



HAL
open science

Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé

Justine Merrey

► To cite this version:

Justine Merrey. Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931901

HAL Id: hal-01931901

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931901>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisée

Par

Justine MEREY

Le 25/09/2017

Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde

à vue : intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Président de jury

Monsieur le Professeur Marc BRAUN

Juge

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Juge

Monsieur le Docteur Pierre HORRACH

Juge, directeur de thèse

Madame le Docteur Caroline PHAM-DINH LOUX

Juge, directrice de thèse

4 septembre 2017



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

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

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

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

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

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

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

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

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

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

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

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

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

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

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

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

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

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

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

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

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

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

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

Docteure Elisabeth STEYER

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

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

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

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Raymund Schwan, Président du jury

Professeur de Psychiatrie de l'Adulte

Centre Psychothérapique de Nancy

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

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

Veillez trouver à travers ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Marc Braun, Juge

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

Doyen de la Faculté de Médecine

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

Merci pour l'intérêt que vous avez présenté pour ce travail en venant assister à une de nos séances de simulation au Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation (CUESim).

J'espère que vous trouverez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Laurent Martrille, Juge

Docteur en Médecine

Maître de Conférences des Universités

Département de Médecine Légale

Centre Hospitalier Universitaire de Nancy

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

Je vous remercie également pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet avant même l'écriture de ses premières lignes.

Que ce travail soit la marque de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierre Horrach, Juge et Directeur de thèse

Docteur en Psychiatrie de l'Adulte
Centre Psychothérapique de Nancy
Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Depuis mon 2^e semestre au SMPR jusqu'à ce jour vous avez toujours été d'une aide précieuse. Votre disponibilité, vos enseignements et vos réflexions sur tant de sujets m'ont permis de découvrir un domaine d'exercice qui m'était alors inconnu, puis d'enrichir mes connaissances. C'est avec un très grand plaisir que je débute ma carrière professionnelle à vos côtés, qui je le sais sera encore très riche en apprentissages. Merci pour tout.

A Madame le Docteur Caroline Pham-Dinh Loux, Juge et Directrice de thèse

Docteur en Psychiatrie d'Adultes
Centre Psychothérapique de Nancy
Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin

Merci infiniment d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Durant mon internat, tes enseignements et ton investissement pour les internes ont été d'une grande aide. Merci pour ta patience, ta disponibilité, tes petites notes « Bernard Pivot » qui ont contribué à rendre ce travail de thèse constructif, agréable et rassurant.

Pour avoir permis la réalisation de ce travail,

Merci à Mme Cazals, à tous les internes participants, à notre acteur, à notre expert et à Hind Hani.

Pour ma formation,

Merci à tous ceux avec qui j'ai eu la chance de travailler.

Pour tout,

Merci à ma famille et à mes amis.

SERMENT

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

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

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

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

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

Table des matières

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	17
1. La santé mentale des personnes en garde à vue ou actuellement incarcérées en France, un contexte qui justifie l'importance de la qualité des expertises médicales.....	18
1.1 En milieu pénitentiaire	18
1.2. En garde à vue	21
2. L'intervention du médecin en garde à vue.....	23
2.1. Le cadre légal.....	23
2.2. L'intervention du médecin généraliste	24
2.3. L'intervention du psychiatre	25
3. La formation des internes : de la psychiatrie légale dans son ensemble à la particularité des expertises psychiatriques de garde à vue et intérêt de la simulation en santé dans ce domaine.....	27
3.1. La psychiatrie légale et son enseignement dans le monde	27
3.2. La psychiatrie légale et son enseignement en France	28
3.2.1. La formation en psychiatrie légale dans le cadre de la réforme du 3e cycle des études médicales.....	28
3.2.2 Situation actuelle en Lorraine	30
3.2.3. L'intérêt d'une formation à la psychiatrie légale	34
3.2.4 L'intérêt de l'utilisation de la simulation en santé pour la formation aux expertises psychiatriques pénales.....	34
II. ARTICLE.....	37
III. RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES.....	65
1. Résultats du Questionnaire à Choix Multiples (Annexe 9).	65
2. Réponse des étudiants à la question de l'irresponsabilité pénale selon l'article 122-1 du CP.	65
2.1 A la première session	65

2.2 A la deuxième session	66
3. Questionnaire de satisfaction des internes	66
3.1. A la première session	66
3.2 A la deuxième session	72
IV. DISCUSSION.....	74
1. Abolition ou altération du discernement : la réponse des étudiants	74
2. Intervention du psychiatre en garde à vue : un examen ou une expertise psychiatrique ?	76
3. Les apports des étudiants pour l’amélioration de notre formation	79
V. CONCLUSION.....	82
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
VII. ANNEXES	87
Annexe 1 - Questionnaire diffusé aux référents AFFEP de France	87
Annexe 2 - Questionnaire distribué aux internes en DES de psychiatrie à Nancy.....	88
Annexe 3 – Lettre d’information aux internes	90
Annexe 4 - Formulaire de consentement à la participation à la simulation.....	92
Annexe 5 - Script- Expertise psychiatrique de garde à vue.....	93
Première séance de simulation les 19 et 20 septembre 2016.....	93
Annexe 6- Script-Expertise psychiatrique de garde à vue.	97
Deuxième séance de simulation le 14 décembre 2016	97
Annexe 7-Questionnaire de satisfaction de la première session.....	101
Annexe 8-Questionnaire de satisfaction de la deuxième session	103
Annexe 9-Questionnaire à Choix Multiples	104
Annexe 10 – Plan de la formation théorique	105

I. Contexte et justification de l'étude

Au cours de mon internat, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage au SMPR de Metz. Il m'est très vite apparu que l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire présente de nombreuses particularités. Je me suis alors posée beaucoup de questions, notamment sur l'état de santé de ces patients, avant, au cours et après leur incarcération. La porte d'entrée de l'incarcération que constitue la garde à vue, me questionne de plus en plus. Les patients l'évoquent, je n'en comprends pas réellement le déroulé, je ne l'imagine pas. Pour les patients qui arrivent avec des troubles psychiatriques, je me questionne : l'officier de police judiciaire a-t-il décelé l'état de santé de cette personne en garde à vue ? Une expertise psychiatrique a-t-elle été demandée ? Lorsqu'elle a été réalisée, quelle formation a cet expert ? Comment fait-il pour évaluer une symptomatologie psychiatrique après parfois plusieurs heures d'interrogatoire en garde à vue ? Se trouve-t-il dans des conditions optimales pour répondre à l'ensemble des questions du magistrat ? Si après l'internat, je suis moi aussi réquisitionnée pour une expertise en garde à vue, comment ferai-je ?

