilité ✓ Transgressions répétées des droits d'autrui
Attaque de panique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anxiété généralisée au premier plan, survenue brutale

2- Epidémiologie

L'état d'agitation aiguë représente 1% des admissions aux urgences (1) et 10 à 15% des consultations psychiatriques d'urgence (2). Chez les hommes, l'agitation concerne plus fréquemment la tranche d'âge de 25 à 35 ans, alors qu'en ce qui concerne les femmes, la répartition est bimodale (25 à 35 ans et 75 ans et plus).

Une étude fait apparaître une fréquence plus importante des incidents pendant la journée et une rareté des incidents pendant la nuit (5) : des données sur les heures des incidents suggèrent une fréquence plus importante des incidents le matin. Les incidents paraissent plus fréquents pendant la semaine que pendant le week-end avec un « pic » en début de semaine (lundi à mercredi) (5).

L'urgence psychiatrique (voir **Lexique**) dans le cadre de l'état d'agitation aiguë recouvre en réalité trois grandes catégories d'états cliniques. Premièrement, et de manière la plus logique, il peut exister une urgence psychiatrique « pure », de par la décompensation aiguë d'une affection psychiatrique caractérisée. Deuxièmement, on peut décrire des situations dites « mixtes », regroupant les personnes présentant des manifestations à la fois psychiatriques et non psychiatriques. En dernier lieu, on peut évoquer les situations d'états d'agitation aiguë transitoires caractérisées par des réactions émotionnelles intenses pouvant survenir chez des personnes présentant un terrain psychologique vulnérable ou fragilisé, le plus souvent dans des contextes de stress, à la suite d'événements, de conflits (6).

Les objectifs de l'examen psychiatrique aux urgences (6) apparaissent similaires à ceux d'un entretien « classique » : évaluation diagnostique, évaluation du risque auto- et hétéro-agressif, travail précoce de l'alliance thérapeutique et proposition

d'une prise en charge. Toutefois, cet examen comporte un certain nombre de contraintes spécifiques, notamment temporelles puisqu'il est demandé au clinicien d'établir un diagnostic et de proposer une orientation dans un temps souvent limité.

Une autre particularité importante dans l'examen d'urgence de l'état d'agitation aiguë (6), est que parfois, la demande de soins n'émane pas du patient lui-même mais de l'entourage (famille, amis, etc.) ou des équipes ayant prodigué les soins de premier secours (pompiers, par exemple, lorsque le patient est retrouvé sur la voie publique). L'entretien peut alors être compliqué par un comportement d'opposition du sujet. De ce fait, un élément indispensable à cette évaluation est l'interrogatoire des proches qui pourra apporter des éléments cliniques importants. C'est d'ailleurs souvent auprès d'eux qu'il est plus aisé de recueillir les antécédents, les chronologies et lieux d'installation, d'éventuelles ordonnances médicamenteuses ou des modifications thérapeutiques récentes ainsi que les coordonnées du patient et des personnes ressources si l'entretien du patient n'avait pu permettre de récolter ces données. L'interrogatoire de la famille permettra par ailleurs de préciser des éléments anamnestiques demeurés flous mais aussi d'évaluer l'étayage de l'environnement familial (ce qui pourra parfois constituer un élément d'orientation pour la prise en charge).

Les étiologies, parfois intriquées, sont psychiatriques dans 62% des cas, liées à une pathologie non psychiatrique dans 25% des cas ou à une intoxication aiguë dans 25% des cas (1).

La part des étiologies psychiatriques décroît avec l'âge.

B) Prise en charge de l'état d'agitation aigue

La prise en charge de l'état d'agitation aigüe est une urgence médicale avec un risque important d'aggravation en cas de retard thérapeutique. Cette situation clinique est souvent mal vécue lorsqu'elle survient dans un contexte où la charge de travail est importante, avec une équipe médicale et soignante insuffisamment formée.

De ce fait, des protocoles de désescalade verbale ont été mis au point (7) avec comme objectifs principaux la sécurité du patient et des autres personnes présentes, l'aide à la reprise du contrôle sur ses émotions et son comportement pour le patient, et l'évitement des mesures de contention mécanique ou toute autre mesure coercitive. Des outils de mesure ont par ailleurs été développés afin de repérer les premiers signes de l'agitation et de mesurer l'impact symptomatique des mesures mises en place tant relationnelles que pharmacologiques (par exemple, la *Behavioural Activity Rating Scale*, BARS) (8) (voir **Tableau 3**).

Tableau 3. Behavioural Activity Rating Scale (BARS) (8) et proposition de traduction française

1 Difficult or unable to rouse	1 Difficile ou impossible à réveiller
2 Asleep but responds normally to verbal or physical contact	2 Endormi mais répond normalement au contact verbal ou physique
3 Drowsy, appears sedated	3 Somnolent, paraît sédaté
4 Quiet and awake (normal level of activity)	4 Calme et éveillé (niveau normal d'activité)
5 Signs of overt (physical or verbal) activity, calms down with instructions	5 Signes d'activité manifeste (physique ou verbale), se calme sur instruction
6 Extremely or continuously active, not requiring restraint	6 Extrêmement ou continuellement agité, mais ne nécessitant pas de mise sous contrainte
7 Violent, requires restraint	7 Violent, nécessitant une mise sous contrainte

Lors de l'examen initial, l'indication d'une hospitalisation sans consentement doit également être évaluée. Ce sera le cas s'il existe un trouble mental rendant impossible le consentement aux soins ainsi qu'une nécessité de prise en charge immédiate et d'une surveillance constante en milieu hospitalier, ceci en l'absence de toute pathologie non psychiatrique aiguë qui justifierait une prise en charge préalable. L'instauration d'une mesure de soins sans consentement relève :

- D'une décision du directeur de l'établissement d'accueil : pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SPDT/SPDTU), soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI),
- D'un arrêté du représentant de l'Etat pour les soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Les soins sans consentement sont régis par la loi de juillet 2011, modifiée par la loi de septembre 2013, et sont applicables dans des situations cliniques précises (2). Ils nécessitent obligatoirement que deux conditions soient réunies :

- Un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière,
- Le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement.

Les objectifs de la prise en charge sont de diminuer le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, de permettre une meilleure acceptation de la prise en charge et de faciliter le bilan étiologique (1).

L'état d'agitation aiguë est fréquemment lié à des troubles non psychiatriques imposant une hiérarchisation de la prise en charge (1). Lors de l'examen clinique, la priorité est d'éliminer les symptômes de gravité mettant en jeu le pronostic vital, tels qu'un syndrome confusionnel, des symptômes de déshydratation, de troubles hydro

électrolytiques, de sepsis, de choc cardiovasculaire ou de détresse respiratoire aiguë. L'examen physique, s'il est possible, doit permettre de rechercher les symptômes non psychiatriques associés (neurologiques, cardiologiques, métaboliques ou infectieux) (Voir **Tableau 1**).

Le traitement en urgence repose sur une approche relationnelle et une approche médicamenteuse. La prévention du risque de passage à l'acte auto et/ou hétéro agressif doit être systématique.

1- L'approche relationnelle

L'abord relationnel permet dans de nombreux cas de désamorcer l'état d'agitation aiguë. La désescalade a été définie comme l'utilisation de techniques comprenant des compétences de communication verbale et non verbale visant à désamorcer la colère et à faire cesser l'agression (9). Il s'agit d'une approche permettant de gérer les comportements agressifs et violents de manière plus humaine qui est sans doute plus digne et moins coercitive que les interventions physiques. La désescalade implique également l'utilisation d'expressions verbales et physiques d'empathie, la création d'une alliance thérapeutique et l'établissement de limites non conflictuelles fondées sur le respect (10), permettant ainsi de prévenir un éventuel passage à l'acte, auto ou hétéro agressif.

L'état d'agitation aiguë marque une rupture avec l'état antérieur du patient, et l'approche relationnelle doit privilégier (2):

- ✓ Rappel du cadre de soins.

- ✓ Installation dans un lieu calme, une chambre éclairée, mais non isolé afin de permettre une intervention rapide si nécessaire.
- ✓ Utilisation d'un ton calme, de phrases courtes et d'un vocabulaire simple.
- ✓ Prévention des risques d'auto et d'hétéro agressions par une mise à distance des facteurs favorisants (objets dangereux, éloignement de l'entourage).
- ✓ Invitation à verbaliser ses émotions.

Cette approche relationnelle doit viser une acceptation des soins. Apprendre à gérer sa contre attitude permet dans de nombreux cas de trouver la juste distance permettant l'instauration d'une relation (1). Tout passage à l'acte doit être clairement découragé et ses conséquences anticipées.

Plusieurs modèles de stratégies de désescalade ont été décrits (10), mais les preuves de leur efficacité en terme de prévention et de réduction de l'état d'agitation aiguë sont faibles (11). Gaynes et al. (11) ont constaté dans leur revue systématique que, s'il existait un risque de comportement violent, des approches multimodales telles que les «*Six stratégies de base*» pourraient potentiellement réduire le recours à une mesure physique (contrainte et isolement). Les «*six stratégies principales*» ont été élaborées et appuyées par l'*Association nationale des directeurs de programmes de santé mentale* des États-Unis (12) pour prévenir les états d'agitation aiguë :

- L'une des stratégies centrales concerne l'engagement de la direction de l'établissement, telle que le directeur général ou le médecin chef de service / cadres infirmiers. Leur objectif doit être une orientation vers une vision, une attitude et un plan visant à réduire le recours à des mesures physiques.

- La deuxième stratégie consiste à utiliser des données pour éclairer la pratique, telles que la surveillance du taux d'isolement et de contention des unités.
- La troisième stratégie est axée sur le développement et la formation des équipes. La formation implique, entre autres, l'exploration de règles plus appropriées au sein des services (exemple des salles fermées qui ne sont plus adaptées).
- La quatrième stratégie concerne l'utilisation d'outils de prévention et d'évaluation.
- La cinquième stratégie concerne l'inclusion des patients eux-mêmes dans les stratégies d'amélioration ou les comités des établissements. L'inclusion de membres de la famille ou de pairs est également recommandée.
- La dernière stratégie met l'accent sur les techniques de compte rendu visant à réduire les effets traumatisants des mesures coercitives pour les patients et le personnel. Ces débriefings doivent permettre d'aborder avec le personnel soignant, des questions précises, et d'explorer des facteurs déclenchant potentiels (par exemple, « *l'individu était-il inquiet pour quoi que ce soit ?* » Ou « *l'individu a-t-il dû attendre un temps démesuré pour quelque chose qu'il voulait ?* ») (13).

En Allemagne et en Suisse, le concept *ProDeMa*® fournit aux professionnels de la santé des lignes directrices pratiques pour faire face à l'état d'agitation aigüe (14). La ligne directrice vise à définir les interventions de désescalade et à développer une approche professionnelle. Comme dans les « *six stratégies principales* », il existe différentes étapes de désescalade (10) :

- La première étape est la prévention de l'état d'agitation aiguë : elle consiste à entrer en contact avec une personne donnée ou à attirer son attention. *ProDeMa*[®] souligne que sans contact, la désescalade ne peut pas se produire. Entrer en contact signifie poser des questions sur les souhaits et les besoins de la personne.
- La deuxième étape a pour but de changer ses propres représentations de l'état d'agitation aiguë avant de réagir.
- La troisième phase consiste en une compréhension des causes. L'art n'est pas de demander « *pourquoi* » mais par exemple, « *ce qui aiderait* ».

La prise en charge relationnelle est une obligation médicale, mais aussi médico-légale, puisque que l'utilisation d'une contention chimique ou physique ne peut se justifier qu'après échec d'une prise en charge relationnelle (2).

2- L'approche médicamenteuse

Dans le cas où l'approche relationnelle a échoué, un traitement médicamenteux doit être proposé. Le traitement médicament doit être étiologique et curatif lorsqu'il existe une cause non psychiatrique.

La gestion des états d'agitation aiguë constitue une problématique courante dans les services d'urgences. Malgré leur fréquence, des lacunes persistent quant à la prise en charge médicamenteuse à adopter en urgence. En effet, les études cliniques visant à comparer l'efficacité et la tolérance des traitements médicamenteux pour traiter les états d'agitation aiguë sont rares (15). De plus, la diversité des méthodes

d'étude employées et la faible taille des groupes de patients rendent peu généralisables les données qui en sont issues, donnant lieu à des prise en charge très hétérogènes en termes de prescription (15).

Contrairement aux protocoles précis établis pour la prise en charge urgente de pathologies non psychiatriques, telles que les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux, les états d'agitation survenant dans les services d'urgences font l'objet de prises en charge variées en ce qui concerne les médicaments utilisés. Leur administration par voie orale ou intraveineuse est souvent irréalisable pour les patients agités et difficiles à contenir (16) (17) (18) (19). Par conséquent, le traitement privilégié est le traitement par voie intramusculaire (IM), qui peut être délivré malgré l'état d'agitation. Jusqu'à présent, aucune molécule n'a montré de supériorité en termes d'efficacité pour le traitement des agitations toutes causes confondues (16) (20). Les produits utilisables par voie IM dans ce contexte sont les benzodiazépines (BZD), les antipsychotiques de première génération (AP1) et les antipsychotiques de deuxième génération (AP2) avec, au sein de chaque classe, différentes molécules disponibles (20) (voir **Tableau 4**). En l'absence de protocole établi, l'utilisation de ces molécules, seules ou en association, se fait selon des schémas très variables en fonction des praticiens. Des différences de disponibilités des produits entre les pays contribuent également à diversifier les pratiques (indisponibilité du lorazépam par voie IM en France par exemple) (15).

a) Benzodiazépines

L'utilisation des BZD est fréquente pour leur effet anxiolytique et sédatif, qui concoure à diminuer le sentiment de tension interne caractérisant les patients agités.

Cet effet résulte de l'action facilitatrice des BZD sur la neurotransmission d'acide gamma-aminobutyrique (GABA), principal neurotransmetteur inhibiteur (20). Parmi les molécules utilisées, le lorazépam constitue le traitement de référence, en raison de sa très bonne tolérance et de sa courte demi-vie (10 à 20 h) (18). De plus, c'est la seule BZD parfaitement absorbée après une administration par voie IM, et qui ne produit pas de métabolite actif au cours de son élimination (21). Il est cependant à noter que la forme injectable du lorazépam n'est pas commercialisée en France. Plus récemment, différents auteurs ont suggéré l'utilisation du midazolam, qui permet une anxiolyse très rapide, avec un délai d'action inférieur à 1 min et une courte durée d'action (1 à 2 h) (16). Néanmoins, ce traitement est particulièrement sédatif, et du fait du risque de dépression respiratoire, nécessite une surveillance rapprochée et monitorée, rendant son utilisation rare et spécifique. De manière générale, les BZD sont très bien tolérées ; les rares effets secondaires décrits étant les réactions paradoxales ou les dépressions respiratoires. De plus, leur rapidité d'action et leur demi-vie relativement faible permettent des temps d'évaluation clinique rapprochés, peu entravés par l'effet des agents pharmacologiques reçus, et une adaptation rapide de la prise en charge (15).

Le **Tableau 5** présente un récapitulatif et un comparatif de l'utilisation des benzodiazépines dans la gestion de l'état d'agitation aiguë (3).

b) Antipsychotiques de 1^{ère} génération

Les AP1 sont utilisés dans le traitement de l'état d'agitation aiguë pour leur effet anti-anxiogène par diminution de la transmission dopaminergique cérébrale (18). Parmi eux, l'halopéridol est le plus fréquemment utilisé, du fait des moindres effets

secondaires engendrés comparativement aux autres médicaments de la même classe (18) (22). L'halopéridol a été largement prescrit dans le traitement des états d'agitation aiguë en raison de son efficacité, de sa facilité d'utilisation et de titration, et de sa disponibilité sous plusieurs formes galéniques (22). L'utilisation de l'acétate de zuclopenthixol, actif durant deux à trois jours, pourrait permettre de diminuer le nombre d'injections. Toutefois, il n'a été montré aucune preuve de supériorité en termes d'efficacité ou de tolérance de cette molécule par rapport aux autres AP1 (23). Comparativement aux benzodiazépines, les AP1 ont une demi-vie plus longue. Bien qu'une longue durée d'action puisse entraver le suivi de l'évolution clinique du patient, celle-ci est parfois recherchée afin d'éviter les injections multiples. Néanmoins, les AP1 sont à l'origine d'effets secondaires plus fréquents que ceux induits par les benzodiazépines. Ce sont essentiellement l'hypotension, les symptômes extrapyramidaux (*voir lexique*), l'akathisie (*voir lexique*), et plus rarement les troubles du rythme cardiaque et le syndrome malin des neuroleptiques (*voir lexique*) (15).

c) Antipsychotiques de 2^{ème} génération

Ces molécules sont, comme les AP1, des antagonistes dopaminergiques, mais ont également des propriétés antagonistes sur d'autres types de récepteurs, en particulier sérotoninergiques (20). Le développement récent des AP2 a ajouté une nouvelle dimension dans la prise en charge des épisodes d'état d'agitation aiguë psychiatrique. Les différentes études montrent que ces traitements ont une efficacité comparable à celle des AP1, avec moins d'effets secondaires (19) (20). Cette meilleure tolérance a un intérêt majeur pour l'observance à moyen et long terme, surtout si un traitement au long cours est envisagé avec le même type de molécule.

Cependant, encore aujourd'hui, ces produits ne constituent pas le traitement de référence dans les services d'urgence, probablement en raison de la titration progressive recommandée, mal adaptée à ces situations (19), mais aussi à cause de leur coût plus élevé (24). Les molécules disponibles par voie IM sont la ziprasidone, l'olanzapine et l'aripiprazole. La ziprasidone a une demi-vie courte (2 à 4h), à l'inverse de l'olanzapine dont la demi-vie est comparable à celle de l'halopéridol (30h). Par ailleurs, l'utilisation de l'olanzapine est associée à un risque de dépression respiratoire qui rend son administration incompatible avec celle des benzodiazépines (20). Enfin, l'aripiprazole reste modérément utilisée du fait de son délai d'action plus tardif (1 à 3h) et de sa longue demi-vie (75h). Une étude publiée en 2003, rapportait que les comités d'experts considéraient le lorazépam et l'halopéridol plus efficaces pour diminuer l'agitation que les AP2 (15) (19).