La question de la formation à cet exercice particulier m'a rapidement intéressée et cet intérêt m'a ainsi soutenue tout au long de mon travail.

1. La santé mentale des personnes en garde à vue ou actuellement incarcérées en France, un contexte qui justifie l'importance de la qualité des expertises médicales.

1.1 En milieu pénitentiaire

Contexte carcéral actuel

Au 1^{er} août 2017, on dénombre 69126 écroués détenus pour 59094 places opérationnelles. Sur ces 69126 détenus, on retrouve 66704 hommes, 2422 femmes et 885 mineurs (1)

Épidémiologie

La santé des détenus en France est moins bonne que celle de la population générale. Sur le plan somatique, nous retiendrons par exemple l'étude Prévacar réalisée en 2010 qui retrouve une prévalence plus élevée de maladies infectieuses en détention qu'en population générale (2).

Plusieurs études retrouvent une prévalence également plus élevée de troubles psychiatriques en détention en comparaison à la population générale, aussi bien au niveau international qu'en France.

Sur le plan international, on retrouve une prévalence de 3,6% de psychose chez les détenus hommes et 3,9% chez les femmes. La prévalence de l'épisode dépressif majeur est respectivement de 10,2% et 14,1%. On retrouve un trouble de la personnalité chez respectivement 65% et 42% des détenu(e)s dont 47% et 21% de personnalité antisociale (3-4). Le taux de suicide est de 100 pour 100000 détenus (5)

En France, on retrouve des prévalences parmi les personnes incarcérées de 3,8% pour la schizophrénie, 17,9% pour l'épisode dépressif majeur, 12,0% pour le trouble anxieux généralisé et 10,8% de dépendance à une drogue (6). Le taux de suicide est estimé à 17,9 suicides pour 10000 personnes. Le risque suicidaire est 15,7 fois supérieur en cas de placement au quartier disciplinaire (7).

Influence de l'environnement sur l'état de santé psychique

La pratique de la médecine en milieu pénitentiaire se doit de suivre les mêmes recommandations qu'en milieu libre. Cependant, il existe des spécificités cliniques propres à l'environnement :

- un biais de sélection avec une surreprésentation en psychiatrie en milieu pénitentiaire de patients qui présentent des facteurs de risque de passages à l'acte médico légaux en comparaison de la psychiatrie en milieu libre. On retrouve de ce fait une surreprésentation de schizophrénie et de troubles bipolaires à symptômes positifs ainsi que de conduites addictives. Des études montrent également que les patients souffrant de schizophrénie à symptomatologie riche en hallucinations visuelles et auditives notamment présentent un quotient intellectuel plus bas et une forme plus précoce et plus sévère de la maladie.

De plus pour la schizophrénie, la durée de psychose non traitée a également pu être identifiée comme un facteur de risque de passage à l'acte médico-légal. On peut supposer que lorsque la prise en charge est initiée en détention, celle-ci s'avère plus complexe.

- des spécificités de l'environnement carcéral qui constitue un ensemble de facteurs de stress et peut engendrer selon le modèle stress/vulnérabilité des symptomatologies aspécifiques (anxiété, insomnies, crise suicidaire, décompensation psychotique etc.) et plus

spécifiques liées au contexte carcéral que sont par exemple les passages à l'acte auto agressifs ou les idées délirantes de persécution (8).

Dépistage des troubles psychiatriques : la « visite d'entrée »

« Un examen médical d'entrée doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue » (9-11).

De plus, « toutes les personnes détenues doivent bénéficier dans les premiers jours de l'incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire afin de :

- permettre le repérage précoce des troubles psychiatriques des entrants et de mettre en œuvre les soins adaptés à leur état ;
- faire connaître à la personne détenue les prestations psychiatriques offertes au sein de l'établissement pénitentiaire dans le souci de notamment favoriser une éventuelle demande de soins. Cette demande peut non seulement être formulée par la personne détenue elle-même, ou par toute personne agissant dans son intérêt, mais aussi par le personnel pénitentiaire en charge non seulement de transmettre les demandes de soins dont il pourrait être saisi à l'occasion de son travail auprès des personnes détenues, mais aussi de réaliser tout signalement, au service médical, de situations lui paraissant relever d'une prise en charge psychiatrique » (12).

1.2. En garde à vue

Contexte de la garde à vue

En 2009, 792 000 mesures de garde à vue ont été prises en France (13)

Une garde à vue est définie de la manière suivante : il s'agit d'une mesure de contrainte décidée par un officier de police judiciaire, sous le contrôle de l'autorité judiciaire, à l'encontre d'un suspect lors d'une enquête judiciaire. Un individu est considéré comme un suspect dès lors qu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement.

Cette mesure doit constituer l'unique moyen de parvenir à l'un au moins des objectifs suivants :

- poursuivre une enquête impliquant la présence de la personne concernée
- garantir la présentation de la personne devant la justice,
- empêcher la destruction d'indices
- empêcher une concertation avec des complices
- empêcher toute pression sur les témoins ou la victime
- faire cesser l'infraction en cours.

La durée de la garde à vue est de 24heures. Elle peut être prolongée jusqu'à 48 heures si la peine encourue est d'au moins un an d'emprisonnement. Elle peut aller jusqu'à 144 heures en cas de risque terroriste (14).

Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire (15).

Épidémiologie

Une enquête (16) réalisée entre juillet et décembre 2005 sur 41 expertises sur réquisition (37 mis en cause et 4 victimes) retrouvait une psychose ou un état limite décompensé dans 8 cas, des troubles graves de l'humeur dans 2 cas, des troubles divers de la personnalité dans 12 cas, un abus de toxiques dans 12 cas. L'examen était normal dans 12 cas.

10 sujets ont été considérés comme présentant une dangerosité psychiatrique, 16 une dangerosité criminologique et 11 une dangerosité incertaine ou considérée comme nulle.

11 des 41 sujets examinés ont été hospitalisés sous le mode de l'Hospitalisation d'Office. S'agissant de la mise en œuvre de l'article 122-1 du code pénal (CP) (17) conditionnant la responsabilité pénale du mis en cause, 6 prévenus présentaient une abolition du discernement ou du contrôle des actes (art 122-1 al 1), une altération du discernement et/ou une entrave au contrôle des actes (art 122-1 al.2) pour 8 prévenus. La réponse à cette question étant cependant fréquemment formulée avec réserve et nécessitait la réalisation d'une expertise pénale à proprement dite.

Concernant la compatibilité de l'état mental du sujet examiné avec la garde à vue, elle n'a été posée que dans deux expertises seulement et les deux sujets présentaient un état compatible.

Cette étude montre que sur cet échantillon environ 25 % des sujets examinés sur réquisition ont été hospitalisés en psychiatrie. Une étude (18) incluant 513 expertises pré sentencielles et 88 expertises de garde à vue retrouvait 7 % d'abolition du discernement. Les auteurs trouvaient ce chiffre élevé en comparaison du nombre de « non-lieux » prononcés en France pour motif psychiatrique (autour de 0,5%) et expliquaient ce chiffre notamment par le

nombre important d'expertises de garde à vue dans leur échantillon, précisant que le contexte de la garde à vue a été statistiquement associé à l'abolition du discernement.

L'expertise psychiatrique de garde à vue présente donc d'importants enjeux ; en témoigne le nombre élevé d'indications de Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat posés dans l'échantillon.

2. L'intervention du médecin en garde à vue

2.1. Le cadre légal

L'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue se doit de répondre à un principe de sauvegarde de « la santé, l'intégrité et la dignité des personnes gardées à vue » comme le stipule dès ces premières lignes la Conférence de Consensus des 2 et 3 décembre 2004 (19).

Plusieurs études estiment que des examens médicaux sont réalisés pour plus de 50 % des gardes à vue en France (13)

Dans le cadre de la garde à vue, le médecin intervient sur réquisition des autorités judiciaires et se trouve dans l'obligation de déférer à une réquisition (20,21). Il peut ne pas déférer dans les cas suivants :

- S'il est le médecin traitant (sauf s'il est le seul disponible)
- S'il n'est pas en mesure d'exercer du fait de son état de santé
- S'il est en état d'incapacité

- S'il estime que les compétences requises outrepassent celles qui lui sont propres. Il ne peut alors se déporter que si les questions posées requièrent une compétence spécialisée.

Cette nécessité de ne pas être le médecin traitant du patient pour réaliser une expertise est primordiale ; comme le mentionne Appelbaum en 1997, assumer les deux rôles simultanés de thérapeute et d'expert serait un manquement à l'éthique car il est impossible de les mettre en accord.

2.2. L'intervention du médecin généraliste

Le médecin généraliste en garde à vue peut être amené à intervenir dans le cadre de deux missions.

D'une part une mission de protection de la santé. Le médecin repère les principaux risques auxquels le gardé à vue est exposé (suicide, pathologies mentales, conduites addictives, risques infectieux, pathologies à risque de décompensation), examine le patient et reconduit les traitements en cours ou ceux nécessaires en urgence.

D'autre part une mission d'intervention en qualité d'expert où le médecin délivre un certificat médical en réponse à la réquisition qui comporte au minimum trois demandes : la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en garde à vue, la constatation d'éventuelles lésion ou blessures et une demande d'indication sur la capacité de la personne à répondre aux interrogatoires (19).

La réponse quant à l'aptitude au maintien en garde à vue peut se faire sous trois modalités :

- Certifier que la garde à vue peut se poursuivre sur place et sans condition particulière. Le médecin se prononce pour une durée ne pouvant excéder 24 heures. Un autre examen pourra alors être demandé en cas de prolongation de la garde à vue.
- Certifier que la garde à vue peut se poursuivre sur place à certaines conditions. Il est recommandé d'utiliser le certificat d'aptitude sous conditions.
- Certifier que la garde à vue ne peut pas se poursuivre sur place avec nécessité d'examen en milieu hospitalier au terme duquel la compatibilité sera réévaluée. Si le gardé à vue nécessite des soins en milieu hospitalier, il est mis fin immédiatement à la garde à vue sous peine de nullité de plein droit des actes accomplis après délivrance du certificat (Cass Crim 27 octobre 2009 : n°09 82505). (19)

2.3. L'intervention du psychiatre

Les examens psychiatriques en pratique médico légale

Il existe différents cadres de réalisations d'examens psychiatriques en pratique médico légale (22):

- l'examen psychiatrique à la demande du patient pour réalisation d'un certificat médical dans le cadre d'agressions ou d'accidents par exemple ;
- l'examen psychiatrique à la demande d'un médecin en complément d'un examen somatique (accident, agression, état de stress post traumatique, nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail (ITT) ...), dans un cadre professionnel à la demande du médecin du travail (harcèlement moral au travail) ou pour une hospitalisation sans consentement en psychiatrie ;

- l'examen psychiatrique sur réquisition judiciaire selon l'article 60 du Code de Procédure Pénale, à la demande d'un officier de police judiciaire ou d'un magistrat du Parquet. Cet examen peut comporter des questions telles que le retentissement des faits ou la présence de troubles psychiatriques et une mission de type expertise avec la question de la responsabilité pénale ;

- l'expertise psychiatrique. Selon l'article 156 du CPP « toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique peut ordonner une expertise ». Il ne s'agit alors pas d'une réquisition mais d'une ordonnance de commission d'expert. Il s'agit là d'une expertise pénale destinée à éclairer le tribunal sur les aspects psychopathologiques du sujet, son niveau de responsabilité, son accessibilité à une sanction ou une injonction de soins (loi n°2003.239 du 18.03.2003, loi n°2004 du 09.03.2004).

Spécificités de l'expertise psychiatrique de garde à vue

L'intervention du psychiatre en garde à vue entre initialement dans le cadre d'un examen psychiatrique d'urgence où le psychiatre se doit de répondre, dans l'urgence de la garde à vue, à des questions telles que la compatibilité avec la garde à vue ou la nécessité d'un traitement psychotrope. Dans la pratique quotidienne, de par les questions relevant de l'expertise qu'il comporte (état psychique du mis en cause au moment des faits, question de l'altération ou de l'abolition du discernement, opportunité d'une injonction de soins) cet examen prend quasiment systématiquement la forme d'une expertise psychiatrique, d'où la dénomination commune « d'expertise de garde à vue » (16). Cette problématique ne se restreint pas à une simple dénomination car il est bien souvent demandé au psychiatre de réaliser une expertise psychiatrique dans les conditions d'un examen psychiatrique d'urgence que ce soit sur le plan matériel (locaux du Service d'Accueil des Urgences ou de la

gendarmerie ou de la police), temporel (délai de la garde à vue, expertise parfois en pleine nuit), ou humain (psychiatre réquisitionné souvent non formé aux expertises psychiatriques pénales).

Ce dernier point met en lumière la question de la formation des psychiatres à cet exercice particulier qui, en France, n'est ni systématique ni homogène.

3. La formation des internes : de la psychiatrie légale dans son ensemble à la particularité des expertises psychiatriques de garde à vue et intérêt de la simulation en santé dans ce domaine.