Le **Tableau 6** présente un récapitulatif et un comparatif de l'utilisation des antipsychotiques dans la gestion de l'état d'agitation aiguë (3).

d) Recommandations dans le choix du traitement

Les données scientifiques en termes d'efficacité et de rapidité d'apaisement des patients agités, par des traitements disponibles par voie IM sont très limitées (25). Des Comités d'experts ont donc émis des recommandations sur les traitements psychotropes à utiliser dans les situations d'état d'agitation aiguë liées à des troubles psychiatriques (*Expert Consensus Guidelines for the treatment of Behavioral Emergency* (19), *Psychiatry Emergency Research Collaboration* (16), *American Association for Emergency Psychiatry* (20)). Les Comités d'experts reconnaissent l'efficacité des antipsychotiques et des benzodiazépines, seules ou en association

(19) (22). En l'absence de toute information, ces derniers recommandent l'utilisation d'une benzodiazépine. En cas de nécessité d'un traitement par antipsychotiques, ils recommandent l'olanzapine en première intention. En cas d'utilisation de l'halopéridol, ils préconisent l'ajout d'une benzodiazépine. De même, si le traitement initié est inefficace, ils suggèrent également l'ajout d'une benzodiazépine, sauf si la molécule utilisée est l'olanzapine. Ainsi, des lignes directrices ont été proposées ; néanmoins, il n'apparaît pas de protocole précis de démarche à suivre concernant les traitements injectables dans la gestion de l'état d'agitation aiguë (15). Pour les comités d'experts, les facteurs influençant le choix du traitement seraient essentiellement la disponibilité de la forme IM du produit et la rapidité d'action (19). Ainsi, en termes de molécule, l'utilisation du lorazépam, du midazolam et de l'halopéridol est recommandée (15) (19).

La **Figure 1** représente un arbre décisionnel pour le choix de la sédation recommandée selon le contexte de l'état d'agitation aiguë.

Tableau 4. Molécules utilisées par voie intramusculaire dans le traitement des patients présentant un état d'agitation aigüe aux urgences (tiré de (15))

	Posologie (mg)	Début d'action	Pic plasmatique	Demi-vie	Durée d'action
Lorazépam	0,5–2	2–3 min	30 min–4 h	10–20 h	8–10 h
Midazolam	5	< 1 min	30 min	1h30–2h30	1–2 h
Halopéridol	2,5–15	-	20 min	12–36 h	24 h
Zuclopenthixol acétate	50	2 h	36 h	-	2–3 j
Ziprasidone	10–20	15–30 min	30–45 min	2–4 h	-
Olanzapine	2,5–10	-	15–45 min	30 h	24 h
Aripiprazole	5,25–15	-	1–3 h	75 h	-

**Tableau 6. Utilisation des antipsychotiques dans la gestion de l'état d'agitation aiguë:
tableau récapitulatif et comparatif (tiré de (3))**

	Inconvénient	Posologie initiale	Posologie sujet âgé	AMM enfant Posologie enfant
Loxapine		50-200 mg	50 mg	Utilisé hors AMM chez l'adolescent à la dose de 25 mg IM
Cyamémazine	Risque d'allongement du QT, de chute de la PA	50 mg		PO : 0,5 à 1 mg/kg renouvelable IM : 20 à 30 mg
Dropéridol		50 mg IM	Réduire la posologie chez la personne âgée et l'adolescent	
Halopéridol		2 à 10 mg PO/IM/IV	0,125 à 0,5 mg	PO : 0,02 à 0,2 mg/kg Pas d'administration IM ou IV
Lévomépromazine		50 mg		PO : 1 mg/kg Pas d'administration IM
Tiapride		200 à 300 mg IM	Posologie augmentée progressivement : 50 mg, maximum 300 mg/j Intéressant car effets extrapyramidaux modérés	100 à 150 mg/j Pas d'administration IM

Olanzapine	Risque de dépression respiratoire lors de l'association à une BZD, d'accident vasculaire cérébral chez les sujets âgés	10 mg IM	Hors AMM Adolescent, dose moyenne : 9 mg IM Enfant : 6 mg IM
Ziprazidone	Non commercialisé en France Augmente plus facilement l'espace QT que les autres AP2	20 mg IM	Pas d'AMM Adolescent, dose moyenne : 19 mg IM Enfant 15 mg IM
Rispéridone	Moins sédatif que les autres AP2	1 à 2 mg PO	AMM <50 kg : 0,25 mg PO >50 kg : 0,5 mg PO

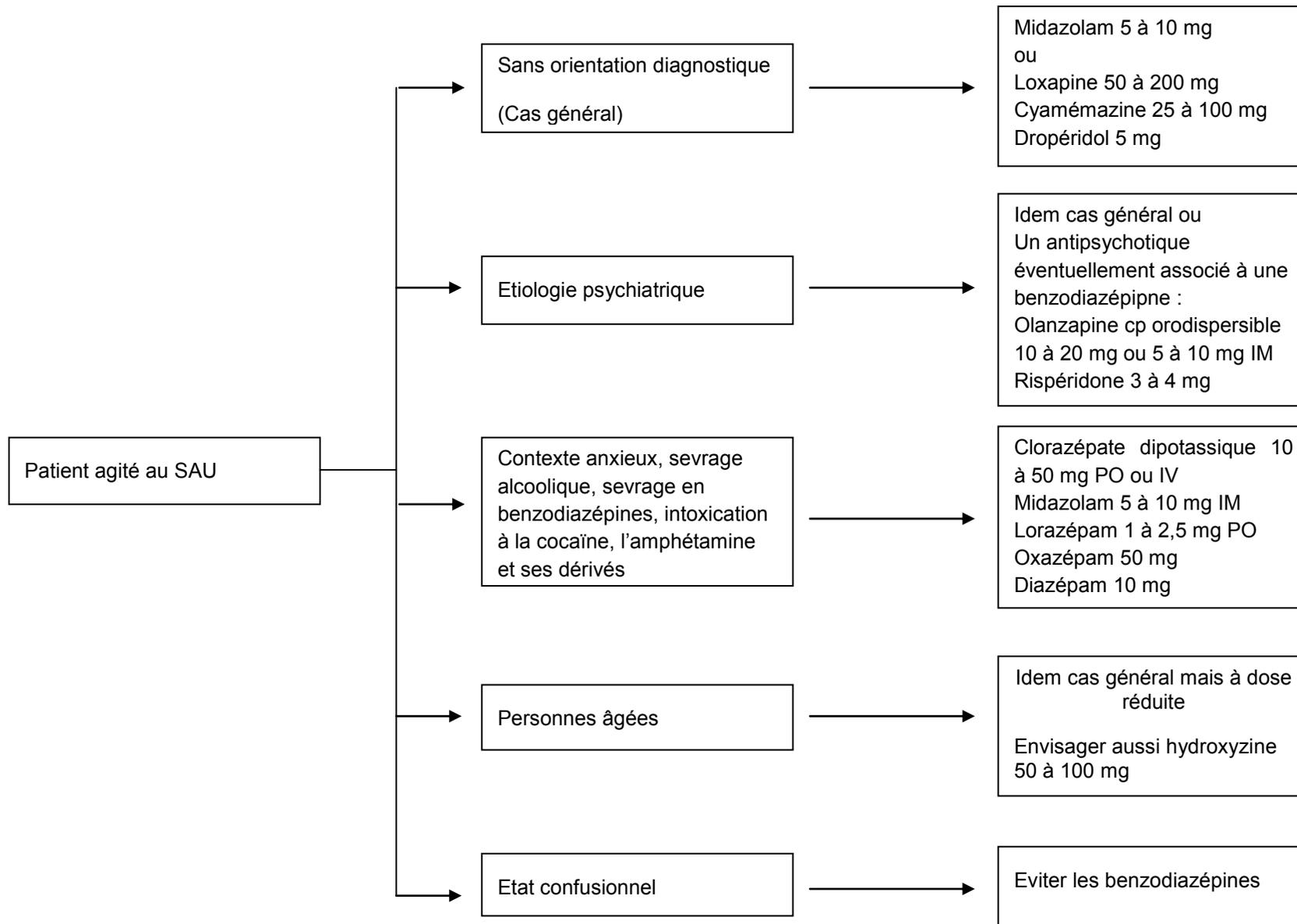
AMM: autorisation de mise sur le marché, PO : per os, IM : intra musculaire, IV : intra veineuse, PA : pression artérielle

**Tableau 5. Utilisation des benzodiazépines dans la gestion de l'état d'agitation aigüe:
tableau récapitulatif et comparatif (tiré de (3))**

	Inconvénient	Posologie	Sujet âgé Posologie initiale	AMM enfant Posologie enfant
Midazolam		5 mg ou 0.10 mg/kg IM		IM : 0,05 à 0,015 mg/kg
Clorazépate dipotassique	½ vie très longue de 30 à 150 h	50 à 100 mg PO ou 10 mg/min en titration par voie IV		Pas d'AMM
Diazépam	½ vie très longue de 30 à 150 h	PO : 5 à 10 mg IM ou IV : 0,1 à 0,2 mg/kg		Pas d'AMM
Lorazépam		0,5 à 2 mg IV 4 mg IM	0,5 à 1,25 mg	Pas d'AMM

AMM: autorisation de mise sur le marché, PO : per os, IM : intra musculaire, IV : intra veineuse

Figure 1. Arbre décisionnel, sédation dans la gestion de l'état d'agitation aiguë en fonction du contexte (tiré de (3))



3- Les mesures physiques

On en distingue deux types : l'isolement et la contention.

L'isolement (26) consiste en un placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécanique (26) :

- Contention *physique* (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- Contention *mécanique* : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

Les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) de février 2017 (26) précisent qu'il s'agit de mesures limitées dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qui imposent la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement et/ou d'une contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement

du patient, délivrance de soins, surveillance, réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

Une mesure d'isolement et/ou de contention mécanique doivent répondre, selon la HAS, aux indications suivantes (26) :

- Prévention d'un état d'agitation aiguë imminent du patient ou réponse à un état d'agitation aiguë immédiat, non maîtrisable, sous tendu par des troubles mentaux, avec risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

L'isolement et la contention mécanique ne doivent jamais être utilisés pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels. Une attention particulière doit être portée sur l'état clinique, ce dernier pouvant ne pas être compatible avec un isolement ni une contention mécanique, et une réflexion bénéfices-risques est recommandée lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient (26).

Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés. De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins.

Il est recommandé (26) qu'un entretien et un examen médical soient réalisés au moment de l'isolement ou de la mise ou contention mécanique pour :

- Evaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire.
- Expliquer au patient les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée.
- Expliquer la surveillance qui sera effectuée.
- Discuter, avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchant de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de l'isolement ou de la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient en isolement ou sous contention mécanique.
- Mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de l'isolement ou de la contention mécanique.

En cas de contention mécanique, la vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre de l'infirmier. Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de

travailler l'alliance thérapeutique, de prévenir les risques de complications somatiques, et le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heure (26).

C) Conséquences potentielles des états d'agitation aiguë et liens avec la notion de violence

Comme nous l'avons présenté précédemment, l'état d'agitation aiguë est fréquent que ce soit dans les services d'urgences générales, d'urgences psychiatriques ou dans certaines unités d'hospitalisation (psychiatrie, neurologie, etc.). L'agitation, si elle devient incontrôlable, peut engendrer de la violence à l'égard du personnel et des autres patients.

La notion de « *violence* » apparaît fréquemment dans les articles scientifiques de psychiatrie. L'OMS définit la violence comme suit :

« La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (27).

Une personne violente est amenée ainsi à la destruction de l'autre dans une perspective d'autoprotection et de survie, entre autres. La violence se manifeste de diverses façons telles que la violence physique, verbale, psychique ou sexuelle. Celle-ci peut être dirigée vers les professionnels de soins mais aussi contre l'environnement (28). La violence comprend un sentiment de crainte réel ou ressenti

et l'agressivité apparaît comme un moyen de défense, la violence peut ainsi se manifester comme étant l'impossibilité de mettre en mot une situation (29).

Les données épidémiologiques sur le sujet varient considérablement d'une étude à l'autre, notamment car il n'existe pas une définition et une méthode de mesure partagées par la communauté scientifique internationale et par les milieux professionnels. Le recueil des actes de violence dépend souvent des déclarations des professionnels, soumises à d'importantes variations, selon les individus, les structures ou les pays.

L'*Observatoire national des violences en milieu de santé* (ONVS) déclare qu'en France, en 2014, 10 638 personnes travaillant dans le monde des soins ont été victimes de violence. En 2015, l'ONVS recense 15 990 signalements d'atteintes aux professionnels effectués par les patients. En 2016, 17 596 cas de violence signalés ont été répertoriés dans toute la France, soit 1 606 cas de plus que l'année précédente. Parmi les 17 596 cas de violence, 14 508 était de la violence envers le personnel soignant dont 50% était de type physique, 33% des insultes, 16 % des menaces d'atteintes à l'intégrité physique et le 1% restant de la violence avec des armes (30).

Une revue de la littérature (31) recense que 100% des infirmiers et 24-57% des médecins en milieu hospitalier général subissent chaque année des agressions ou de la violence de la part des patients.

Par ailleurs, les résultats observés révèlent que si les agressions sont bien courantes dans toutes les structures de soins, elles se produisent essentiellement dans des unités psychiatriques (32). En France, le rapport 2014 de l'ONVS indique que la psychiatrie apparaît, sur la base des déclarations d'incidents, comme le secteur le

plus touché par les incidents violents (24 % des signalements en 2012, 3 012 signalements en psychiatrie en 2013) (33). D'après les statistiques de l'ONVS, en 2016, 20% des cas déclarés, équivalents à 3 490 signalements dans les établissements de soins en France, ont eu lieu dans les services psychiatriques (34).

Une revue recense (31) que parmi tous les travailleurs de la santé, 9-25% ont affirmé avoir déjà subi une agression verbale. A propos des psychiatres interrogés, il apparaît un taux moyen d'agression signalée de 40% (31). Et concernant les étudiants en psychiatrie qui signalent des agressions physiques, la fourchette s'étend de 19 à 64%.

Les études sur le phénomène de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie font apparaître que (30) :

- ✓ L'incidence et la prévalence du phénomène de violence en service de psychiatrie sont très importantes, même si les résultats varient d'une étude à l'autre.
- ✓ Les victimes sont principalement d'une part les professionnels, infirmiers en particulier, et d'autre part, les autres patients de l'unité de soins.

Les données disponibles montrent que les professionnels de la psychiatrie, en particulier les infirmiers subissent des violences dans le cadre professionnel. Mais on ne doit pas oublier que très souvent les autres patients de l'unité de soins sont victimes de violences (35). Ainsi plusieurs études montrent que les patients sont tout aussi affectés par la violence des patients que les soignants (36) (37) (38).

- ✓ Une minorité de patients est à l'origine d'une large proportion des incidents (39) (40) (41).
- ✓ Il existe une variation de la fréquence des incidents selon le type de service, le lieu au sein de l'unité de soins, le moment de la journée et la période de l'année.

En effet comme vu précédemment, une étude fait apparaître une fréquence plus importante des incidents pendant la journée et une rareté des incidents pendant la nuit (5), avec une fréquence plus importante des incidents le matin. Les incidents paraissent plus fréquents pendant la semaine que pendant le week-end avec un « pic » en début de semaine (lundi à mercredi) (5). D'autre part, les lieux de vie en commun sont les plus souvent concernés par les incidents violents ; viennent ensuite les chambres, les couloirs et les postes de soins (5). Les études identifiées dans la revue de la littérature ne permettent pas de dégager des régularités claires selon les périodes de l'année. Selon les auteurs de la revue de la littérature, les résultats des études sur les moments et les lieux des incidents tendent à montrer le lien entre les incidents violents, l'organisation et activités du service. Les temps et les lieux où les interactions s'intensifient semblent plus « à risque » que les autres.

- ✓ Les impacts négatifs de la violence en hospitalisation psychiatrique sont mis en lumière par la littérature.

Une revue de la littérature récente (22) identifie 18 études fournissant des données chiffrées sur le niveau de gravité des atteintes physiques liées à des incidents en unité d'hospitalisation psychiatrique. En moyenne, les

conséquences physiques des incidents sont « *graves* » c'est-à-dire nécessitant une prise en charge médicale dans 6 % des cas.

S'il y a peu d'incidents entraînant des atteintes physiques graves, l'impact psychologique sur les individus, professionnels et patients, ainsi que les effets sur les collectifs de travail sont très importants et délétères. L'impact de la violence verbale peut être aussi important que celui de la violence physique, un constat mis en lumière dans d'autres études (42) (43). L'anxiété, la peur, la colère, le sentiment de culpabilité, la perte de confiance dans ses compétences professionnelles sont les manifestations psychologiques les plus souvent relevées (44). Plusieurs travaux évoquent les perturbations que les situations de violence provoquent au sein des collectifs de travail en psychiatrie (28) (45) (46). Les impacts psychologiques sur les patients victimes d'agression de la part d'autres patients ou témoins de violences ont été beaucoup moins étudiés. Les risques psychologiques liés à l'exposition à la violence paraissent accrus pour les patients hospitalisés en psychiatrie. Il s'agit d'une population caractérisée par une vulnérabilité particulière, du fait de la maladie, mais aussi des événements de vie qui ont souvent jalonné leur parcours (47).

Même si la notion d'état agitation aiguë a des liens étroits avec celle de violence, elle ne la recoupe pas entièrement puisque cet état comporte des risques de violence, mais n'est pas nécessairement associé à des actes de violence.

De ce fait, une reconnaissance précoce et une gestion appropriée de l'état d'agitation aiguë permet généralement de minimiser l'anxiété du patient et de réduire le risque d'escalade en agression (voir **Lexique**) et violence pouvant être dirigée

contre lui-même ou les autres (48). De plus, une gestion inefficace, inappropriée ou tardive, peut entraîner un recours inutile à des mesures coercitives (médication involontaire, contention physique et isolement), susceptibles de précipiter la violence.