3.1. La psychiatrie légale et son enseignement dans le monde

La psychiatrie légale peut être définie comme la branche de la psychiatrie qui traite des problèmes à l'interface entre la psychiatrie et la loi, la plus grande partie de son travail constituant à aider les personnes ayant des problèmes judiciaires et présentant des troubles mentaux. Tout ceci intervient dans un continuum entre la psychiatrie, la justice et les services correctionnels. La psychiatrie légale intervient ainsi à l'interface du droit pénal, mais également du droit civil et dans l'élaboration et l'application de la législation sur la santé mentale (23).

La psychiatrie légale présente cependant des définitions très diverses dans chaque pays, celles-ci dépendant de la société dans laquelle on se situe et du système judiciaire du pays. Nous noterons comme particularité le système américain où l'engagement premier des psychiatres légistes va au système judiciaire. Les valeurs mises en avant sont vérité,

impartialité, honnêteté et objectivité avant ceux de l'éthique médicale (Weinstock 2004, Appelbaum 97, Weinstock 98).

Les modalités d'enseignement sont très diverses. Au Québec, il n'y a pas de stage obligatoire en psychiatrie médico-légale pour les internes de psychiatrie générale ; cependant ils doivent avoir une connaissance pratique de la médecine légale (24). Au Royaume-Uni la psychiatrie judiciaire est reconnue comme une spécialité avec son propre Certificat de Formation Terminée (Certificate of Completed Training (CCT)) (25).

3.2. La psychiatrie légale et son enseignement en France

3.2.1. La formation en psychiatrie légale dans le cadre de la réforme du 3e cycle des études médicales.

Un article publié en 2007 par J.P Kahn (26), exposait déjà la problématique de la formation des psychiatres à la psychiatrie légale en France. Il évoquait le fait que l'enseignement de la psychiatrie légale n'était pas clairement formalisé dans les maquettes d'enseignement national tout en précisant que des notions juridiques et administratives étaient supposées indispensables et acquises au cours du cursus. La suppression de l'épreuve de psychiatrie légale en 2006 du Concours National de Praticien Hospitalier (CNPH) constituait un argument selon lui du peu d'incitation qu'il existe envers la formation à la psychiatrie légale, qui se voit donc être influencée surtout par la motivation individuelle et le volontariat. Il existe plusieurs Diplômes Universitaire (DU) permettant l'enseignement de la criminologie, la psychiatrie et psychologie légales et/ou de la pratique expertale. Dans son article, J.P Kahn voyait en la création d'un Diplôme d'Enseignement Spécialisé

Complémentaire (DESC) de psychiatre légale impulsée par J.L. Senon et qui devait voir le jour en 2006 à Nancy, Poitiers et Paris une « initiative intéressante ». Ce DESC n'a jamais vu le jour et la réforme du 3^e cycle des études médicales reste dans la même ligne directrice, allant à l'encontre de la demande des représentants nationaux des internes en psychiatrie. La psychiatrie légale devait être retenue comme une formation spécifique au même titre que la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie et la neuropsychiatrie. Il apparaît finalement que seules les deux premières spécialités soient retenues. Elle n'est pas non plus proposée en tant que formation complémentaire.

Pourtant, une enquête réalisée en 2012 (27) montrait que la majorité des PU-PH était favorable à la création d'un DESC de médecine légale (72%). Concernant les séminaires, la formation aux urgences psychiatriques était considérée comme la plus indispensable (88%) suivie de la psychiatrie médico-légale (68%).

Sur le plan national, les représentants de chaque ville de l'association française des étudiants en psychiatrie (AFFEP) ont été contactés afin de faire un état des lieux de la formation dans ce domaine. Les retours ont été les suivants : sur les 26 facultés nous avons reçu 13 réponses des représentants locaux de chaque ville. 9 facultés proposent un enseignement obligatoire à la psychiatrie légale et 9 un enseignement complémentaire. L'expertise psychiatrique de garde à vue est évoquée dans les formations de seulement 4 facultés recensées.

Concernant les terrains de stages, 5 facultés proposent un stage en Unité pour Malades Difficiles, 4 dans Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP), 5 en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), 10 en Service Médico Psychologique Régional, 3 en médecine légale et une faculté propose un stage à mi-temps dans un Dispositif de Soins Psychiatriques (DSP). Toutes les facultés proposent au moins un terrain de stage en

psychiatrie légale et ils sont régulièrement pourvus à chaque semestre pour 10 facultés (Annexe 1).

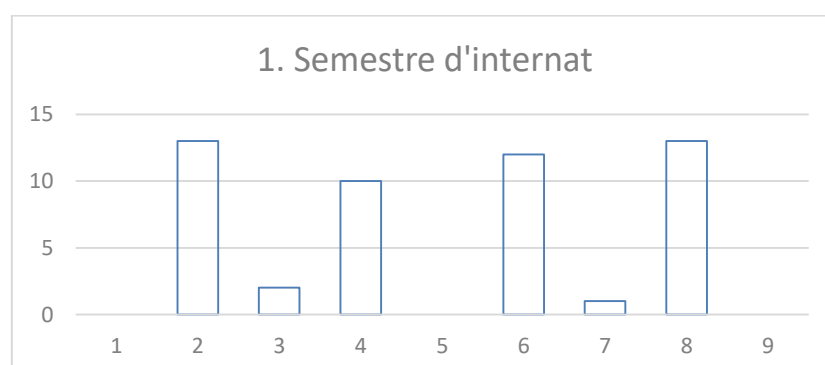
3.2.2 Situation actuelle en Lorraine

L'université de Nancy propose un DU de psychiatrie et de psychologie légales. Un séminaire va également être remis en place à la prochaine rentrée universitaire. En Lorraine, les terrains de stage en milieu médico-légal sont nombreux et diversifiés avec 5 postes d'internes chaque semestre : 2 postes dans 3 DSP dont un fléché dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel ; 1 poste en SMPR ; 1 poste en UHSA ; 1 poste en UMD.

Un questionnaire distribué à 51 internes en DES de psychiatrie à Nancy à la rentrée universitaire 2015/2016 (Annexe 2) nous a permis de dresser l'état des lieux de la formation en psychiatrie légale et plus particulièrement sur leur demande de formation à l'expertise psychiatrique.

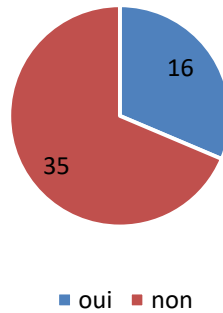
Les résultats de ce sondage sont présentés ci-dessous :

1. Répartition des internes ayant répondu au questionnaire en fonction de leur année d'internat :

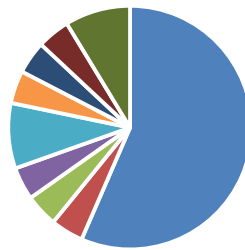


2. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation à la psychiatrie légale et si oui laquelle ?

2a. Formation préalable en psychiatrie légale

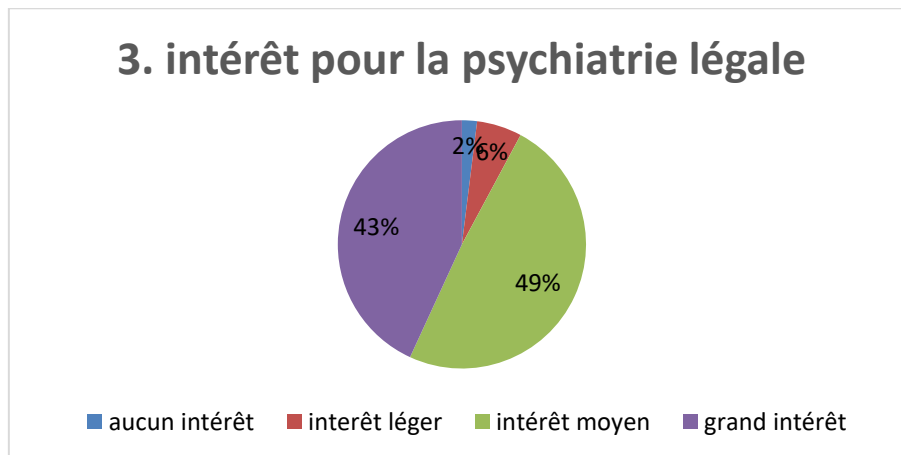


2b. Type de formation antérieure en psychiatrie légale

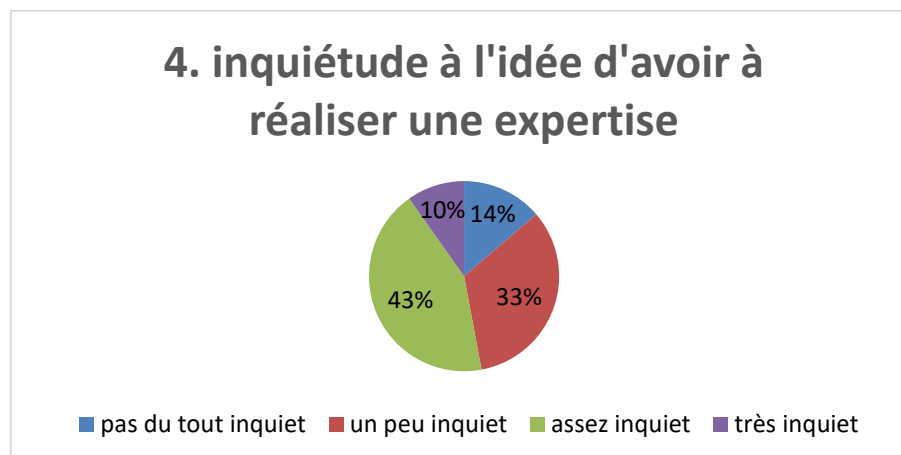


- DUPPL
- DU reparation juridique du dommage corporel
- Seminaire soins en milieu pénitentiaire
- DU medecine légale Nice
- Master 2 Ethique et médecine légale
- DU criminologie appliquée à l'expertise psychiatrique
- Diplôme violence et troubles mentaux
- DESC médecine légale
- compagnonage

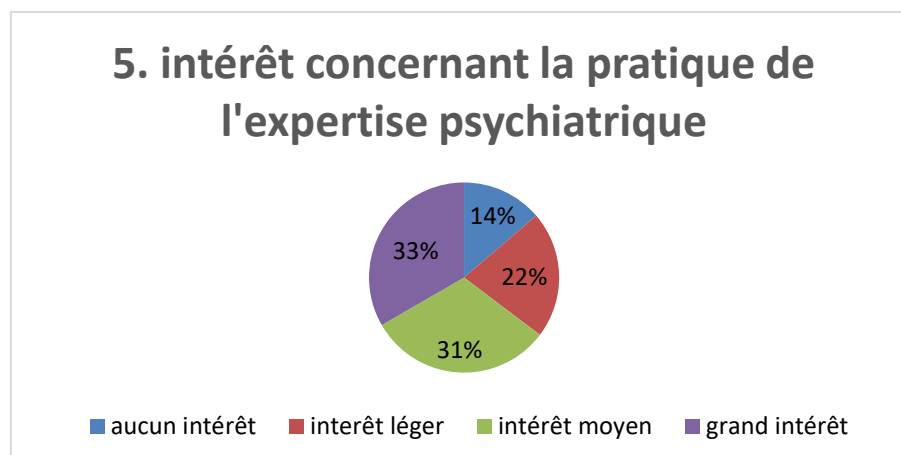
3. La psychiatrie légale suscite-t-elle de l'intérêt pour vous ?



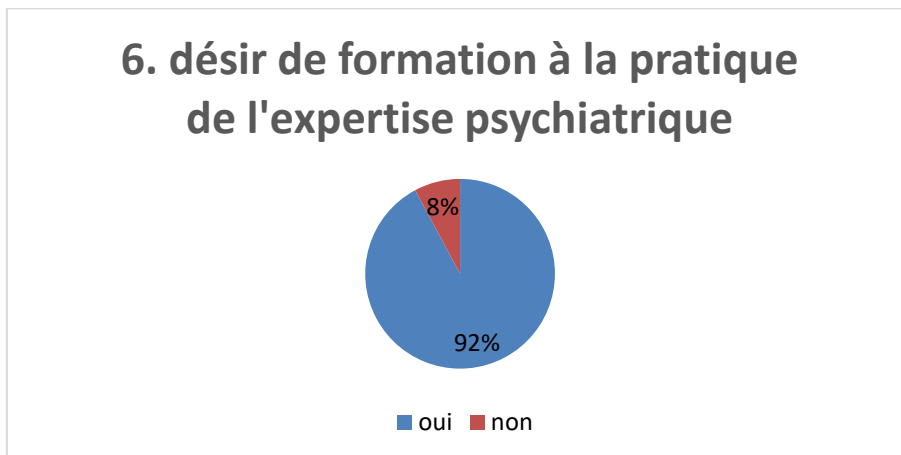
4. Etes-vous inquiet à l'idée d'avoir à réaliser une expertise psychiatrique légale ?