D) Etat d'agitation aigüe : la formation des équipes de soin

1- L'importance de la formation des équipes

La gestion des états d'agitation aigüe est une préoccupation majeure pour le personnel soignant, les internes en psychiatrie et d'autres spécialités. Cette compétence complexe est indispensable et doit être acquise le plus précocement possible dans le cursus d'apprentissage.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'état d'agitation aigüe est une urgence comportementale nécessitant des compétences qui doivent être mises en œuvre rapidement. Cela implique que les équipes médicales et paramédicales soient spécifiquement formées. En l'absence de prise en charge adaptée, le patient agité peut potentiellement mettre en insécurité le personnel soignant et les autres patients.

De ce fait, les psychiatres, psychologues et autres professionnels de la santé mentale devraient être compétents dans l'évaluation et la gestion de l'état d'agitation aigüe (49) (50). Par exemple, le *Conseil américain de psychiatrie et de neurologie* (ABPN) et le *Conseil d'accréditation des études médicales supérieures* ont identifié l'évaluation et la gestion du risque de violence comme des compétences de base pour les psychiatres (50).

Les recommandations (51) dans la formation des équipes de soin sur la prévention et la gestion des états d'agitation aiguë comprennent une prévention primaire et secondaire.

a. Prévention primaire

La formation initiale des équipes de soins consiste en :

- L'accueil du patient ;
- La démarche d'évaluation pluri professionnelle, médicale et paramédicale ;
- Le point de vue et la place du patient ;
- Un projet thérapeutique individualisé.

La formation à l'accueil du patient permet d'anticiper et de préparer l'admission lorsque cela est possible. Lorsqu'il s'agit d'un patient non connu, il s'agit de recueillir des informations le concernant (antécédents et examen clinique) par un interrogatoire du patient, de ses proches et des professionnels qui le connaissent, si possible en amont de l'admission. L'organisation du temps d'accueil permet d'accueillir le patient dans un environnement dédié, bienveillant, avec empathie et respect. Il s'agit également d'informer le patient des motifs de son hospitalisation et des modalités de celle-ci (soins libres SL, soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent SPDT/SPI, soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat SPDRE), de ses droits (notamment ceux relatifs à la personne de confiance) et des perspectives thérapeutiques (51).

Une démarche d'évaluation pluri professionnelle, médicale et paramédicale permet d'aborder et de mieux gérer l'état d'agitation aiguë. L'existence, en association, de facteurs de risque tels que les antécédents d'état d'agitation aiguë et de comportements impulsifs, de trouble mental connu et la consommation d'alcool et/ou de drogues, doivent mener à une évaluation plus approfondie (52) (44) (53) . Cette évaluation spécifique (46) (53) (54) doit recueillir :

- ✓ les risques statiques (antécédents de violence, délinquance précoce, personnalité antisociale notamment),
- ✓ les facteurs dynamiques (introspection difficile, symptômes actifs de la maladie mentale, mauvaises relations avec l'équipe soignante notamment),
- ✓ les éléments déclencheurs (visites, proximités excessive avec les autres patients), les signaux d'alerte (agitation psychomotrice croissante, retrait, etc.),
- ✓ les facteurs de protection (contrôle émotionnel, personnes ressources dans l'entourage)

- ✓ les stratégies de retour au calme.

La littérature suggère l'intérêt d'une intégration en routine d'outils d'évaluation du risque dans une démarche d'équipe pluri professionnelle (55). Ce type d'instrument favorise une sémiologie commune et améliore la communication en matière de gestion d'état d'agitation aiguë. L'échelle d'entretien semi-structuré, telle que *the Historical Clinical Risk Management 20 item scale* (HCR-20) développée par Webster en 1997 (56), est un outil particulièrement utilisé par les cliniciens travaillant dans le champ de l'évaluation du risque de violence (voir **Tableau 7**). Elle comporte 20 facteurs résumant les informations sur le passé, le présent et l'avenir du patient.

Le total de l'échelle va de 0 à 40, chaque item étant évalué sur la base d'un score de 0 à 2 et la pondération des différents items prise en compte dans l'estimation finale du risque. D'autre part, l'échelle de mesure *Behavioural Activity Rating Scale* (BARS) (voir **Tableau 3**) est un outil d'évaluation rapide qui permet de repérer les premiers signes de l'agitation.

Concernant la place du patient, Il est important de l'associer aux analyses et décisions qui le concernent, afin qu'il soit acteur à part entière de sa prise en charge, quelle que soit la modalité d'hospitalisation (51).

Le projet thérapeutique comprend l'ensemble des soins relationnels, techniques et chimiothérapeutiques proposés au patient. Le patient est autant que possible partie prenante de sa construction avec, en perspective, sa participation aux soins et l'établissement d'une alliance thérapeutique. Il s'appuie sur une évaluation de l'équipe soignante à partir d'entretiens médicaux, d'entretiens infirmiers avec le patient et d'éléments cliniques tirés de l'observation quotidienne dans le service ; il doit être facilement identifié dans le dossier du patient (51). La création et l'actualisation régulière de projets thérapeutiques partagés au sein d'une équipe, sont des éléments structurants pour la cohésion d'une équipe et sa sécurisation. Ce sont des facteurs de prévention de la violence en psychiatrie (57).

Tableau 7. Historical Clinical Risk-20 (HCR-20)

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
H1 Violence antérieure	C1 Introspection difficile	R1 Projet manquant de faisabilité
H2 1^{ère} acte de violence commis pendant la jeunesse	C2 Attitudes négatives	R2 Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 Instabilité des relations intimes	C3 Symptômes actifs de la maladie	R3 Manque de soutien personnel
H4 Problème d'emploi	C4 Impulsivité	R4 Inobservance des mesures curatives
H5 Problèmes de toxicomanie	C5 Résistance au traitement	R5 Stress
H6 Maladie mentale grave		
H7 Psychopathie		
H8 Inadaptation durant la jeunesse		
H9 Trouble de la personnalité		
H10 Echecs antérieurs de surveillance		

b. Prévention secondaire

Elle permet d'éviter l'escalade vers un état d'agitation aigüe et de maîtriser la situation clinique lorsqu'elle est en phase d'état. Tout service de psychiatrie ou d'autres spécialités peut être concerné par un état d'agitation aigüe chez un patient. Lorsque cela se produit, la meilleure réponse est l'anticipation et la possibilité de le désamorcer. La formation spécifique des équipes dans les compétences verbales et non verbales, permet de rétablir le lien avec le patient sans avoir recours à des mesures de contention ou d'isolement. Par exemple, un entretien de désamorçage effectué par un soignant est à aborder en adoptant une certaine posture (51) :

- donner du temps au patient ;
- demander la permission d'approcher ;
- maîtriser ses émotions : savoir se décaler, ne pas entrer dans une relation en miroir, ne pas prendre cela pour soi, ne pas chercher à avoir raison, laisser le patient avoir le « dernier mot » ;
- faire attention à ses gestes (par exemple : ne pas pointer du doigt) ;
- adopter une posture empathique et respectueuse : entendre que certaines demandes sont justifiées ;
- éviter des postures de confrontation, des manifestations d'autorité ;
- cependant, si nécessaire, placer les limites avec fermeté et équité en rappelant qu'elles relèvent de règles qui s'imposent à tous y compris aux soignants ;

- utiliser des mots simples et des phrases courtes, clarifier les éventuels malentendus.

Cette capacité de communication et de rétablir un lien avec le patient sont des facteurs de protection contre l'émergence d'un état d'agitation aiguë (58). L'aménagement d'espaces d'apaisement doit faire l'objet d'une réflexion en équipe. Dans le cas où l'abord relationnel a échoué et que d'autres interventions s'avèrent nécessaires (administration de psychotropes, contention et isolement), celles-ci doivent s'appuyer sur une organisation, définie à l'avance par l'équipe médicale et soignante (51).

L'évaluation et la gestion du risque de violence sont des questions fondamentales à l'interface du droit et de la santé mentale. La législation et la jurisprudence établissent de nombreux contextes dans lesquels les cliniciens en santé mentale devraient posséder des compétences de base en évaluation des risques (59). Par exemple, les médecins et les équipes de soins doivent être en mesure d'évaluer si une intervention s'avère nécessaire afin de protéger le patient d'un risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, d'évaluer la nécessité d'un recours à une mesure de soins sans consentement et le moment où cette mesure peut être levée en toute sécurité. De ce fait, une mauvaise évaluation des risques engage la responsabilité professionnelle du clinicien.

2- Limites de la formation théorique

Dans sa thèse, le Dr C. Pham Dinh (60), souligne que la psychiatrie conserve une part importante de raisonnement médical associant la sémiologie et la pharmacologie. Ce raisonnement permet de repérer des signes cliniques appris et d'en tirer des informations à but diagnostique et thérapeutique. Cela nécessite des connaissances théoriques solides, ainsi qu'un apprentissage pratique des techniques d'entretien. En psychiatrie l'examen clinique n'est plus uniquement physique mais il emprunte à la formation médicale certains réflexes de raisonnement, comme la recherche systématique de contre-indications d'un traitement ou de signes de gravité d'une maladie. L'apprentissage théorique de questions clés, de la position du corps ou de la localisation du psychiatre par rapport au patient sont des notions concrètes pour lesquelles un entraînement pratique peut être bénéfique (60).

Concernant la gestion de l'état d'agitation aiguë, un enseignement reposant uniquement sur une approche théorique semble très insuffisant. Si l'acquisition des connaissances peut se faire assez simplement par le langage écrit, l'apprentissage de la pratique dans l'état d'agitation aiguë, nécessite quant à lui, une mise en situation. L'intérêt de ce type d'apprentissage est essentiel car il influence l'étudiant dans sa pratique future. Cependant la transmission par la pratique dans la gestion de cette situation clinique, est inégale en fonction des rencontres faites par chaque interne et des services dans lesquels ils ont été affectés. De plus, les contraintes de temps, le manque de médecins séniors et le rôle donné à l'interne dans certains stages hospitaliers, remettent en cause les modalités de l'enseignement pratique.

La psychiatrie est une spécialité basée sur l'interaction entre deux êtres humains, et repose principalement sur l'expérience vécue. Alors que la formation actuelle dans la

gestion de l'état d'agitation aigüe repose majoritairement sur un enseignement didactique, un outil d'enseignement tel que la simulation apparaît intéressant et pertinent. En effet, un interne a besoin de vivre une situation, parfois à plusieurs reprises, afin de bien l'assimiler et pouvoir adapter son attitude. Il paraît de ce fait important de réfléchir à des méthodes complémentaires d'apprentissage des compétences pratiques, qui soient reproductibles et qui ne mettent en danger ni le patient ni l'équipe soignante, comme l'enseignement basé sur la simulation (60).

E) L'enseignement basé sur la simulation

1- Définition de la simulation médicale

La définition proposée par la HAS (61), empruntée à la chambre des représentants, aux USA (111^{ème} congrès février 2009) est la suivante : « *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 soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.* »

Granry et Moll (61) exposent dans leur rapport à la HAS de 2012, les critères qualifiant une méthode pédagogique par simulation (62) (voir **Tableau 8**).

Tableau 8. Critères qualifiant une méthode pédagogique par la simulation

- Un objectif pédagogique

- Un scénario bâti et rédigé visant cet objectif

- Un « briefing » de présentation du contexte et de l'équipement

- Un environnement réaliste (validation de la capacité de l'environnement à atteindre l'objectif pédagogique : équipement, réalisme, matériel, mannequin)

- La séance de simulation filmée

- Un « débriefing » structuré et encadré

- Un document de fin de séance ou fiche d'aide à la progression
-

2- La simulation médicale en pratique

La situation simulée est supportée par un scénario et doit viser un objectif pédagogique (gestion du risque, application d'une procédure, EPP). Elle ne doit pas être inutilement compliquée pour l'apprenant. Quel que soit l'objectif visé pour un programme de formation, les scénarios devront être de difficulté croissante (63). La séance de simulation se déroule en 3 temps.

a) Le briefing

Il s'agit d'un moment important pour le bon déroulement de la séance (63). En effet ce temps est indispensable pour familiariser les apprenants avec le matériel

(possibilités et limites du mannequin), pour permettre la répétition d'un geste technique sur le mannequin (intubation), pour présenter le dossier du patient et pour contextualiser la séance de simulation proposée (par exemple ce qui a précédé la prise en charge simulée : passage aux urgences ou sortie de bloc opératoire, etc.). Il permet aussi de présenter et de commenter l'environnement de la situation (locaux, présence de tiers ou de la famille, etc.).

De plus, ce temps permet de préciser d'autres éléments, comme par exemple les attentes des apprenants et les objectifs de la formation. D'autres éléments psychologiquement importants doivent aussi être évoqués (63), tels que l'absence de jugement porté (ce n'est pas un examen ni une séance d'humiliation), les pièges intentionnels de la part des formateurs, et bien entendu l'absence de risque pour le « *patient* ».

b) Mise en pratique : séance de simulation

Le rôle du formateur et sa compétence sont essentiels à la fois pour la construction du scénario et pour le pilotage de son évolution en fonction des réactions des apprenants. Il est donc important que celui-ci dispose d'une connaissance de l'approche pédagogique par la simulation. Pour piloter, le formateur procède par ajustements permanents du scénario, afin de maintenir l'apprenant en situation de résolution de problème. À l'occasion, il peut intervenir pour aider le stagiaire ou l'orienter en particulier quand celui-ci se trouve bloqué dans la situation (63).

Le formateur doit cependant faire face à une double fonction, celle de faire évoluer le scénario et celle d'évaluer les apprenants. L'enregistrement vidéo apporte alors une aide importante afin de remplir cette double exigence. Lors du débriefing, il ne s'agit

pas de visionner entièrement la séance mais, par l'intermédiaire de l'équipement vidéo, de permettre une sélection rapidement des phases importantes de la situation. L'enregistrement ne doit jamais être utilisé pour porter atteinte à la dignité de l'apprenant (63).

c) Le débriefing

Le débriefing est le temps le plus important de la séance de simulation. La durée du débriefing doit au moins être égale à celle de la situation de simulation, soit en moyenne entre 30 et 90 minutes (64), mais elle peut se prolonger bien au-delà. Le débriefing comporte habituellement trois phases : la phase descriptive, la phase d'analyse et enfin la phase dite « d'application ou de synthèse ».

➤ Phase descriptive :

Les participants décrivent leurs impressions, ce qu'ils ont ressenti. Le formateur pose des questions simples (que s'est-il passé ? Pouvez-vous décrire le scénario ?). Les apprenants verbaliseront les faits, les causes des actions entreprises, la pratique professionnelle de ces actions, et surtout les activités suspendues, c'est-à-dire ce qui a été pensé mais non verbalisé, autrement dit les motivations et les intentions (« *quand j'ai fait cela je pensais que...* » ; « *je voulais parvenir à...* » ; « *j'ai cru que X voulait ça* », etc.). L'ensemble de ces échanges doivent aboutir à de nouvelles connaissances (63).

➤ La phase d'analyse :

Elle a pour but d'étudier les situations pendant lesquelles les participants à la séance ont montré des conduites inappropriées. Elle doit permettre d'identifier les forces et les faiblesses de chaque participant. La décision est basée sur l'obtention des faits, et peut être confortée par la retransmission vidéo (63).

➤ La phase d'application ou de synthèse :

Elle permet aux participants de faire une synthèse et de rapporter ce qu'ils ont appris de la séance. Il est habituel de demander ce qu'ils feraient maintenant si la même situation survenait.

Deux autres éléments doivent être évoqués lors du débriefing :

- La gestion du stress (64) : un des éléments importants des méthodes de simulation est de permettre aux participants de mieux se connaître : savoir parler de son stress et identifier les modalités pour en abaisser le niveau permettra ainsi de mieux faire face ultérieurement en situation réelle.
- La gestion de l'échec (63) : dans une optique pédagogique, une séance de simulation ne doit pas se solder par un échec, en particulier dans le monde de la santé où le décès du patient peut représenter l'échec ultime. La simulation ne doit donc pas être une méthode de démonstration de « l'incompétence ».

Le bon déroulement d'un débriefing dépend bien entendu de facteurs importants (63) tels que : le niveau de compétence des participants et des formateurs, les objectifs d'apprentissage, la crédibilité des scénarios, la durée de la séance, etc.

3- Les différents types de simulation

Le type de simulateur est l'outil sur lequel le professionnel va s'exercer. Plus ou moins sophistiqué, plus ou moins onéreux, il sera déterminant pour le type de formation proposée. De ce fait, le choix du type de simulation doit se faire en fonction des objectifs pédagogiques de la séance de simulation préalablement établis. Pour répondre à chaque objectif (apprentissage gestuel, organisation, travail d'équipe, etc.), il est possible d'utiliser un type de simulation unique ou de passer d'un type de simulation à l'autre. Les différentes techniques de simulation le plus généralement utilisées dans le domaine de la santé sont :

► Les mannequins simulateurs :

- ✓ Mannequins basse-fidélité : ils reproduisent tout ou une partie du corps humain et sont statiques. Parmi eux, les simulateurs partiels ou procéduraux sont principalement utilisés pour l'apprentissage et la reproduction de gestes (exemple : bras pour perfusion, tête d'intubation, torse pour pose de voie central, etc.) (voir **Figure 2**)

Figure 2. Mannequin basse fidélité : bras pour perfusion



- ✓ Mannequins moyenne-fidélité : ils sont pilotés par un enseignant, et peuvent reproduire des éléments simples, tels que le rythme cardiaque, auscultation pulmonaire ou palpation de pouls.

- ✓ Mannequins haute-fidélité : ils ont une interface informatique complexe, et peuvent reproduire de nombreux paramètres vitaux et signes cliniques. Ils sont conçus pour être le plus réalistes possibles. Ils sont soit pilotés par un instructeur, soit totalement automatisés. Selon les modèles et avec un degré plus ou moins important de réalisme, ils sont capables de : parler, pleurer, cyanoser, transpirer, ventiler, changer de taille pupillaire (voir **Figure 3**).

Figure 3. Mannequin nourrisson haute fidélité

<http://www.chu-nimes.fr/simhu-nimes/>



► Patients simulés et standardisés

- ✓ Patient simulé : est une personne bien portante ou malade mais en traitement stable, qui accepte de simuler une situation après avoir reçu des consignes.
- ✓ Patient instructeur : est un vrai patient qui accepte de mettre son expérience personnelle au service des apprenants. Il est formé par des spécialistes pour guider au mieux les apprenants.
- ✓ Patient standardisé : est un acteur, spécialement formé pour simuler une situation clinique, mais aussi un état psychologique, des réactions émotionnelles, préalablement écrit dans un scénario. Il doit simuler exactement de la même manière pour chaque apprenant (voir **Figure 4**).

Figure 4. Patient standardisé : patiente interprétée par une comédienne

<https://oliviabarron.home.blog/2013/01/15/des-comediens-reinventent-lart-de-la-consultation/>



► La technique de réalité virtuelle : est basée sur une interface écran et entre dans le cadre du *e-learning*. Ces outils permettent la mise en situation de connaissances théoriques, dans un but de formation au raisonnement clinique (voir **Figure 5**).

Figure 5. Simulation par la technique de réalité virtuelle

<http://www.laerdal.com/docid/5899175/> MicroSim



► La simulation « in situ » : est une simulation de fidélité variable réalisée dans un environnement établi (professionnel par exemple)

► La simulation hybride : combine patient simulé et une partie de mannequin (bassin d'accouchement par exemple) (voir **Figure 6**).

Figure 6. Simulateur d'accouchement hybride

<https://prod.laerdal.com/auth/signin?redirectUri=/fr/archive/prompt-birthing-simulator/>



4- Intérêt des formations centrées sur la simulation

a) *Efficacité de la simulation médicale*

Une revue systématique de la littérature utilisant la méthodologie *BEME Systematic Review* (62) a étudié cinq bases de données par l'intermédiaire de quatre-vingt-onze mots clés sur une période de trente-cinq ans (1969-2003) concernant les intérêts pédagogiques de la simulation médicale. Les principes qui en ressortent sont présentés dans le **Tableau 9**.

Tableau 9. Intérêts et recommandations de la simulation médicale d'après la BEME Systematic Review (14)

-
- L'importance du débriefing (47% des articles) et de la pratique répétée (39% des articles)
-
- L'intégration de la simulation dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé (25% des articles)
-
- La formation doit être réalisée avec des niveaux de difficulté croissants (14%) et utilisant plusieurs stratégies d'apprentissage (10%)
-
- La formation doit permettre de reproduire des situations cliniques variées (10%) dans un environnement contrôlé (9%)
-
- Les objectifs pédagogiques avec la simulation doivent être précis et explicites, permettant des comparaisons et des résultats mesurables (6%)
-
- Il convient de s'assurer que le simulateur est un outil validé d'apprentissage (3%)
-

Granry et Moll (61) précisent que la simulation médicale émerge seulement en France, alors qu'elle est couramment utilisée en Amérique du Nord dans l'enseignement des professions médicales et paramédicales. Cet outil d'enseignement est implanté de manière inégale dans toute l'Europe. En France, même si la simulation est présente sur l'ensemble du territoire, son utilisation reste peu présente dans le cursus d'apprentissage des étudiants, avec une surreprésentation dans certaines disciplines (exemple anesthésie / réanimation).

Selon le rapport de la HAS (65) « *guide des bonnes pratiques en simulation de santé* », la simulation médicale s'adresse à tous les professionnels de santé et permet 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).
- ✓ Analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing.
- ✓ Aborder des situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarii qui peuvent se répéter.
- ✓ 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.

b) Intérêt de la simulation médicale en psychiatrie

Le rapport de Granry et Moll (61) signale que la psychiatrie ne représente que 1,4% des thèmes abordés en France en simulation médicale.

Mc Naughton a publié en 2008 (66) une revue de la littérature concernant la formation par la simulation médicale en psychiatrie, dans laquelle il démontre l'utilité de la simulation et du recours aux patients standardisés pour la formation et l'évaluation en psychiatrie.

Les nombreux avantages de cet outil d'enseignement sont mis en avant par une revue de littérature de J. Wallace (67) concernant l'utilisation des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) en psychiatrie :

- ✓ Simulation de situations de la vie réelle ;
- ✓ Proche de la réalité ;
- ✓ De façon contrôlée et sécurisée ;
- ✓ Possibilité d'obtenir un « feedback » des patients standardisés (acteurs) ;
- ✓ Disponibilité immédiate d'un symptôme quand il semble pertinent de l'enseigner ;
- ✓ Les sessions peuvent être adaptées au niveau de compétences attendu ;
- ✓ Des scénarii pénibles pour des patients réels peuvent être simulés ;
- ✓ La présentation du patient est uniforme pour tous les étudiants.

L'avantage de cette méthode est sa grande adaptabilité : le choix et la diversité des scénarii peuvent être diversifiés et gradués en fonction du niveau des apprenants. Cela permet une application des connaissances théoriques et techniques, mais aussi

le développement de compétences relationnelles, d'observation et de communication. L'enseignant et le patient standardisé peuvent réaliser un retour à l'étudiant sur les comportements et compétences à améliorer et travailler.

c) Intérêt de la simulation médicale pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aigüe

En France, la majorité de l'enseignement du DES de psychiatrie repose sur des cours théoriques, également pour la prise en charge de l'état d'agitation aigüe. Cependant ce type d'apprentissage reste difficile à appréhender sans un réel vécu par l'étudiant. Même si la simulation médicale en psychiatrie existe déjà pour des objectifs ciblés (tels que la formation à l'électro-convulsivo thérapie (ECT), la formation à la sémiologie psychiatrique, etc.), la formation médicale par simulation apparaît également comme un outil pédagogique indispensable pour la psychiatrie d'urgence. Cet outil d'enseignement a été largement adopté en médecine comme un moyen efficace de former les internes à effectuer des rencontres cliniques à risque (68). Par ailleurs, la mise en œuvre d'une approche d'équipe structurée peut favoriser la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci a déjà démontré un impact significatif sur la réduction des situations cliniques à risque (69) (70), et dans la gestion des patients présentant des urgences comportementales.

Cette thématique abordée en psychiatrie ne concerne pas uniquement les psychiatres, et peut tout à fait concerner les autres spécialités et personnels de santé afin d'acquérir les compétences nécessaires à leur pratique future.

Dans ce contexte, nous avons mené, dans ce travail de thèse, (i) une revue systématique de la littérature internationale sur l'enseignement par la simulation dans

la formation à la gestion des états d'agitation aigue, (ii) un état des lieux des pratiques nationales dans les centres de simulation en santé français pour cet enseignement. L'objectif était de pouvoir finalement élaborer un programme innovant de formation à la gestion des états d'agitation aigue (le programme APESAA : apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aigue).

PARTIE I : Revue systématique de la littérature internationale sur l'enseignement à la gestion des états d'agitation aiguë par la simulation

INTRODUCTION

L'enseignement par la simulation pourrait présenter un intérêt majeur dans la formation des personnels soignants à la gestion de l'état d'agitation aiguë, par la reproduction de situations d'urgence comportementale de la vie réelle, proches de la réalité, de façon contrôlée et sécurisée, et par la présentation du patient de manière uniforme à tous les étudiants (voir **Introduction générale**). Toutefois, étant donné que la conception et la mise en œuvre d'un tel enseignement nécessitent des ressources importantes (66), nous avons dans un premier temps réalisé une revue de la littérature visant à identifier les articles de la littérature internationale abordant et évaluant un programme d'enseignement par la simulation dans la gestion de l'agitation. Les objectifs étaient : (i) de s'interroger sur l'efficacité de ces programmes, (ii) de décrire précisément les programmes efficaces identifiés.

METHODE

Nous avons réalisé en mai 2018 une recherche des études explorant l'utilisation de la simulation médicale dans l'enseignement des états d'agitation aiguë en psychiatrie. Les publications ont été recensées à partir de la base de données électronique PubMed grâce à une équation de recherche associant les termes

Medical Subject Headings (Mesh) suivant : medical education, simulation, role-playing training, acute state of agitation, psychiatry, actor, violence.

Nous avons aussi examiné les références citées dans les articles sélectionnés afin d'identifier toute étude supplémentaire pertinente.

Les critères d'inclusion des articles étaient :

- Publications en anglais dans un journal avec comité de lecture.
- Intervention évaluée : utilisation de la simulation médicale à visée d'enseignement ou de formation.
- Population cible : personnel soignant (médecins, infirmiers, personnels hospitaliers).

Nous avons évalué la pertinence des articles identifiés à partir de la recherche grâce à une analyse de leur titre et de leur résumé. N'ont pas été retenus :

- Les articles non rédigés en anglais.
- Les articles évaluant la simulation dans un contexte non médical.
- Les articles évaluant la simulation dans des situations cliniques autres que l'agitation aigüe.
- Les articles n'ayant pas un but d'enseignement ni de formation.

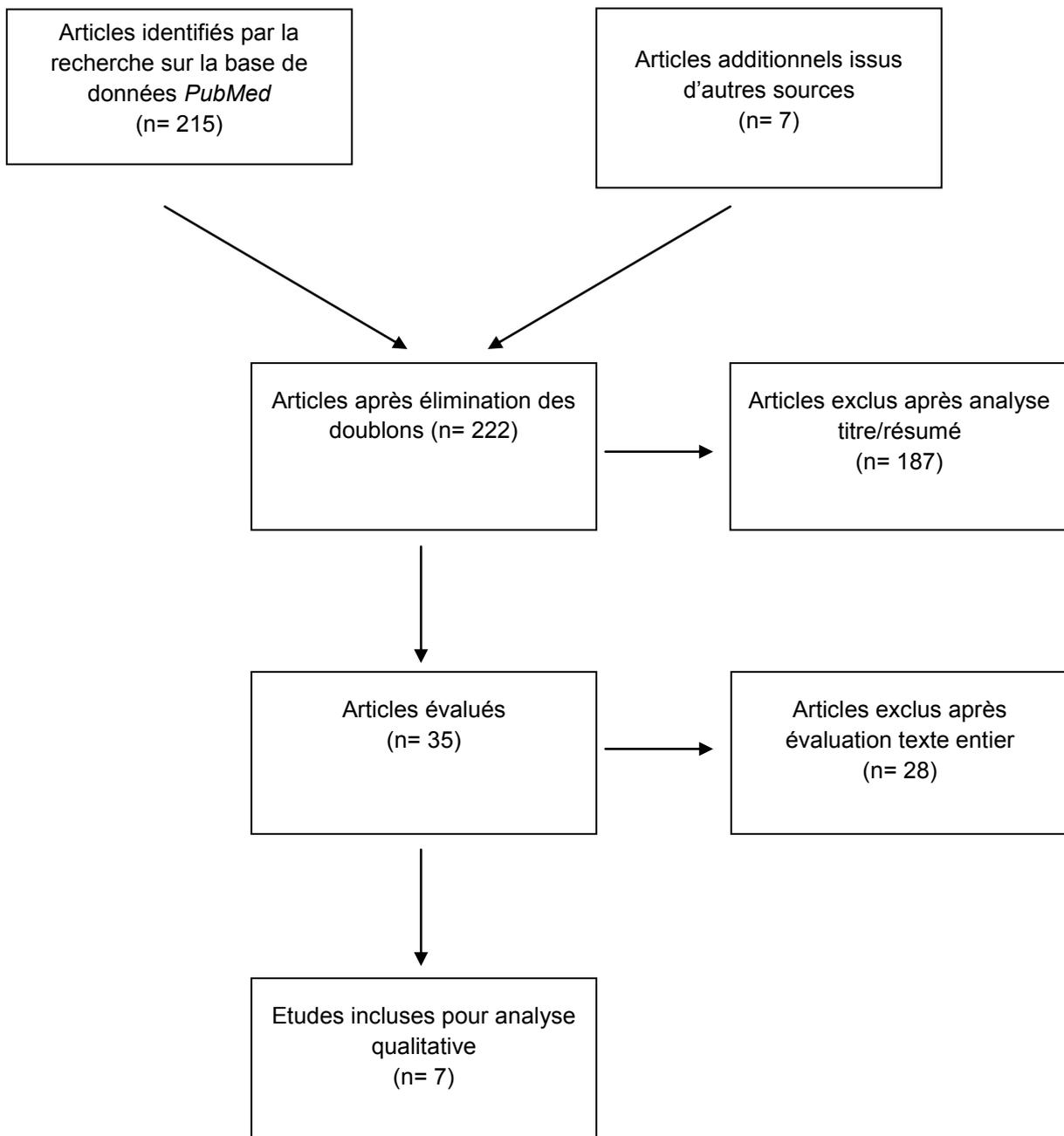
Les articles ainsi retenus ont fait l'objet d'une évaluation approfondie (évaluation du texte complet). Les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion ont été utilisés. Etant donné le faible nombre d'études disponibles sur le sujet, nous avons retenu les

études présentant des résultats quantitatifs mais également qualitatifs. D'autre part, compte tenu de l'hétérogénéité des critères d'évaluation principaux des études, nous avons réalisé une analyse qualitative des publications retenues.

RESULTATS

Seuls sept articles ont répondu aux critères d'inclusion et ont été retenus dans cette revue (voir **Figure 7**). Ils s'étendent sur une période allant de 2013 à 2018.

Figure 7. Recherche bibliographique effectuée pour la revue de la littérature



Ces études, présentées dans le **Tableau 10** ont proposé et évalué des ateliers de formations pour les étudiants en médecine et le personnel soignant, utilisant la simulation dans le cadre de la gestion des états d'agitation aiguë, par différentes

approches pédagogiques. Une seule étude comparait la simulation à un groupe contrôlé.

La plupart des études révèlent une différence significative entre enseignement par la simulation et enseignement traditionnel avec une confiance accrue chez les apprenants, une amélioration de l'approche clinique sur leur lieu de travail et de leurs capacités à communiquer en travail d'équipe avec la simulation. Toutefois, aucune n'a pu mettre en évidence de différence significative dans la performance ultérieure des étudiants après l'enseignement par la simulation.

Tableau 10. Etudes évaluant l'utilisation de la simulation dans la gestion des états d'agitation aigüe

Etudes	Objectif	Population cible	Type de groupe contrôle	Type de simulation utilisée et programme	Méthode(s) d'évaluation	Résultat(s) principaux
Rolland et al (2018) (71)	Développer des compétences médicales techniques et non techniques dans des situations cliniques imprévisibles ou stressantes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etudiants en médecine (niveau 6^{ème} année) ▪ Module de 219 étudiants ▪ Groupes de 6 à 7 étudiants (4 à 5 participants actifs et 2 observateurs) 	X	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient standardisé ✓ Briefing ✓ Scénario ✓ Vidéo/discussion ✓ Débriefing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires pré-session ▪ Questionnaires post-session 	<ul style="list-style-type: none"> → Enseignement complémentaire à l'apprentissage de la gestion technique et relationnelle de l'EAA → Connaissances uniformes à tous les étudiants → Connaissances durables dans le temps et généralisables à la pratique clinique
Vestal et al (2017) (72)	Déterminer si une formation basée sur la simulation améliore les connaissances et les compétences dans la gestion des EAA par rapport à l'enseignement didactique.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internes en psychiatrie en 1^{ère} année. ▪ Groupes de 3 à 4 apprenants ▪ Groupe intervention n=15 	Groupe contrôle n=11	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient standardisé ✓ Répétition de différents scénarii 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires d'auto-évaluation pré intervention ▪ Vignettes de cas cliniques ouvertes ▪ Evaluations sur bande vidéo 	<ul style="list-style-type: none"> → Amélioration significative des connaissances et des compétences dans la gestion de l'EAA. → Pas de changement significatif dans la confiance en soi.

<p>Wong et al (2015) (73)</p>	<p>Elaborer un programme interprofessionnel axé sur l'amélioration du travail d'équipe et de l'attitude du personnel à l'égard d'un patient agité.</p>	<p>Tout le personnel soignant des services d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etudiants en médecine ▪ Infirmiers/infirmières ▪ Service de sécurité de l'hôpital 	<p>X</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient standardisé ✓ Conférence didactique sur la prise en charge d'une agitation aigüe ✓ Principes fondamentaux de la collaboration interprofessionnelle ✓ Deux scénarii de simulation ✓ Débriefing structuré 	<p>Enquête comparant les réponses avant et après intervention via un t-test pour évaluer les changements d'attitudes du personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Amélioration de la dynamique interprofessionnelle → Amélioration de la gestion et de l'interaction avec le patient agité
<p>Feinstein et al (2014) (74)</p>	<p>Programme d'éducation de la prévention à l'agitation/violence pour les services de consultations ambulatoires psychiatriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internes en psychiatrie ▪ Personnel soignant en psychiatrie 	<p>X</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation didactique ✓ Vidéo/discussion ✓ Exercice de simulation ✓ Patient standardisé 	<p>Enquête et questionnaire qualitatifs post simulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Simulation très utile pour 90% → Meilleure préparation et décroissance anxieuse face à l'agitation pour 86% → Symptômes post simulation pour 20% (anxiété, trouble du sommeil)
<p>Feinstein et al (2017) (75)</p>	<p>Programme complémentaire de simulation en situation réelle dans</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internes en psychiatrie ▪ Personnel soignant en 	<p>X</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Briefing ✓ Deux scénarii de simulation ✓ Trois débriefings 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête de satisfaction et ▪ Identification des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> → Simulation très utile → Meilleure préparation à une

	un service de consultations ambulatoires psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychiatrie ▪ Service de sécurité de l'hôpital et police 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration et amélioration de plans d'action 	<p>situation d'agitation aiguë/de violence</p> <ul style="list-style-type: none"> → Amélioration des relations interprofessionnelles → Amélioration des protocoles de sécurité
Thomson et al (2013) (76)	Programme de formation par la simulation aux situations psychiatriques d'urgence	Internes de psychiatrie en 1 ^{ère} année (n=13)	X	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patient standardisé ✓ Scénario ✓ Débriefing 	<ul style="list-style-type: none"> → Commentaires libres → Questionnaires → Echelles de confiance avant et après intervention 	<ul style="list-style-type: none"> → Meilleure communication en équipe → Amélioration des connaissances → Augmentation de la confiance en soi notamment dans les compétences non technique et compétences cliniques
Zigman et al (2013) (77)	Formation des internes dans la gestion de l'état d'agitation	Internes de psychiatrie en 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année (n=12)	X	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation didactique ✓ Trois scénarii ✓ Patient standardisé ✓ Débriefing 	Questionnaires subjectifs d'auto-évaluation avant et après intervention	<ul style="list-style-type: none"> → Augmentation du confort perçu → Amélioration des compétences → Amélioration des connaissances

A) Essais contrôlés

✓ Vestal et al (2017)

Un seul essai contrôlé randomisé a été identifié par notre recherche, celui de Vestal et al (72). Cette étude visait à déterminer si la formation basée sur la simulation dans la gestion des états d'agitation aiguë améliore les connaissances et les compétences des étudiants par rapport à l'enseignement didactique.