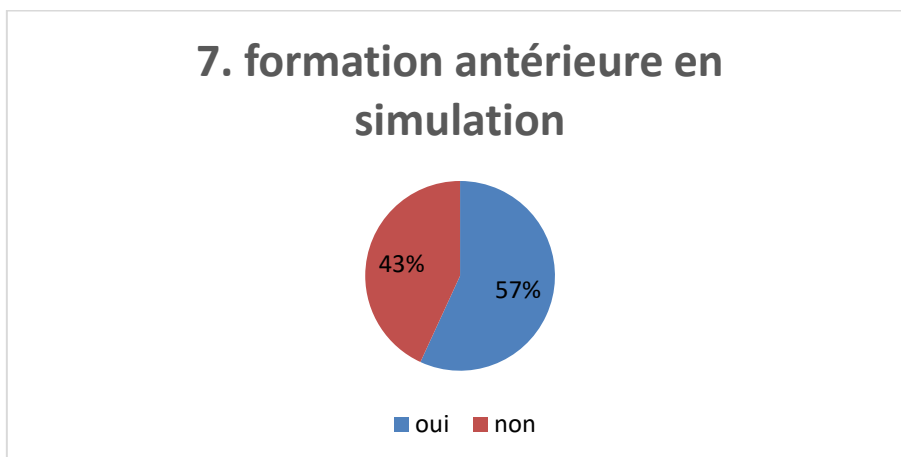
5. Etes-vous intéressé par la pratique de l'expertise psychiatrique légale ?



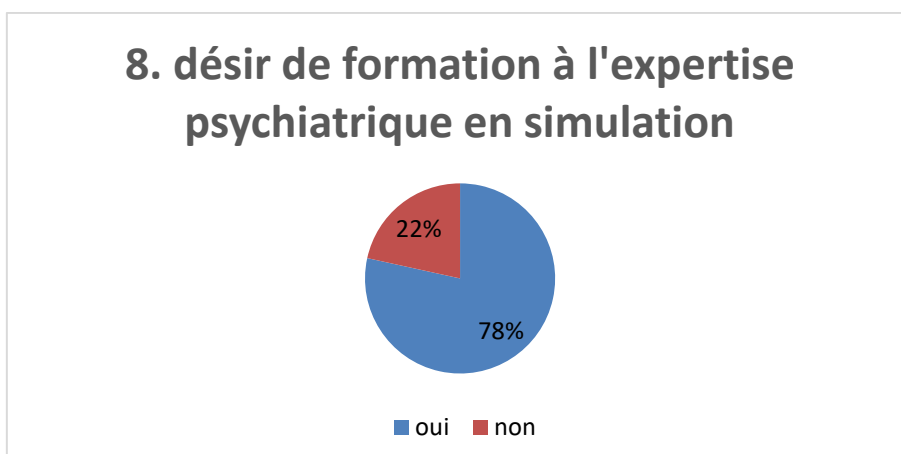
6. Aimeriez-vous bénéficier d'une formation à l'expertise psychiatrique légale ?



7. Avez-vous déjà bénéficié de formation via la simulation en psychiatrie ?



8. Aimeriez-vous bénéficier d'une formation à l'expertise psychiatrique légale via la simulation ?



Parmi ces résultats, nous constatons que 10% et 43% des étudiants étaient respectivement très inquiets et assez inquiets à l'idée d'avoir à réaliser une expertise ; 92% des internes étaient désireux d'une formation à la pratique de l'expertise psychiatrique pénale et 78 % via l'utilisation de la simulation en santé. Nous allons dans la suite de l'introduction étayer ces résultats par quelques références bibliographiques.

3.2.3. L'intérêt d'une formation à la psychiatrie légale

Une étude canadienne s'est intéressée aux répercussions d'une formation à la psychiatrie médico-légale. Elle montre qu'une formation théorique (d'une durée de 3 heures dans l'étude) et l'expérience clinique de la psychiatrie médico-légale augmentent l'intérêt des médecins psychiatres pour ce domaine. De ce fait, les auteurs recommandent une formation médico-légale obligatoire. Ils recommandent également de prendre en compte la différence de perception de la psychiatrie médico-légale en fonction des sexes, les femmes se détourneraient plus de la discipline, trouvant les tribunaux intimidants et préféreraient ne pas travailler avec les délinquants sexuels. L'étude retrouve cependant moins de confort à prendre en charge les délinquants sexuels après un cours à ce sujet. Ils recommandent une formation également pour promouvoir cette discipline auprès des femmes psychiatres (24).

3.2.4 L'intérêt de l'utilisation de la simulation en santé pour la formation aux expertises psychiatriques pénales

La simulation en santé nous est rapidement apparue comme le meilleur support de formation à l'expertise psychiatrique. Car la mise en place d'un tutorat, avec l'association au

sein d'un même collègue d'un psychiatre «confirmé» et d'un «stagiaire» comme le suggérait J.P Kahn, en pratiquant ainsi une double expertise (26), apparaît dans la pratique peu proposé aux étudiants en psychiatrie. Cela s'explique notamment par le fait qu'il est nécessaire de formuler une demande particulière auprès du Juge pour qu'un étudiant puisse assister à l'expertise. Ce compagnonnage est plus facilement réalisable une fois la thèse obtenue, des expertises en binôme pouvant alors être réalisées.

La perspective de l'utilisation de la simulation en santé nous est apparue très intéressante puisque l'expertise psychiatrique pénale, et plus particulièrement de garde à vue, est une situation qui n'est jamais rencontrée lors de l'internat, rare dans la pratique professionnelle tout en requérant un haut niveau de compétences. Elle répond alors aux recommandations qui mettent en avant que la simulation en santé permet de reproduire « une grande variabilité de situations rares » et de « réduire l'écart existant entre le haut degré de compétences cliniques et le faible niveau d'exposition » (28).

Une étude réalisée en 2015 faisait l'état des lieux de l'utilisation de la simulation en psychiatrie, mettant en avant son utilité dans notre spécialité (29).

En revanche, dans le domaine spécifique de la psychiatrie légale, nous ne retrouvons qu'une étude utilisant la simulation en santé. Elle a été utilisée dans une université de San Francisco pour l'évaluation et la gestion des risques liés à la violence (30).

Les résultats du questionnaire distribué aux représentants AFFEP confirme cette tendance puisque qu'elle recense 7 centres de simulation en santé parmi les 13 facultés ayant répondu et aucune ne fait état de l'utilisation de la simulation pour la formation à la psychiatrie légale.