Pour cela, des internes en première année de psychiatrie ont été randomisés en deux groupes (voir **Tableau 10**). Ils ont tous reçu préalablement un cours standard sur la prise en charge des patients agités. Les membres du groupe d'intervention ont reçu un enseignement basé sur la simulation dans la gestion de l'agitation aiguë en utilisant un scénario avec un patient standardisé agité. Dans le groupe témoin, les participants ont reçu une formation par simulation non liée à l'agitation (scénario d'un patient non agité ayant chuté). La confiance et les connaissances de base ont été évaluées à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation avant et après l'intervention (72).

L'auto-évaluation subjective évaluait l'expérience antérieure des étudiants et leur confiance dans la gestion des patients agités. Ils ont été également évalués sur l'efficacité de la simulation, leur niveau d'inconfort et la possibilité de recommander la simulation à leurs pairs.

L'évaluation objective des connaissances consistait à remplir des vignettes cliniques ouvertes pré et post intervention immédiate. Les participants ont été notés sur 11 catégories déterminées par consensus parmi un groupe d'experts et sont conformes aux lignes directrices publiées sur les meilleures pratiques dans la gestion de l'agitation (7) (20) (78) (79).

Les participants qui ont assisté à la simulation d'agitation l'ont trouvé très efficace (93%) et 100% le recommanderaient à leurs pairs. Concernant l'inconfort ressenti, il était minime pour 60%, modéré pour 33% et absent pour 7% d'entre eux.

Les résultats de l'étude de Vestal et al (72) (suggèrent que la formation basée sur la simulation pour les étudiants en psychiatrie, conduit à des améliorations à la fois des connaissances et des compétences dans la gestion des patients souffrant d'agitation aiguë. En revanche, elle n'a pas entraîné d'amélioration significative de la confiance en soi d'après les questionnaires d'auto-évaluation subjective.

B) Essais non contrôlés

✓ Rolland et al (2018)

L'article de Rolland et al (71) expose la création d'un enseignement basé sur la simulation dans la gestion des états d'agitation aiguë, pour pallier aux problèmes techniques et éthiques rencontrés au cours des stages cliniques, ainsi que les lacunes des cours magistraux dans l'enseignement des compétences relationnelles et du travail en équipe.

Ce module d'apprentissage a été mis en place sur une plateforme de simulation médicale déjà établie, et s'adressait aux étudiants de 6^{ème} année de médecine. Les étudiants ont été divisés en groupes (voir **Tableau 10**). Ainsi 219 étudiants ont pu bénéficier de ce module d'enseignement.

Un scénario a été créé par des psychiatres expérimentés travaillant dans au service des urgences, des urgentistes et des réanimateurs, afin de déterminer des objectifs éducatifs précis. Le rôle du patient a été confié à des acteurs professionnels (deux

femmes et un homme), formés avant le début de la formation. Par un briefing, les principaux éléments du scénario ont été expliqués aux étudiants immédiatement avant la séance de formation.

Les séances complètes ont été filmées et simultanément projetées dans une salle séparée dans laquelle deux étudiants observateurs et l'enseignant ont pris des notes. Les séances ont duré 10 minutes ou moins, selon l'appréciation de l'enseignant.

L'évaluation pédagogique était basée sur une liste d'éléments prédéfinie, à l'aide du projet *"Bonnes pratiques en matière d'évaluation et de traitement de l'agitation dans les situations d'urgence"* de 2012 (BETA), publié par l'Association américaine pour la psychiatrie d'urgence (78).

Immédiatement après la session, un compte rendu était organisé avec l'enseignant, l'acteur et les élèves. Le débriefing avait pour objectif de détecter tout stress post-session et de discuter des réactions de chacun concernant les aspects positifs et négatifs de la gestion de l'état d'agitation aiguë par les étudiants.

Les résultats de l'étude suggèrent que l'enseignement basé sur la simulation est une méthode appropriée et appréciée pour former les étudiants dans la gestion des états d'agitation aiguë. Le niveau important de stress signalé par les étudiants et la perception fréquente, après la session, qu'ils ne géraient pas correctement l'EAA, suggèrent que les expériences cliniques antérieures d'EAA étaient insuffisantes.

✓ Wong et al (2015)

Sur leur postulat que la prise en charge d'un patient agité exige un équilibre entre une gamme complexe de compétences cliniques, de communication et de travail d'équipe, Wong et al (73) ont élaboré une formation interprofessionnelle axée sur la simulation comme apprentissage expérientiel pour les médecins, infirmiers, personnels de santé et agents de police hospitaliers. Ce programme d'étude avait pour but l'amélioration du travail d'équipe et des attitudes du personnel dans la prise en charge des états d'agitation aigüe.

Leur programme débutait par une conférence d'introduction de trente minutes sur la gestion de la crise, les techniques de désescalade, le placement des contraintes, ainsi que sur les principes fondamentaux de la collaboration interprofessionnelle.

Les étudiants en médecine d'urgence, les infirmières et le personnel de sécurité de l'hôpital étaient affectés à des équipes interprofessionnelles, dans lesquelles chaque rôle et responsabilités ont été prédéfinis.

Les séances de simulation ont été réalisées par des patients standardisés, joués par des professionnels de santé. A la fin de chaque scénario, les groupes de participants ont immédiatement procédé à une séance de débriefing structurée dirigée par des professionnels de la santé formés aux théories de l'éducation et aux concepts de débriefing (73). Au total ils ont organisé dix sessions de trois heures sur une période de trois mois.

Cette étude était basée sur un sondage (voir **Tableau 10**). Ils ont utilisé l'échelle validée de gestion de l'agressivité et de la violence (MAVAS) (73).

Les résultats du sondage de l'enquête ont montré que la gestion de la situation et de l'interaction avec le patient ont été significativement améliorées après intervention. Le sondage MAVAS n'a pu refléter que des changements dans les attitudes du personnel à l'égard des facteurs d'agression. En effet ce programme était principalement axé sur la prévention et la reconnaissance de ces facteurs plutôt que sur la gestion médicale spécifique de l'état d'agitation aigüe.

✓ Feinstein et al (2014)

L'étude de Feinstein et al (74) s'est axée sur les risques de violence en consultation externe. De ce fait, ils ont conçu un programme de formation pour préparer les étudiants en psychiatrie à réagir de manière optimale face aux patients agressifs et aux menaces violentes dans un contexte ambulatoire.

Les sessions du programme de la formation se déroulaient en quatre heures au cours desquelles trois scénarii différents étaient élaborés. Après un questionnaire sur la prévention de la violence remis aux apprenants, se déroulaient trois exercices de simulation, filmés, d'environ une heure (chaque scénario 20-30 minutes).

Le suivi post simulation a consisté en un sondage afin de recueillir les ressentis des apprenants et leurs impressions concernant l'utilité de la simulation. Les résultats de l'enquête sont présentés dans la **Tableau 10**.

✓ Feinstein et al (2017)

Les auteurs ont élaboré un exercice de simulation de menaces de violence en situation réelle, en complément de leur programme de formation de 2014 (75). Leur postulat repose sur le fait que l'exercice en situation réelle favoriserait la conformité des procédures de sécurité et offrirait aux personnels une expérience plus pratique, tels que prise de décision situationnelle, plan de communication, préparation aux situations d'urgence et acquisition des compétences de désescalade verbale.

Ces séances de simulation proposées n'étaient pas obligatoires, et se déroulaient sur quatre heures. Chaque session impliquait environ 70 participants (personnels de la clinique psychiatrique, personnels d'autres services hospitaliers, administratifs, de la sécurité, des acteurs et des observateurs).

✓ Thomson et al (2013)

Dans cet article, Thomson et al (76) ont mis au point un cours de formation basé sur la simulation à l'intention des psychiatres d'urgence. Cette formation, d'une durée d'environ une heure, avait pour objectifs pédagogiques un apprentissage des compétences cliniques et du travail en équipe dans la gestion de l'agitation aigüe.

L'enseignement a été structuré suite à l'examen du programme *Royal College of Psychiatrists* (2010) et les recommandations du *Psychiatric Trainees Committee* (2008). Les auteurs ont eu recours à des patients standardisés, incarnés par des acteurs, et chaque scénario élaboré impliquait plusieurs participants. La séance de simulation, filmée, était immédiatement suivie d'un débriefing d'environ 45 minutes.

Cet enseignement par simulation a été évalué à l'aide de différents moyens (voir **Tableau 10**). Les résultats ont démontré que l'enseignement avait été bien reçu par les apprenants et qu'ils étaient en demande d'une formation par la simulation en complément de leur formation didactique (voir **Tableau 10**).

✓ Zigman et al (2013)

L'article de Zigman et al (77) expose un programme de formation par simulation pour les internes en psychiatrie pour l'évaluation et la gestion des patients agités.

Les objectifs de la session étaient une évaluation clinique de l'état d'agitation aiguë, maîtriser les techniques de désescalade verbale, déterminer la pharmacothérapie la plus appropriée le cas échéant et savoir maintenir sa sécurité et celle du patient.

Pour cette étude, seuls les étudiants de première et deuxième années ont été recrutés à l'Université de psychiatrie de Mc Gill. Ce projet n'était pas obligatoire et douze étudiants (55%) y ont participé.

La formation initiale a débuté par une séance didactique d'une heure. Puis les étudiants ont participé à trois simulations avec des patients standardisés, suivi d'un compte rendu effectué par un observateur expert.

L'évaluation consistait en des questionnaires avant et après intervention remis aux étudiants. Les résultats sont présentés dans le **Tableau 10**.

Les limites de cette étude résident dans le petit nombre d'étudiants impliqués, pouvant limiter la généralisation des résultats. De plus, l'étude reposait sur une auto évaluation de la compréhension et des compétences perçues par les étudiants eux-

mêmes. Certains participants ont signalé que, malgré l'intervention, ils restaient anxieux et manquaient de véritables expériences cliniques.

DISCUSSION

Dans notre travail de revue de la littérature, nous avons identifié qu'actuellement peu d'articles ont été publiés abordant l'enseignement par la simulation médicale dans la gestion des états d'agitation aiguë. Les sept articles identifiés montrent cependant que ce type d'enseignement serait utile en complément des cours didactiques dans l'amélioration de la gestion technique et relationnelle de l'état d'agitation aiguë, et favoriserait la dynamique interprofessionnelle. De plus, ces formations amélioreraient la confiance des étudiants avec une diminution de l'anxiété lors de la gestion de ce type de situation clinique d'urgence.

Les sondages réalisés auprès des praticiens suggèrent que peu d'entre eux ont reçu une formation à l'évaluation du risque de violence. Schwartz et Park (80) ont enquêté auprès d'un échantillon national de 517 internes en psychiatrie et ont rapporté qu'un tiers des étudiants n'avaient jamais reçu de formation pour évaluer et gérer le risque de violence des patients, et un tiers d'entre eux a qualifié leur formation d'inadéquate. Guy et al. (81) ont également signalé que les 340 psychologues de leur échantillon national avaient une médiane de zéro heure de formation officielle en évaluation et gestion de la violence des patients.

Nous discutons ici des avantages de l'enseignement par la simulation dans la formation à la gestion des états d'agitation aiguë, de ses inconvénients, des implications pratiques et des perspectives futures.

A) Avantages

La simulation peut s'avérer très utile pour former les étudiants à travailler avec des patients agités. Lorsque la simulation a été utilisée pour l'enseignement en psychiatrie, elle a le plus souvent été réalisée avec des patients standardisés ou simulés (66) (82) (83). Le recours à ces acteurs formés présente de nombreux avantages par rapport au jeu de rôle informel. Ils peuvent reproduire des représentations fiables de patients complexes, conduisant à une expérience réaliste et de haute fidélité (4, 5). Dans les milieux psychiatriques, les patients standardisés se sont avérés réalistes, et de brèves rencontres d'environ 15 minutes permettent de traiter convenablement le thème de l'agitation aiguë afin d'enseigner les compétences requises pour les jeunes étudiants (7). De plus certains formateurs dans d'autres domaines médicaux ont démontré l'efficacité de l'utilisation de la simulation pour apprendre aux stagiaires à faire face aux situations de crise (6).

Pour gérer en toute sécurité les troubles comportementaux aigus, les équipes d'infirmiers et les médecins doivent communiquer habilement avec le patient et les uns avec les autres, prendre rapidement des décisions d'équipe concernant les médicaments et coordonner l'intervention physique en toute sécurité. De ce fait, l'enseignement basé sur la simulation semble influencer directement les participants vers une amélioration du travail d'équipe d'interprofessionnel, et promouvoir le dialogue entre pairs pendant le débriefing structuré (84).

Les éléments clés émanant des études publiées suggèrent qu'une séance de simulation avec un patient standardisé s'avère plus efficace qu'une séance didactique traditionnelle pour enseigner aux étudiants la gestion de l'agitation. Elle peut entraîner des améliorations dans les connaissances et la performance, et peut

être un outil d'enseignement utile pour préparer les étudiants à agir en confiance et de manière autonome. De plus, la formation basée sur la simulation offre une opportunité d'apprentissage expérientiel dans un cadre normalisé, et peut être facilement mise en œuvre avec des ressources limitées. Cela permet également d'assurer à tous les étudiants de manière égale, dans un lieu réaliste mais sûr, une exposition contrôlée à un scénario clinique contrairement aux différents lieux de stage où l'expérience individuelle est imprévisible.

B) Limites

Malgré le fait que ce type de formation soit associé à de bons résultats d'apprentissage en comparaison à d'autres modalités d'enseignement, l'utilisation de la simulation médicale reste rare en psychiatrie. En effet, la formation par simulation en psychiatrie n'a pas beaucoup évoluée au-delà de « *deux chaises et un public* », c'est-à-dire le recours à des jeux de rôle en classe lors des enseignements didactiques, ne recréant que peu l'environnement réel clinique (66) (82).

Il existe un certain nombre d'explications possibles à la pénurie relative de simulations en psychiatrie. Il est courant de penser que les sujets psychiatriques ne se prêtent pas aussi bien à un environnement de simulation. D'autre part il apparaît un manque de preuves que la formation par simulation est complémentaire voire plus efficace que l'enseignement didactique seul, ce qui est nécessaire pour justifier les ressources additionnelles requises pour la simulation (un seul essai contrôlé pour la formation à la gestion de l'agitation aigüe par exemple). Enfin, il persiste un manque de connaissances et d'expériences parmi les enseignants en psychiatrie pour l'élaboration et la mise en œuvre de simulations.

En résumé, les résultats suggèrent que la formation par simulation est faisable, bien tolérée et efficace pour enseigner aux étudiants comment gérer les patients agités. La confiance auto déclarée s'est révélée nettement améliorée. Cependant, il reste peu clair si cette amélioration subjective se traduit également par une amélioration des performances et des connaissances dans la gestion de l'agitation, d'où la nécessité d'interpréter avec prudence les études qui reposent uniquement sur des mesures subjectives en majorité non contrôlées (72). Établir l'efficacité de la formation par simulation pour la gestion de l'état d'agitation aiguë dans des essais contrôlés randomisés sur des effectifs importants serait une première étape nécessaire pour faire avancer le domaine (72).

C) Implications

L'apprentissage expérientiel par simulation est souvent utilisé pour la formation à la sécurité dans les domaines où les décisions à haut risque doivent être prises rapidement (3). De ce fait, l'éducation basée sur la simulation est largement adoptée en médecine comme un moyen efficace de former les étudiants à effectuer des rencontres cliniques à haut risque (68).

La gestion de l'agitation est une compétence complexe que les étudiants doivent acquérir tôt dans leur cursus car ils sont souvent appelés et amenés à devoir gérer de façon autonome des patients agités. De telles urgences comportementales sont des situations d'urgence clinique, avec un potentiel de traumatisme physique et psychologique pour les patients et le personnel de soins (72).

Bien qu'il semble que les événements à haut risque soient heureusement relativement rares et peu fréquents, une menace de violence ou un épisode de violence dans le cadre du travail, peut avoir des effets durables sur les pratiques cliniques futures. Selon Feinstein et al (75), l'existence d'événements violents affectent régulièrement le moral du personnel, augmente le burn-out, et peut augmenter les appels à la prévention pour prévenir de futurs épisodes (75).

Enfin, les programmes d'enseignement pourraient être renforcés par des sessions répétées de simulation, à des intervalles réguliers, avec une didactique plus courte ou ciblée pour les jeunes étudiants en psychiatrie, d'autres spécialités et le personnel de soins (73).

CONCLUSION

Cette revue de la littérature montre l'intérêt de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aigüe. Toutefois, le niveau de preuve reste faible, de par le faible nombre d'essais contrôlés (un seul) et d'autres études contrôlées restent nécessaires, notamment pour évaluer l'effet au long cours sur le terrain.

PARTIE II : Etat des lieux de l'enseignement à la gestion des états d'agitation aigüe par la simulation en France

INTRODUCTION

Les centres de formation par la simulation sont de plus en plus nombreux en France. Toutefois, aucune donnée n'est disponible sur les programmes de formation actuellement utilisés pour la formation à la gestion des états d'agitation aigüe.

Nous avons donc réalisé une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres de simulation français. L'objectif était d'identifier les centres proposant une formation spécifique pour la gestion de l'EAA et de caractériser ces formations.