Ainsi nous constatons que la formation aux expertises psychiatriques est peu enseignée au cours de l'internat alors que la demande des internes est bien présente. Nous

avons fait le choix dans cette étude de nous concentrer sur l'expertise psychiatrique de garde à vue car elle peut concerner tous les psychiatres, et non pas seulement ceux exerçant en psychiatrie légale. L'utilisation de la simulation en santé dans ce domaine nous est apparue pertinente et innovante.

II. Article

Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt de l'utilisation de la simulation en santé

J. Mérey¹, P. Horrach^{1,2}, H.Hani³, A. Cazals⁴, C. Pham-Dinh Loux^{1,2,5}

¹Centre psychothérapique de Nancy ²Centre hospitalier spécialisé de Lorquin ³Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation (CUESim) de la Faculté de Médecine de Nancy ⁴Cour d'Appel de Metz ⁵Université de Lorraine

Introduction

La psychiatrie légale est une spécialité de la psychiatrie peu enseignée au cours du Diplôme d'Enseignement Spécialisé (DES) de Psychiatrie. Une fois leur thèse obtenue, les psychiatres peuvent être réquisitionnés dans le cadre de l'expertise pénale pour des expertises de garde à vue [1-3] alors qu'ils ont rarement bénéficié d'une formation à cet exercice. Ainsi un sondage réalisé en 2016 auprès de 51 internes en DES de psychiatrie à Nancy montre que 10% et 43% étaient respectivement très inquiets et assez inquiets à l'idée d'avoir à réaliser une expertise ; 92% des internes étaient désireux d'une formation à la pratique de l'expertise psychiatrique.

Dans un contexte où la prévalence des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire est 4 à 10 fois plus élevée en détention qu'en population générale [4-7], l'expertise psychiatrique de garde à vue tient une place de premier ordre dans le sens où elle constitue un premier filtre

de ces troubles. On comprend alors tout l'enjeu d'une formation à la rédaction de l'expertise psychiatrique pour les internes en psychiatrie.

Le cadre légal entourant la réalisation d'une expertise, et notamment le fait qu'un interne ne peut assister qu'exceptionnellement à un entretien d'expertise d'un de ses seniors pose la question de la formation pratique à cet exercice.

La simulation d'une expertise psychiatrique avec un patient standardisé peut donc être une solution de formation pratique, en toute sécurité, à l'expertise psychiatrique.

Le choix de la simulation en santé pour cette étude s'est appuyé sur des recommandations mettant en avant que la simulation permet de reproduire une « grande variabilité de situations rares » et de « réduire l'écart existant entre le haut degré de compétences cliniques requis et le faible niveau d'exposition » [8]. L'expertise psychiatrique de garde à vue répond à ces critères, puisqu'il s'agit d'une situation qui n'est jamais rencontrée lors de l'internat et rare dans la pratique professionnelle tout en requérant un haut niveau de compétences. De plus, l'utilisation de la simulation en psychiatrie a été récemment étudiée [9] et une pré rentrée utilisant la simulation est proposée chaque année aux nouveaux internes en psychiatrie à Nancy ; les étudiants de la région sont donc familiarisés à ce support. Dans le domaine de la psychiatrie légale, nous ne recensons qu'une étude faisant état de la simulation médicale, aux États-Unis [10].

La proposition d'une deuxième session s'est appuyée sur les théories de l'apprentissage behavioriste, constructiviste et cognitiviste qui abordent toutes la répétition comme un ancrage nécessaire des connaissances [11].

Notre étude a pour finalité d'évaluer si une formation à l'expertise psychiatrique de garde à vue, basée sur une formation théorique et une formation pratique au Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation (CUESim) de la Faculté de Médecine de Nancy permet d'améliorer l'exploitabilité des expertises psychiatriques en garde à vue par le magistrat. Les objectifs secondaires sont d'évaluer son impact sur des compétences de techniques d'entretien et d'évaluer la satisfaction des internes.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective expérimentale réalisée entre les 19 septembre 2016 et 12 décembre 2016. Elle inclut 16 internes en DES de psychiatrie à Nancy.

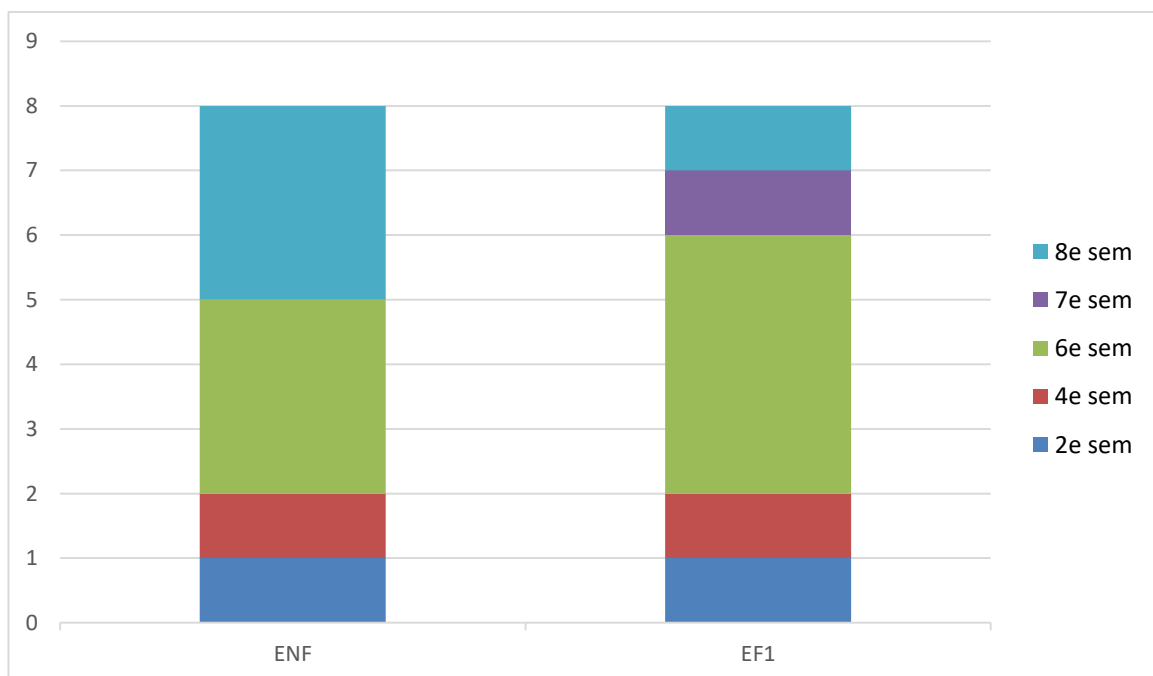
Les critères de non inclusion comprenaient le fait d'avoir déjà bénéficié d'une formation en psychiatrie légale.