METHODE

Un questionnaire a été diffusé par courriel aux responsables de tous les centres de simulation français : aux médecins responsables et aux secrétaires des centres hospitaliers et universitaires nationaux et DOM TOM, à la BSPP de Paris (brigade des sapeurs-pompiers de Paris) qui effectuent des exercices de simulation dans le cadre de leurs entraînements, ainsi qu'aux principaux centres hospitalo-universitaires francophones : en Belgique (Bruxelles, Namur et Liège), en Suisse (Genève), aux Etats-Unis (Laval et Mc Gill) et au Québec (Montréal). Au total, 92 structures ont été contactées entre le 1^{er} février 2018 et le 15 septembre 2018.

Le questionnaire utilisé a été élaboré avec l'outil bureautique *Google Forms* (voir **Annexe**). Il était divisé en deux parties : (A) questions générales et (B) questions relatives à l'enseignement par la simulation dans la gestion des états d'agitation aigue. Il comprenait vingt-six questions au total pour un temps de réponse estimé à 10 minutes.

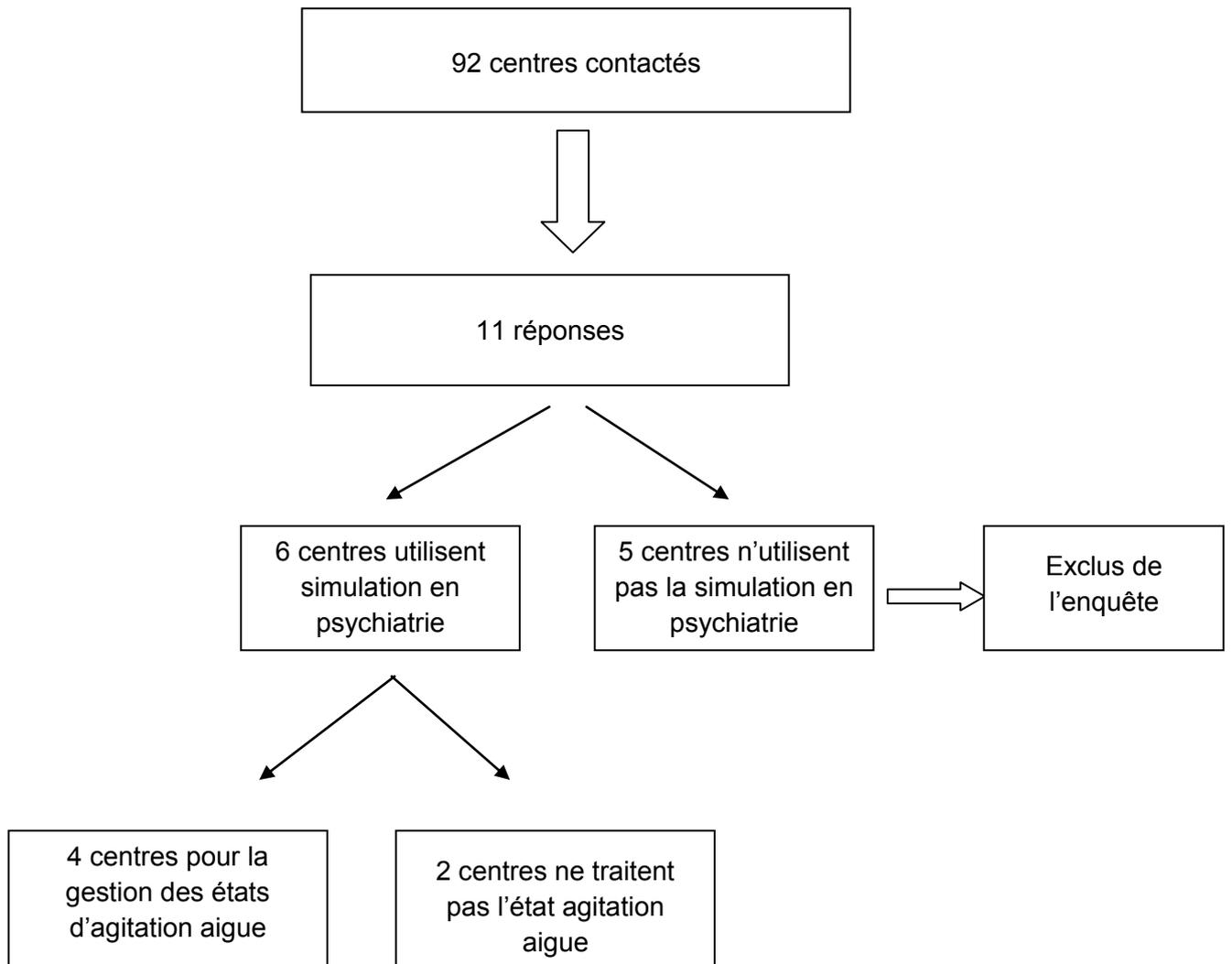
La partie « *questions générales* » comprenait cinq questions : 1/ utilisation de la simulation dans le cadre de l'enseignement de DES de psychiatrie, 2/ le statut du centre de simulation, 3/ les types de simulation utilisées, 4/ la composition des équipes pédagogiques et 5/ les thématiques abordées en psychiatrie.

La partie du questionnaire relative à la « *formation par simulation dans les états d'agitation aigue* » interrogeait sur vingt-et-une questions (voir **Annexe**).

RESULTATS

Nous avons recueilli 11 réponses après quatre relances successives sur une période d'environ 6 mois (voir **Figure 8**). Parmi ces réponses 5 des répondants (45,5%) n'utilisent pas de simulation dans l'enseignement de psychiatrie contre 6 (54,5%) qui l'utilisent, dont 4 dans la gestion des états d'agitation aigue (66.6% contre 33.3%).

Figure 8. Réponses au questionnaire



A) Utilisation de la simulation pour l'enseignement de la psychiatrie

L'ensemble des résultats est présenté dans le Tableau 11.

a- Utilisez-vous la simulation dans le cadre de l'enseignement de psychiatrie ?

Sur les 11 réponses obtenues, 6 centres (soit 55%) ont déclaré utiliser la simulation dans le cadre de l'enseignement de psychiatrie. Les 5 répondants, soit 45%, n'utilisant pas la simulation en psychiatrie bénéficiaient bien d'un centre de simulation mais cette technique n'était pas utilisée dans le cadre du DES de psychiatrie

Concernant l'année d'introduction de la simulation dans le DES de psychiatrie, seulement trois des répondants ont complété cette réponse. Les années d'introduction de cet enseignement dans le cursus des internes de psychiatrie étaient en 1998, 2009 et 2014.

Les raisons principales évoquées de l'absence d'enseignement par simulation en psychiatrie sont le manque de moyens humains (40%), l'absence de DES de psychiatrie (20%), le manque de demandes (20%) et l'intégration possible des étudiants dans le DES d'urgences (20%).

b- Statut du centre :

Tous ont répondu à la question relative au statut de leur centre de simulation. Les statuts des centres étaient universitaire (27,3%), hospitalier (18,2%) et hospitalo-universitaire (54,5%).

c- Types de simulations utilisées :

Parmi les réponses, nous avons noté les deux principaux types de simulation utilisées : les jeux de rôle et les patients standardisés.

Les types de simulations étaient multiples par l'utilisation également de simulation procédurale (14%), simulation basse fidélité (14%), simulation haute fidélité (14%), réalité virtuelle (5%), serious game (7%) et simulation « in situ » (12%).

d- Thématiques abordées en psychiatrie :

Les six participants pratiquants la simulation dans l'enseignement de psychiatrie ont répondu à cette question. Différents thèmes sont abordés avec les étudiants par le biais de la simulation, tels que la dépression, le trouble anxieux, le trouble bipolaire, la schizophrénie, la démence, les troubles alimentaires, les addictions, l'agressivité de famille, l'annonce d'une maladie grave, la crise suicidaire, la prise en charge d'une attaque de panique par la TCC (thérapie cognitivo comportementale) et la relation médecin patient.

Tableau 11. Utilisation de la simulation dans l'enseignement de la psychiatrie

Centres	Statut	Utilisez-vous la simulation dans le cadre du DES de psychiatrie ?		Si oui, année d'introduction	Si non, précisez	Types de simulations utilisées quelle que soit la spécialité	Thématiques abordées en psychiatrie
		Oui	Non				
1	Hospitalo-universitaire	X		1998		<ul style="list-style-type: none"> ✓ patient standardisé ✓ jeux de rôle ✓ simulation procédurale ✓ simulation basse fidélité ✓ simulation haute fidélité ✓ serious game ✓ simulation « in situ » 	<ul style="list-style-type: none"> → Dépression → troubles anxieux → troubles bipolaires → troubles borderline → démences → troubles alimentaires → addictions
2	Hospitalier		X	-	Formation continue des urgences	<ul style="list-style-type: none"> ✓ patient standardisé ✓ jeux de rôle ✓ simulation procédurale ✓ simulation basse fidélité ✓ simulation haute fidélité ✓ simulation « in situ » 	<ul style="list-style-type: none"> → agitation aigue → agressivité de famille → annonce d'une maladie grave
3	Hospitalier		X	-	Pas de DES de psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ patient standardisé ✓ simulation procédurale ✓ simulation basse fidélité ✓ simulation haute fidélité ✓ simulation « in situ » 	X
4	Hospitalo-universitaire	X				<ul style="list-style-type: none"> ✓ jeux de rôle 	X
5	Hospitalo-universitaire	X		-		<ul style="list-style-type: none"> ✓ patient standardisé ✓ jeux de rôle 	<ul style="list-style-type: none"> → agitation aigue → crise suicidaire → psychothérapie → relation médecin/patient
6	Universitaire		X	-	Manque de moyens	<ul style="list-style-type: none"> ✓ patient standardisé ✓ jeux de rôle 	X

Tableau 11. Utilisation de la simulation dans l'enseignement de la psychiatrie

					humains	<ul style="list-style-type: none"> ✓ simulation procédurale ✓ simulation basse fidélité ✓ simulation haute fidélité ✓ serious game ✓ simulation « in situ » 	
7	Universitaire	X		2014		<ul style="list-style-type: none"> ▪ patient standardisé ▪ jeux de rôle 	<ul style="list-style-type: none"> → agitation aigue → crise suicidaire → diagnostic et annonce diagnostique de schizophrénie → expertise psychiatrique (séminaire dédié) → attaque de panique (séminaire TCC) → « psychologie » médicale (pour les externes)
8	Hospitalo-universitaire		X	-	Manque de moyens humains	<ul style="list-style-type: none"> ✓ jeux de rôle ✓ simulation procédurale ✓ simulation basse fidélité ✓ simulation haute fidélité ✓ réalité virtuelle 	X
9	Universitaire		X	-	Pas de demande	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patient standardisé ▪ jeux de rôle ▪ simulation procédurale ▪ simulation basse fidélité ▪ simulation haute fidélité ▪ réalité virtuelle ▪ serious game ▪ simulation « in situ » 	X
10	Hospitalo-universitaire	X		2009		<ul style="list-style-type: none"> ✓ patient standardisé ✓ jeux de rôle ✓ simulation procédurale ✓ simulation basse fidélité ✓ simulation haute fidélité 	X

Tableau 11. Utilisation de la simulation dans l'enseignement de la psychiatrie

						✓ serious game ✓ simulation « in situ »	
11	Hospitalo-universitaire	X		-		X	→ situations de psychiatrie « du quotidien » pour internes en phase socle → psychologie médicale pour les externes

B) Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aigüe

Parmi les 6 réponses aux questionnaires utilisant la simulation dans le cadre de l'enseignement de DES de psychiatrie, seulement quatre centres, soit 67%, utilisent l'enseignement par la simulation dans la gestion des états d'agitation aigüe et de violence. Les résultats sont résumés dans le **Tableau 12**.

➤ 1. Références utilisées

Les références utilisées pour la construction de leur projet sont la conférence de consensus de l'agitation aux urgences, le DU de simulation pour les formateurs, le travail de thèse du Docteur Pham-Dinh ou encore le référentiel national de psychiatrie pour déterminer les objectifs pédagogiques.

➤ 2. Types de simulation

Les types de simulation utilisés sont le patient standardisé (100%), le jeu de rôle (20%) et la simulation procédurale (20%). Les centres de simulation peuvent utiliser plusieurs types de simulation lors d'un enseignement : tous ont affirmé recourir à un patient standardisé alors que deux autres centres exploitent également le jeu de rôle et la simulation procédurale.

➤ 3. Composition de l'équipe pédagogique.

Trois questions portées sur la formation préalable des formateurs, le temps professionnel dédié et la présence de personnels dédiés à l'organisation.

Parmi les quatre réponses des centres, les équipes pédagogiques sont constituées de 3 à 6 personnels médicaux et paramédicaux dont des psychologues, cadres supérieurs de santé et infirmier. La formation préalable des formateurs n'est pas systématique (75% ont recours à une formation préalable des formateurs contre 25%), ainsi que l'attribution d'un temps professionnel dédié par les formateurs à l'enseignement (75% bénéficient d'un temps professionnel dédié à l'enseignement contre 25%). Pour des questions organisationnelles, tous bénéficient d'un personnel pour la gestion technique du matériel et pour la gestion administrative du centre. Certains ont également recours à un secrétariat spécifique (75%), ainsi qu'à du personnel dédié à la gestion technique du matériel et à la gestion technique et organisationnelle du centre (100%)

➤ 4. Public cible

Dans cette partie, il était demandé de préciser le public cible par une question à choix multiples (exclusivement des internes de psychiatrie, internes et séniors, externes, paramédicaux, internes d'autres spécialités). Si la formation s'adressait aux internes de psychiatrie, il était demandé de préciser le ou les semestres d'enseignement.

Les réponses ont montré qu'une seule faculté (25%) adressait cet enseignement par simulation exclusivement aux internes du DES de psychiatrie. Pour les trois autres, la formation s'adressait aux internes de psychiatrie, mais également aux autres internes de spécialités (75%), aux séniors (50%), aux paramédicaux (50%) et aux externes (25%).

Toutes les facultés organisent cet enseignement par simulation pour les internes, que ce soit en psychiatrie ou d'autres spécialités. Cependant les semestres d'internat diffèrent pour chacune, seule une d'entre elles destine la formation par la simulation pour tous les internes durant leur cursus.

Par ailleurs, il était demandé si la formation était ouverte à d'autres professionnels, et si oui lesquels. Deux facultés ont répondu à la question sur l'ouverture de la formation à d'autres professionnels. Les professionnels concernés sont pour l'une les ambulanciers, et pour l'autre le service de sécurité de l'hôpital.

La dernière question de cette partie demandait de préciser les effectifs des groupes lors de la dispense de l'enseignement par simulation. Dans cette question, les centres devaient préciser la taille des groupes d'étudiants ou de professionnels assistant à la formation par simulation. L'effectif des groupes variait de 10 (25%) à 10 à 20 (75%) participants. Aucune ne proposait de formation pour des groupes supérieurs à 20 participants.

➤ 5. Organisation de la formation

a- Caractère obligatoire de la formation

Les quatre facultés ont répondu à cette question.

La formation s'est révélée obligatoire pour toutes (100%) pour les internes du DES de psychiatrie.

b- Organisation de la séance

Toutes les facultés ont répondu à cette question à choix multiples.

Parmi elles, 50% exigeaient un pré requis avant chaque séance et 50% réalisaient un point théorique avant ou après la séance. Un briefing général en début de séance est réalisé pour 100%, et un débriefing général en fin de séance est réalisé à 75%. Par ailleurs, une seule (25%) effectuait un débriefing après chaque scénario simulé.

c- Nombre de séances proposées sur l'ensemble de la formation

Cette question interrogeait sur le nombre total de séances de simulation dispensé au cours de l'ensemble de la formation. Toutes les facultés ont répondu à cette question, avec un nombre minimum de séances de 1 et un nombre maximum de 6.

Une faculté a précisé effectuer des séances de simulation supplémentaires en fonction du choix des séminaires facultatifs des étudiants.

d- Durée d'une séance de simulation

Une faculté n'a pas précisé quelle était la durée d'une séance de simulation. Parmi les trois autres facultés, deux effectuent des séances de simulation d'une durée de 3h (50%) et une d'une durée d'une heure et demie (25%).

e- Nombre de scénarii par séance de simulation

Trois des facultés ont répondu à cette question. Deux d'entre elles ont mis en place deux scénarii par séance de simulation et une faculté n'en organise qu'un.

f- Répétition de scénarii au cours de la formation afin de rechercher une progression

Les quatre centres ont répondu à cette question. Deux facultés (50%) pratiquaient une répétition de certains scénarii au cours de la formation afin de rechercher une progression des étudiants alors que deux ne le pratiquaient pas (50%).

g- Utilisation de la vidéo

Cette question interrogeait sur l'utilisation de la vidéo au cours de la séance de simulation. Si la réponse était positive, il était demandé aux répondants d'en préciser la manière, par un choix multiple entre « Visualisation de la séance par les observateurs » et/ou « Outil pour le débriefing ».

Les quatre centres ont répondu à cette question et ont affirmé à 100% utiliser la vidéo lors de leurs séances de simulation. Tous y avaient recours dans un but de

visualisation de la séance par les observateurs. L'un des centres a précisé qu'il n'y avait pas de travail spécifique sur le visionnage en lui-même mais que les séquences étaient données comme matériel pédagogique sur une clef usb à chaque participant.

Deux centres (50%) utilisaient également la retransmission vidéo comme outil pour le débriefing à la fin de la séance de simulation.

h- Evaluation en fin de séance

Nous les avons ensuite questionnés sur l'existence ou non d'une évaluation en fin de séance. Puis la deuxième partie de la question demandait de préciser le moyen utilisé par une réponse libre.

Tous les centres ont répondu à la première partie de la question. L'évaluation en fin de séance était pratiquée par trois d'entre eux (75%) contre un qui ne l'effectuait pas (25%).

Parmi les centres effectuant une évaluation en fin de séance, deux ont répondu à la deuxième partie de la question portant sur le moyen utilisé. L'un distribuait des questionnaires de satisfaction aux participants, et le deuxième demandait la rédaction d'une expertise dans le cadre d'un séminaire d'approfondissement spécifique, ne précisant pas le moyen d'évaluation concernant la formation par simulation dans le cadre de l'enseignement général obligatoire

i- Objectifs de l'enseignement par simulation

Dans cette question à choix multiples, il était demandé de définir les objectifs de l'enseignement entre « formation seule » et « formation et évaluation certificative ». Les répondants avaient la possibilité de définir un ou plusieurs autres objectifs dans une zone de texte libre spécialement dédiée.

Les quatre facultés ont répondu que l'objectif de cet enseignement par simulation était uniquement à visée de formation.

j- Projets d'évolution

La dernière partie du questionnaire interrogeait sur le(s) projet(s) d'évolution de la formation par simulation dans les états d'agitation aiguë. Dans un premier temps les participants étaient invités à répondre par « oui » ou par « non », puis à expliquer leur réponse dans une zone de texte libre.

Trois des quatre centres ont répondu à cette question. Parmi eux, deux facultés avaient des projets d'évolution concernant leur enseignement. Ces projets concernaient différents points de la formation :

- Le public cible avec un projet d'extension de cet enseignement aux externes.
- Le type de simulation utilisé par le recours à un patient standardisé autre qu'un des médecins psychiatres dirigeant l'enseignement. Concernant ce point, des limites financières ont été évoquées.
- L'organisation de la séance en elle-même par une standardisation des scénarii utilisés dans les prochaines années.

- L'évaluation de l'enseignement par la simulation dans la gestion des états d'agitation aigüe, par un format d'évaluation par ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré, type d'évaluation permettant de valider les connaissances et les compétences acquises tout au long d'un cursus d'études par des simulations de situations cliniques complexes) afin d'établir l'impact de la formation sur les internes dans la situation clinique d'agitation aigue. La limite évoquée à ce projet a été un manque de temps.

Tableau 12. Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë

		Centre 1	Centre 2	Centre 3	Centre 4
Utilisez-vous la simulation pour l'enseignement des crises d'agitation aiguë ?		Oui	Oui	Oui	Oui
Références utilisées pour la construction du projet ?		DU de simulation pour les formateurs	Thèse du Dr Pham-Dinh Caroline	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conférence de consensus ➤ Collège de psychiatres expérimentés (pour la détermination des objectifs) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de référence spécifique pour la simulation. ➤ Référentiels classiques pour l'état d'agitation et sa prise en charge
Composition de l'équipe pédagogique ?	Formateurs médicaux	6	4	3 (psychiatres « experts de la simulation ») + interventions d'expert de thématique abordée (TCC, expertise...)	2
	Formateurs paramédicaux	X	1 (cadre de santé supérieur)	X	2 + parfois un enseignant de techniques de « self défense » et une psychologue pour la formation continue
Formation préalable des formateurs ?		Oui	Non	Oui	Oui
Temps professionnel dédié ?		Oui	Oui	Non	Oui
Présence d'un personnel dédié pour		➤ Gestion technique du	➤ Gestion technique du	➤ Gestion technique du	➤ Gestion technique du matériel

Tableau 12. Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë

les questions organisationnelles ?		matériel ➤ Travail de secrétariat ➤ Gestion administrative et organisationnel le du centre	matériel ➤ Travail de secrétariat ➤ Gestion administrative et organisationnelle du centre	matériel ➤ Gestion administrative et organisationnelle du centre	➤ Travail de secrétariat ➤ Gestion administrative et organisationnelle du centre
Formation ouverte à d'autres professionnels ?		X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité des hôpitaux universitaires de la région ▪ formation ouverte universitaire : participent des médecins, infirmiers, psychologues, etc.
Financement de la formation par simulation ?		Dans le cadre du DES de psychiatrie, donc inclus dans le budget du centre de formation par simulation	Non	Les apprenants pour la formation initiale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation initiale dans le cadre du séminaire des urgences financée dans le cadre universitaire ➤ Formation continue financée par les participants (personnel ou institutionnel)
Caractère obligatoire ?		Oui	Oui	Oui	Oui (pour les internes du DES de psychiatrie)
Publics cible ?		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Internes de psychiatrie ➤ Internes d'autres spécialités 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exclusivement internes de psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Internes et médecins séniors ➤ Externes ➤ Internes d'autres spécialités 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Internes et médecins séniors ➤ Paramédicaux ➤ Internes d'autres spécialités

Tableau 12. Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë

Internes de quelles années ?		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3^{ème} et 4^{ème} semestres ➤ 5^{ème} et 6^{ème} semestres 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1^{ère} et 2^{ème} semestres 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1^{ère} et 2^{ème} semestres ➤ 3^{ème} et 4^{ème} semestres ➤ 5^{ème} et 6^{ème} semestres ➤ 7^{ème} et 8^{ème} semestres 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1^{ère} et 2^{ème} semestres
Effectifs des groupes ?		10	10 à 20	10 à 20	10 à 20
Programme de la formation ?		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1h de cours théorique sur la gestion médicamenteuse dans les situations d'agitation aiguë ▪ scénario d'agitation aiguë: 1 médecin patient standardisé, 1 médecin formateur ▪ scénario joué 2 fois avec un interne incarnant son rôle d'interne de garde, autres internes sont observateurs puis débriefing 	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repères théoriques concernant l'agitation, l'agressivité et la violence : savoir éviter, désescalade, savoir faire face, techniques de contention, etc. ▪ Mise en situation de type jeux de rôles dans le cadre de l'unité de pédagogie par la simulation. ▪ Travail autour de situations personnellement vécues.
Techniques de simulation utilisées ?		Patient standardisé	Patient standardisé	Patient standardisé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient standardisé ▪ Mannequins
Organisation de la séance ?		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pré requis exigé ➤ Briefing général en début de journée ➤ Débriefing général en fin de journée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Briefing général en début de journée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Briefing général en début de journée ➤ Débriefing général en fin de journée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pré requis exigé ➤ Briefing général en début de journée ➤ Débriefing général en fin de journée

Tableau 12. Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë

		➤ Point théorique			➤ Point théorique
Nombre de séances ?		6	1	4 en phase socle Puis en fonction du choix des séminaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 à 2 pour les internes ▪ 3 jours pour la formation continue
Durée d'une séance ?		3 heures	1 heure 30	2 à 3h	X
Nombre de scénarii par séance ?		1 à 2	2	1	X
Répétitions de scénarii afin de rechercher une progression ?		Non	Oui	Oui	Non
Utilisation de la vidéo ?		Oui	Oui	Oui	Oui
Si oui, comment ?		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visualisation de la séance par les observateurs ➤ Outil de débriefing 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visualisation de la séance par les observateurs 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visualisation de la séance par les observateurs ➤ Outil de débriefing 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visualisation de la séance par les observateurs Pas de travail spécifique utilisant le visionnage. Séquences données comme matériel pédagogique sur clef usb pour les apprenants
Evaluation en fin de séance ?		Oui	Non	Oui (séminaire expertise)	Oui
Si oui, par quel(s) moyen(s) ?		X	X	Rédaction d'une expertise (dans le cadre du séminaire dédié)	Questionnaire de satisfaction
Objectifs de la séance ?		Formation	Formation	Formation	Formation
Projets d'évolution ?		X	Oui	Oui	Non
Si oui, le(s)que(s) ?			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient standardisé autre que médecin ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation dans le séminaire de 	

Tableau 12. Utilisation de la simulation pour la formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë

			<p>(limite financière).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardisation du scénario sur les années à venir. ▪ Utilisation d'une grille d'évaluation à visée formative. ▪ Envisager passage des internes sous forme d'ECOS ? (mais limite temporelle et moins axé sur le débriefing qui semble très bénéfique). ▪ Evaluation de l'impact de la formation sur les comportements des internes face à une situation d'agitation aiguë (cette fois ECOS) (là aussi si temps suffisant pour le faire) 	<p>thérapies brèves</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Généralisation pour les externes pour les compétences relationnelles 	
--	--	--	--	--	--

DISCUSSION

Etant donné le très faible taux de réponse recueilli (11 réponses sur les 92 centres contactés), notre enquête nationale réalisée auprès des différents centres de simulation, ne nous a pas permis de tirer de conclusions concernant les programmes de formation pour la gestion des états d'agitation aiguë,

Cependant, les réponses que nous avons obtenues permettent de confirmer que l'enseignement par la simulation en psychiatrie n'est pas réalisé partout (6 centres sur les 11 répondants).

De plus, cette enquête a tout de même permis d'identifier des centres pratiquant la formation à la gestion des états d'agitation aiguë par la simulation (4 centres répondant). Les réponses sur le déroulement des formations ont ainsi aidé à répertorier différents points communs :

- ✓ Il n'existe pas actuellement de références officielles utilisées pour la construction d'un programme d'enseignement par la simulation pour la gestion des états d'agitation aiguë.
- ✓ Les équipes pédagogiques comprennent toutes la présence de formateurs médicaux.
- ✓ Tous les centres bénéficient d'un personnel dédié pour les questions organisationnelles (gestion technique du matériel, travail de secrétariat et gestion administrative du centre).
- ✓ Les effectifs des groupes sont compris entre 10 et 20 étudiants.
- ✓ Le type de simulation utilisé est un patient standardisé.
- ✓ L'organisation de la séance comprend pour tous un briefing général en début de journée.

- ✓ Tous les centres utilisent la vidéo, notamment pour la visualisation de la séance par les observateurs. Seulement deux d'entre eux l'utilisent comme un outil de débriefing.
- ✓ Une évaluation des participants n'est pas intégrée au programme.
- ✓ Pour tous les centres, l'enseignement par la simulation pour la gestion des états d'agitation aiguë a un but de formation.

Toutefois, le programme de formation de ces centres diffère sur certains points :

- ✓ Les équipes pédagogiques varient dans leur composition et leur nombre. Elles ne bénéficient pas toutes d'une formation préalable ni d'un temps professionnel dédié.
- ✓ Un pré requis, un débriefing général et un point théorique en fin de journée ne sont pas systématiques.

CONCLUSION

Malgré leur faible nombre, quelques centres de simulation ont établi un programme de formation pour la gestion de l'état d'agitation aiguë. Cet état des lieux a permis d'entamer une réflexion pour la mise en place d'une formation innovante.

PARTIE III : Programme APESAA : apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aigüe

L'état d'agitation aigüe est une urgence médicale fréquente qui nécessite une prise en charge spécifique (voir **Introduction**). Malgré le faible nombre d'études contrôlées et de centres proposant un enseignement par la simulation pour la gestion de l'état d'agitation aigüe (voir **Résultats Partie I et II**), il apparaît comme un outil pédagogique intéressant et de plus en plus utilisé pour l'enseignement de la psychiatrie d'urgence.

Les éléments recueillis par la revue de la littérature et l'enquête réalisée auprès des centres de simulation, ont permis d'appuyer notre démarche d'élaboration d'un programme de formation innovant par la simulation : *APESAA apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aigüe*.

1- Public ciblé

La formation s'adresse aux étudiants en santé et aux personnels hospitaliers (médical, paramédical, non médical).

2- Composition de l'équipe pédagogique

Le programme est construit par : Ali Amad, Théo Deledicq, Thomas Fovet, Mathilde Horn, Céline Lecocq, Fabio Verdeil, Matthieu Paindavoine, Thomas Roszczyc, Youcef Yamani, Lauren Zouker.

Chaque session sera animée par 2 infirmiers et un médecin.

Un acteur sera présent au cours de 2 demi-journées.

3- Type de simulation

Les modules de formation sont centrés sur l'enseignement par la simulation avec patient standardisé. Un acteur est spécialement formé pour jouer un état d'agitation aigu. Cette formation devra permettre à l'acteur d'acquérir des connaissances solides sur les signes cliniques, la personnalité, le langage et les réactions émotionnelles du patient standardisé définis dans l'élaboration des scénarii.

4- Construction du programme

Le programme se déroule sur 3 jours. Il s'organise en 8 modules (voir programme).

Les modules comprennent un versant théorique et une séance de simulation.

La séance est filmée avec retransmission vidéo en direct pour les observateurs. Les scénarii sont construits afin que chaque participant puisse jouer son propre rôle.

Chaque séance comprend :

- Un *pré-briefing* : description de la situation clinique et du contexte aux apprenants. Une fiche technique présentant les différents éléments biographiques et cliniques dont la connaissance est nécessaire pour la prise en charge du patient leur sera remise.
- Une *pratique simulée*

- Un *débriefing* : temps majeur d'apprentissage et de réflexion, qui permettra aux apprenants d'exprimer les ressentis sur l'exercice de simulation et de reprendre étape par étape les aspects techniques de la pratique simulée.

L'utilisation de la vidéo apparaît comme un outil indispensable dans l'enseignement par la simulation dans la gestion de l'agitation. Les apprenants auront préalablement reçu une information orale et une lettre d'information rappelant les consignes de confidentialité et les règles déontologiques concernant les enregistrements vidéo.

La vidéo est utilisée:

- Comme supports qui serviront de matériel pédagogique (module 2 et module 5)
- Pour la visualisation de la simulation par les observateurs.
- Pour permettre aux formateurs de relever en direct les différents éléments sur lesquels travailler avec les apprenants.
- Comme outil de débriefing avec l'ensemble des apprenants de la session. Des extraits de chaque passage pourront être de nouveau visionnés afin de travailler les difficultés rencontrées.

Une évaluation formative est systématiquement effectuée en fin de séance.

Un questionnaire d'auto évaluation avant et après formation mesure :

- Niveau de performance
- Niveau de connaissance
- Niveau de confiance
- Niveau d'anxiété ressenti

5- Objectifs spécifiques de la formation

- ▶ *MODULE 1.* Décrire et comprendre les situations d'agitation aigue et d'agressivité : utilisation d'une terminologie et de supports communs.
- ▶ *MODULE 2.* Améliorer les compétences relationnelles avec le patient, son entourage, les autres patients et l'équipe soignante
- ▶ *MODULE 3.* Identifier les formes cliniques, les étiologies et les explorations immédiates à entreprendre devant un état d'agitation aigu.
- ▶ *MODULE 4 :* Identifier les traitements médicamenteux à mettre en œuvre immédiatement.
- ▶ *MODULE 5.* Gérer l'approche physique (71).
- ▶ *MODULE 6.* Surveiller le patient bénéficiant d'une mesure de contention mécanique.
- ▶ *MODULE 7 :* Intégrer les implications réglementaires et juridiques de l'agitation en urgence en France.
- ▶ *MODULE 8.* Prévenir et anticiper les situations d'agitation aigüe et d'agressivité.

6- Programme

Le programme s'articule en 6 demi-journées.

PROGRAMME DEMI-JOURNEE 1

ACCUEIL

- Attentes et craintes / formation.
- Expérience / situation d'agitation et d'agressivité.
- Présentation des grands principes de simulation.
- Présentation du programme de la formation.

MODULE 1. Décrire et comprendre les situations d'agitation aigue et d'agressivité : utilisation d'une terminologie et de supports communs.

- Session d'échanges entre les formateurs et les participants afin d'établir un état des lieux des connaissances, des compétences auto-déclarées et des attitudes des participants lors de situations cliniques d'agitation aigue.
- Définition des différents concepts.
- Mise en pratique : mise en évidence des aspects subjectifs dans la description d'une situation d'agitation aigue ou d'agressivité (autour d'un exemple de situation à décrire).
- Utilisation de supports communs à la prise en charge et la gestion d'états d'agitation aigue (exemple de l'OAS).

PROGRAMME DEMI-JOURNEE 2

MODULE 2. Améliorer les compétences relationnelles avec le patient, son entourage, les autres patients et l'équipe soignante

- Point théorique : présentation des méthodes de communication en situation d'agitation aigue. Principes d'escalade symétrique et de désescalade verbale.
- Principe de l'approche relationnelle avec :
 - o le rappel du cadre,
 - o l'installation dans un lieu calme,
 - o la mise à distance des facteurs aggravants,
 - o l'invitation à verbaliser ses émotions,
 - o savoir parler d'un ton calme, avec des phrases courtes et un vocabulaire simple,
- Les situations d'agressivité émanant de l'entourage familial du patient seront également abordées.
- Séance de simulation sur le thème : ***compétences relationnelles, prévention de l'escalade symétrique et désescalade verbale.***

PROGRAMME DEMI-JOURNEE 3

MODULE 3. *Identifier les formes cliniques, les étiologies et les explorations immédiates à entreprendre devant un état d'agitation aigu.*

- Point théorique :
 - Définir les différentes formes d'état d'agitation aigu, et de définir des repères cliniques permettant de différencier l'agitation contrôlable de l'agitation incontrôlable nécessitant une prise en charge rapide avec risque de passage à l'acte imminent.
 - Identification des facteurs de risque de passage à l'acte hétéro-agressif.
 - Démarche étiologique à entreprendre devant tout état d'agitation aiguë (avec focus sur les intoxications).
- Vidéos et séance de simulation sur le thème **formes cliniques et étiologies de l'agitation aiguë.**

MODULE 4. *Identifier les traitements médicamenteux à mettre en œuvre immédiatement.*

- Point théorique.
 - Lorsque l'agitation est difficilement contrôlable et que l'abord relationnel a échoué, la mise en place d'un appoint médicamenteux peut s'avérer indispensable.

- Les moyens médicamenteux sont de deux ordres : spécifiques à visée étiologiques en cas d'agitation secondaire à une affection médicale, ou psychotropes ayant pour cibles des symptômes fréquents de l'agitation aiguë.
- Séance de simulation : *traitements médicamenteux*.
 - Nous proposons donc par cet exercice de simulation un apprentissage des différentes lignes thérapeutiques recommandées selon la présentation clinique du patient et l'étiologie de l'état d'agitation.

PROGRAMME DEMI-JOURNEE 4

MODULE 5. *Gérer l'approche physique.*

- Point théorique
 - Les techniques de dégagement
 - Les techniques de contention mécanique.
- Séance de simulation sur le thème : ***techniques de contention mécanique.***

PROGRAMME DEMI-JOURNEE 5

MODULE 6. *Surveiller un patient bénéficiant d'une mesure de contention mécanique.*

- Point théorique surveillance du patient :
 - Surveillance des paramètres vitaux et de la symptomatologie clinique
 - l'importance de locaux adaptés et sécurisés.
 - la formation de l'équipe soignante et médicale dans l'établissement d'un contact relationnel.
 - l'entretien de reprise après la mesure de contention mécanique
- Séance de simulation : **entretien de reprise**

MODULE 7. *Intégrer les implications réglementaires et juridiques de l'agitation en urgence en France.*

La mise en place de mesures physiques et chimiques doit être discutée et évaluée en équipe. Les protocoles, les aspects juridiques et éthiques doivent être respectés. Nous répondrons à l'aide d'échanges entre les formateurs et les participants, à ces trois questions principales :

- Quels sont les aspects éthiques de la prise en charge d'un patient agité ?
- Quels sont les aspects législatifs de la contention mécanique ?
- Quels sont les protocoles obligatoires lors d'une contention mécanique ?

PROGRAMME DEMI-JOURNEE 6

MODULE 8. *Prévenir et anticiper les situations d'agitation aigu et d'agressivité.*

- Point théorique :
 - Présentation des facteurs pouvant favoriser l'émergence des conduites agressives : organisationnels, individuels, architecturaux, etc.
 - Conséquences de l'agressivité sur la qualité de la prise en charge.
 - Gestion du stress au sein des équipes et reprise des retours d'expérience.

CONCLUSION GENERALE

La simulation médicale apparait comme un outil très intéressant pour l'enseignement de la gestion de l'état d'agitation aigüe mais peu d'étudiants bénéficient actuellement de ce type de programme dans leur cursus d'apprentissage.

Dans ce travail de thèse, nous proposons un programme innovant de formation à la gestion des états d'agitation aigüe (le programme APESAA : apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aigüe). Ce programme devra faire l'objet d'une évaluation rigoureuse dans de futurs travaux.

ANNEXE

Questionnaire sur l'utilisation de la simulation dans les états d'agitation aigue

QUESTIONS GENERALES:

1) Dans votre centre, utilisez vous la simulation dans les cadre de l'enseignement du DES de psychiatrie ?

- Oui
- Non

a. Si oui, quelle est l'année d'introduction de la simulation dans l'enseignement du DES de psychiatrie ?

b. Si non, merci de précisez :

- Manque de moyens financiers
- Manque de moyens humains
- Technique jugée sans intérêt
- Autre

c. Si autres, précisez pour quelle(s) raison(s) :

2) Statut du centre de simulation :

- Universitaire
- Hospitalier
- Hospitalo universitaire
- Autre

3) Type de simulation :

- Patient standardisé
- Jeux de rôles

- Simulation procédurale
- Simulation basse fidélité
- Simulation haute fidélité
- Réalité virtuelle
- Serious game
- Simulation in situ
- Autre

a. Si autres, merci de précisez :

4) Composition de l'équipe pédagogique :

- Formateurs paramédicaux
- Formateurs médicaux

5) Thématiques abordées en psychiatrie :

QUESTIONS RELATIVES A LA FORMATION PAR SIMULATION POUR LA GESTION DE L'ETAT D'AGITATION AIGUË

1) Dans votre centre, utilisez-vous la formation par simulation de crises d'agitation aiguë ?

- Oui
- Non

a. Si non, pourquoi ?

- Manque de moyens financiers
- Manque de moyens humains
- Enseignement jugé sans intérêt
- Autres

b. Si autres, pour quelle(s) raison(s) ?

2) Quelles références ont été utilisées pour la construction du projet ?

3) Composition de l'équipe pédagogique :

a. Type :

- Formateurs médicaux
- Formateurs paramédicaux

b. Nombre :

c. Formation préalable des formateurs :

- Oui
- Non

d. Temps professionnel dédié :

- Oui
- Non

4) Présence de personnel dédié pour questions organisationnelles ?

- Gestion technique du matériel
- Travail de secrétariat
- Gestion administrative et organisationnelle du centre

5) Formation ouverte à d'autres professionnels ?

- Policiers
- Ambulanciers
- Pompiers
- Autres

6) Financement de la formation par la simulation :

7) Caractère obligatoire :

- Oui
- Non

8) Composition de l'équipe pédagogique :

9) Public(s) cible(s) :

- Exclusivement des internes de psychiatrie. Si oui, allez à la question a.
- Internes et médecins séniors
- Externes
- Paramédicaux
- Internes d'autres spécialités

a. Si internes, en quelle(s) année(s) ?

10) Effectifs des groupes :

11) Programme de la formation :

12) Technique de simulation utilisée :

- Mannequin
- Patient standardisé/simulé
- Autres

13) Organisation de la séance :

- Pré requis exigé
- Briefing général en début de journée
- Débriefing général en fin de journée
- Point théorique

14) Nombre de séances proposées :

15) Durée d'une séance :

16) Nombre de scénarii par séance :

17) Répétition de certains scénarii au cours de la formation afin de rechercher une progression ?

- Oui
- Non

18) Utilisation de la vidéo :

- Oui
- Non

a. Si oui, comment ?

- Visualisation de la séance par les observateurs
- Outil pour le débriefing

19) Evaluation en fin de séance ?

- Oui
- Non

a. Si oui, par quel moyen ?

20) Objectifs de la séance ?

- Formation
- Evaluation
- Autres

21) Projet d'évolution ?

a. Si oui, lequel ?

b. Si non, pourquoi ?

LEXIQUE

Agression : Attaque violente contre des personnes ou des biens avec altération chez la victime des fonctions physiques ou mentales.

Violence : La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès (OMS).

Akathisie: Difficultés à rester assis, immobile, associées à des plaintes d'impatience. L'Akathisie est généralement secondaire à la prise de traitements psychotropes notamment les antipsychotiques.

Syndrome extrapyramidal : Ensemble des symptômes et signes traduisant une lésion ou plus souvent un dysfonctionnement du système dopaminergique nigro-strié. Ces signes et symptômes comprennent : tremblement, akinésie, rigidité.

Syndrome malin des neuroleptiques : Effet secondaire rare mais grave des antipsychotiques. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique. Les principaux signes cliniques retrouvent : une hyperthermie (40-41°) ou une hypothermie (>36°), une rigidité extrapyramidale, des sueurs profuses, une tachycardie, une hypotension artérielle et des troubles de la vigilance.

Urgence psychiatrique : toute demande dont la réponse ne peut être différée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Thomas G, Pape EL, Py-Leroy E, Tourinel G. Prendre en charge un état d'agitation. :8.
2. ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
3. Moritz F, Jenvrin J, Canivet S, Gerault D. Conduite à tenir devant une agitation aux urgences. *Réanimation*. 2004;13(8):500–506.
4. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». /data/revues/09939857/00160002/137/ [Internet]. 7 mars 2008 [cité 6 juin 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/109824>
5. Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H, et al. Inpatient violence and aggression: a literature. Rep Confl Contain Reduct Res Programme Kings Coll Lond UK Available Www Kcl Ac UkiopdeptshsprresearchciemhmnprojectslitreviewLitRevAgg Pdf. 2011;
6. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2018;176(8):803-9.
7. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. févr 2012;13(1):17-25.
8. Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, Kramer D, Chandler LP. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS)TM: a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res*. 1 mars 2002;36(2):87-95.
9. Guideline N. Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. Natl Inst Health Care Excell UK. 2015;
10. Rabenschlag F, Cassidy C, Steinauer R. Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [cité 29 juill 2019];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00231/full>
11. Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatr Serv*. 17 avr 2017;68(8):819-31.
12. Six Core Strategies to Reduce Seclusion and Restraint Use | National Association of State Mental Health Program Directors [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>
13. Huckshorn KA, CAP I, Director N. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. Draft Ex Policy Proced Debie. 2005;
14. Wesuls: Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa)... - Google Scholar [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_
15. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *Presse Médicale*. 1 janv 2015;44(1):20-6.
16. Group TC. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2003;327(7417):708.
17. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p.
18. Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:13–21.
19. Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R. What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract*. 2003;9(1):39–58.
20. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Feifel D. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *West J Emerg Med*. févr 2012;13(1):26-34.

21. Mohr P, Pecenek J, Svestka J, Swingler D, Treuer T. Treatment of acute agitation in psychotic disorders. *Neuro Endocrinol Lett.* 2005;26(4):327–35.
22. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1 juin 2006;30(4):586-98.
23. Jayakody K, Gibson RC, Kumar A, Gunadasa S. Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(4).
24. Huf G. TREC Collaborative Group.(2003) Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ.* 327:708.
25. Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HL, Olivier B, Egberts TC. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(7):1013–1024.
26. Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
27. OMS | Violence [Internet]. WHO. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
28. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie: approche clinique et thérapeutique. Dunod; 2015.
29. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr.* 2009;Volume 85(8):745-52.
30. Belo De Sousa S, Marques Oliveira S. Détection du passage à l'acte violent en unité psychiatrique et interventions infirmières [PhD Thesis]. Haute école de santé Genève; 2018.
31. Dubin WR, Ning A. Violence toward mental health professionals. In: *Textbook of violence assessment and management.* American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC; 2008. p. 461-81.
32. Horn M, Thomas P. Schizophrénie et violence : données actuelles et controverse. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2015;30(8):S32.
33. Poupard A. RAPPORT ANNUEL 2013 Observatoire national des violences en milieu de santé. :109.
34. L'observatoire national des violences en milieu de santé : chiffres clés 2018 [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lobservatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-chiffres-cles-2018>
35. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv Wash DC.* sept 2005;56(9):1123-33.
36. Uppal G, McMurrin M. Recorded incidents in a high-secure hospital: a descriptive analysis. *Crim Behav Ment Health CBMH.* 2009;19(4):265-76.
37. Crouner ML, Peric G, Stepic F, Lee S. Assailant and victim behaviors immediately preceding inpatient assault. *Psychiatr Q.* 2005;76(3):243-56.
38. Miller RJ, Zadolinyj K, Hafner RJ. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *Am J Psychiatry.* sept 1993;150(9):1368-73.
39. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. *Psychiatr Serv Wash DC.* nov 1998;49(11):1458-61.
40. Noble P. Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications. *Int Rev Psychiatry.* 1 janv 1997;9(2-3):207-16.
41. MPpsych (Clin) MDBs (Psych), Crim MMRM, MN TMR. A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *J Forensic Psychiatry Psychol.* 1 avr 2003;14(1):67-84.
42. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 1 juin 2004;61(6):495-503.
43. Chen S-C, Hwu H-G, Williams RA. Psychiatric Nurses' Anxiety and Cognition in Managing Psychiatric Patients' Aggression. *Arch Psychiatr Nurs.* 1 juin 2005;19(3):141-9.

44. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2005;49(3):283-96.
45. Murphy D. Risk assessment as collective clinical judgement. *Crim Behav Ment Health*. 2002;12:169.
46. Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2005. p. 668–680.
47. Gillig PM, Markert R, Barron J, Coleman F. A comparison of staff and patient perceptions of the causes and cures of physical aggression on a psychiatric unit. *Psychiatr Q*. 1998;69(1):45–60.
48. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombrana M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 08 2017;17(1):328.
49. McNeil DE, Hung EK, Cramer RJ, Hall SE, Binder RL. An Approach to Evaluating Competence in Assessing and Managing Violence Risk. *Psychiatr Serv*. 1 janv 2011;62(1):90-2.
50. Scheiber SC, Kramer TA, ABPN. Core Competencies for Psychiatric Practice: What Clinicians Need to Know (A Report of the American Board of Psychiatry and Neurology). American Psychiatric Pub; 2008. 181 p.
51. Haute Autorité de Santé - Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie [Internet]. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie
52. de Santé HA. Dangersité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Site L'HAS. 2011;
53. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*. 2003;63(3):311–321.
54. Lewis G, Doyle M. Risk formulation: What are we doing and why? *Int J Forensic Ment Health*. 2009;8(4):286–292.
55. Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, Van Der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):473–478.
56. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2). Burnaby, British Columbia, Canada: Mental Health. Law Policy Inst Simon Fraser Univ. 1997;
57. Katz P, Kirkland FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry*. 1990;53(3):262–277.
58. Lanquetin J-P, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Rech Soins Infirm*. 2013;(3):95–95.
59. McNeil DE, Chamberlain JR, Weaver CM, Hall SE, Fordwood SR, Binder RL. Impact of Clinical Training on Violence Risk Assessment. *Am J Psychiatry*. 1 févr 2008;165(2):195-200.
60. Loux CP-D. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Eléments de littérature et étude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence [PhD Thesis]. Université de Lorraine; 2015.
61. Granry JC, Moll MC. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Haute Aut Santé. 2012;
62. Issenberg SB, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. 1 janv 2005;27(1):10-28.
63. Haute Autorité de Santé - Simulation en santé : état des lieux et perspectives de développement [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1173211/fr/simulation-en-sante-etat-des-lieux-et-perspectives-de-developpement
64. Vidal-Gomel C, Fauquet-Alekhine P, Guibert S. Réflexions et apports théoriques sur la pratique des formateurs et de la simulation. *Améliorer Prat Prof Par Simul*. 2011;115–141.
65. Granry JC, Moll MC. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé (Haute Autorité de Santé)(p. 110). St-Denis HAS. 2012;
66. McNaughton N, Ravitz P, Wadell A, Hodges BD. Psychiatric Education and Simulation: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*. févr 2008;53(2):85-93.

67. Wallace J, Rao R, Haslam R. Simulated patients and objective structured clinical examinations: review of their use in medical education.
68. Bradley P. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ.* 1 mars 2006;40(3):254-62.
69. Rintoul Y, Wynaden D, McGowan S. Managing aggression in the emergency department: promoting an interdisciplinary approach. *Int Emerg Nurs.* avr 2009;17(2):122-7.
70. Downes MA, Healy P, Page CB, Bryant JL, Isbister GK. Structured team approach to the agitated patient in the emergency department. *Emerg Med Australas EMA.* juin 2009;21(3):196-202.
71. Rolland B, Fovet T, Poissy J, Eichholtzer C, Lesage M, Thomas P, et al. Evaluation by undergraduate medical students of a role-playing training program on the management of acute states of agitation. *L'Encephale.* avr 2018;44(2):101-5.
72. Vestal HS, Sowden G, Nejad S, Stoklosa J, Valcourt SC, Keary C, et al. Simulation-Based Training for Residents in the Management of Acute Agitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Acad Psychiatry.* 1 févr 2017;41(1):62-7.
73. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med.* nov 2015;16(6):859-65.
74. Feinstein RE. Violence Prevention Education Program for Psychiatric Outpatient Departments. *Acad Psychiatry.* 1 oct 2014;38(5):639-46.
75. Feinstein RE, Yager J. A Live Threat Violence Simulation Exercise for Psychiatric Outpatient Departments: A Valuable Aid to Training in Violence Prevention. *Acad Psychiatry.* 30 oct 2017;1-7.
76. Thomson AB, Cross S, Key S, Jaye P, Iversen AC. How we developed an emergency psychiatry training course for new residents using principles of high-fidelity simulation. *Med Teach.* 1 oct 2013;35(10):797-800.
77. Zigman D, Young M, Chalk C. Using Simulation to Train Junior Psychiatry Residents to Work With Agitated Patients: A Pilot Study. *Acad Psychiatry.* 1 janv 2013;37(1):38-41.
78. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med.* févr 2012;13(1):1-2.
79. Knox DK, Holloman GH. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med.* févr 2012;13(1):35-40.
80. Schwartz TL, Park TL. Assaults by Patients on Psychiatric Residents: A Survey and Training Recommendations. *Psychiatr Serv.* 1 mars 1999;50(3):381-3.
81. Guy JD, Brown CK, Poelstra PL. Who gets attacked? A national survey of patient violence directed at psychologists in clinical practice. *Prof Psychol Res Pract.* 1990;21(6):493-5.
82. Brenner AM. Uses and Limitations of Simulated Patients in Psychiatric Education. *Acad Psychiatry.* 1 mars 2009;33(2):112-9.
83. Levine AI, Jr SD, Schwartz AD, Sim AJ. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation.* Springer Science & Business Media; 2013. 718 p.
84. Palaganas JC, Epps C, Raemer DB. A history of simulation-enhanced interprofessional education. *J Interprof Care.* mars 2014;28(2):110-5.

AUTEUR : Nom : ZOUKER

Prénom : Lauren

Date de soutenance : 7 novembre 2019

Titre de la thèse : Formation à la gestion des situations d'agitation aiguë par la simulation : revue de la littérature et état des lieux en France

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : Enseignement ; Simulation ; Jeu de rôle ; Etat d'agitation aiguë ; Psychiatrie ; Patient standardisé

Résumé :

Contexte : L'état d'agitation est une urgence comportementale aiguë qui nécessite une prise en charge visant à contrôler les symptômes et à réduire le risque de blessures pour le patient ou d'autres personnes. Cette prise en charge nécessite des compétences spécifiques et des prises de décision rapides dont les méthodes d'enseignement classiques ne permettent que difficilement l'acquisition. Dans ce contexte, la formation médicale par la simulation apparaît comme un outil pédagogique intéressant et pertinent.

Méthode : Ce travail repose sur une revue de la littérature internationale et une enquête réalisée auprès de l'ensemble des centres de simulation français afin d'élaborer un projet de formation à la gestion de l'état d'agitation aiguë par la simulation. Les objectifs de la revue de la littérature étaient de s'interroger sur l'efficacité de ces programmes et de décrire précisément les programmes efficaces identifiés. L'objectif de notre enquête était d'identifier les centres proposant une formation spécifique pour la gestion de l'état d'agitation aiguë et de décrire ces formations.

Résultats : Sept études (dont une seule était contrôlée) abordant l'enseignement par la simulation dans la gestion des états d'agitation aiguë ont été identifiés. Les résultats suggèrent que la formation par simulation est simple à mettre en place, bien tolérée et efficace. Par ailleurs, malgré le faible taux de réponses à notre enquête (12%), les informations recueillies nous ont permis d'identifier différents points communs concernant les formations déjà établies. **Conclusion :** Notre travail de thèse a permis de proposer un projet d'enseignement par la simulation pour la gestion des états d'agitation aiguë. Ce programme APESAA (apprentissage de l'évaluation et du soin en situation d'agitation aiguë) devra faire l'objet d'une évaluation rigoureuse dans de futurs travaux.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Olivier COTTENCIN, Dr Ali AMAD, Dr Thomas FOVET

Directeur de thèse : Dr Thomas FOVET