Les étudiants ont tous donné leur accord pour participer à cette étude et ont signé la charte informatique du CUESim permettant l'utilisation du support vidéo.

La formation comportait deux sessions. La première comportait une formation théorique et une simulation. La deuxième, prévue deux mois plus tard comportait le visionnage d'une expertise simulée réalisée par un expert confirmé, et une deuxième simulation mettant en jeu les mêmes compétences avec un scénario différent. Les deux scénarios ont été élaborés par deux psychiatres familiarisés avec la pratique de l'expertise psychiatrique, pour répondre aux mêmes objectifs pédagogiques, avec un niveau égal de difficulté.

Nous avons proposé une session en septembre 2016 incluant 16 internes, répartis en deux groupes de 8 appariés en semestres (figure 1a). Un groupe bénéficiait de la formation théorique le premier jour et de la simulation le deuxième. L'organisation était inversée pour le second groupe.

Figure 1a : Répartition des internes à la première session parmi le groupe des étudiants non formés de la première session (ENF) et le groupe des étudiants formés de la première session (EF1)



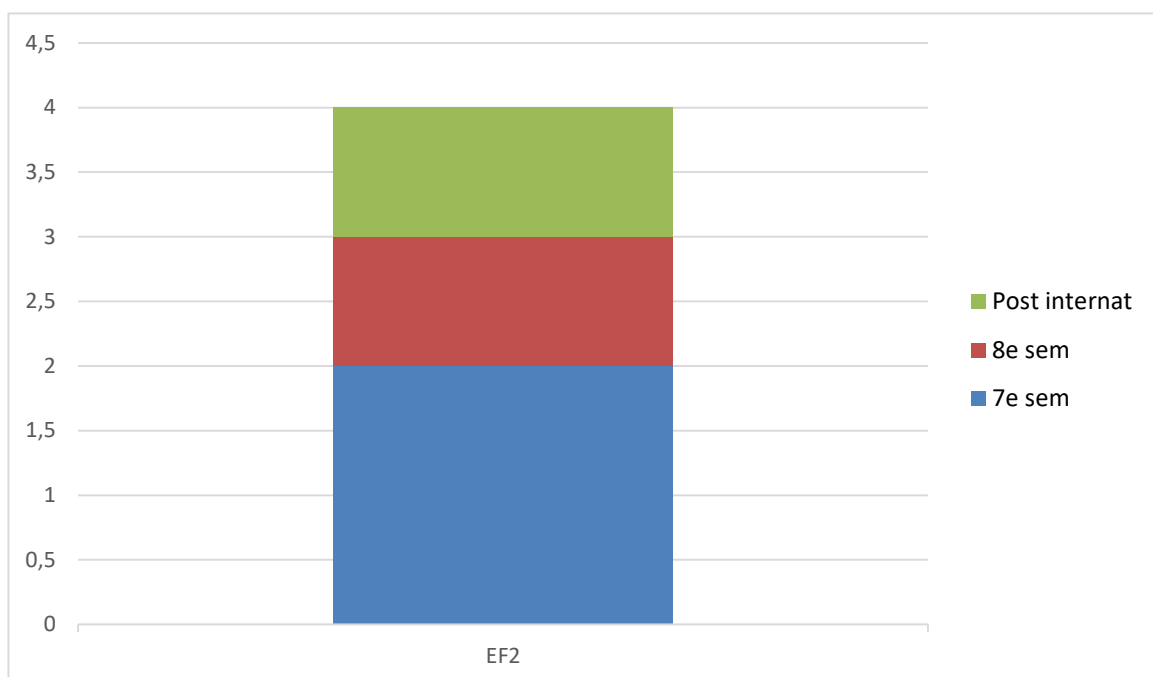
La formation théorique d'une durée de 2H30 était dispensée par un psychiatre, praticien hospitalier en milieu pénitentiaire, inscrit près de la Cour d'Appel pendant plusieurs années. Le contenu de cette formation a été validé en amont par trois autres psychiatres praticiens hospitaliers réalisant régulièrement des expertises.

La formation pratique a été réalisée au CUESim de la faculté de Médecine de Nancy. Il s'agissait d'une simulation de réquisition d'un psychiatre des urgences pour une expertise d'un patient en garde à vue. Cet exercice comprenait un temps d'entretien avec le gardé à vue, joué par un acteur, limité à 20 minutes et un temps de rédaction de l'expertise d'une durée de 30 minutes.

Il mettait en scène un homme de 26 ans en garde à vue pour des faits de violences à l'encontre de sa mère. Il présentait un épisode psychotique aigu au moment des faits.

Lors de la deuxième session, 4 internes sur les 16 ont pu participer (figure 1b). L'un d'eux était absent au visionnage du film de l'expertise simulée par un expert psychiatre.

Figure 1b : Répartition des internes formés de la deuxième session (EF2)



Il s'agissait d'une simulation de réquisition d'un psychiatre des urgences pour une expertise d'un patient en garde à vue pour des faits d'exhibitionnisme. Il avait 28 ans et souffrait d'une schizophrénie pour laquelle il était en rupture thérapeutique depuis trois mois.

Les deux scénarios avaient été testé en amont afin d'obtenir un patient standardisé..

Notre critère de jugement principal était l'exploitabilité des expertises réalisées par les étudiants. Il a été évalué par une magistrate, présidente d'une Cour d'Appel et indépendante de l'étude après anonymisation des copies.

Cette exploitabilité des expertises a été évaluée par deux variables :

- un score composite d'exploitabilité élaboré à partir d'items retenus comme essentiels par deux psychiatres familiarisés à la pratique de l'expertise et d'une magistrate. Nous avons pondéré chaque item en points (2 ou 0 pour les questions binaires, 2 1 et 0 pour les questions à 3 choix) pour un score total sur 12 points (tableau 1).

-une évaluation globale de l'exploitabilité. La magistrate a été interrogée quant à son appréciation générale de l'exploitabilité de l'expertise qui lui a été soumise en répondant aux deux questions suivantes : « l'expertise est-elle exploitable ? » à laquelle il était possible de répondre « oui » « insuffisamment » ou « pas du tout » et « Auriez-vous besoin d'une deuxième expertise ? » pour laquelle la réponse était binaire « oui » ou « non ».

Les résultats ont été traités selon une comparaison de modèles linéaires à mesures répétées.

Le critère de jugement secondaire était l'évaluation des entretiens filmés par un score composite de qualité de technique d'entretien sur 50 points. Une grille d'évaluation visant à quantifier l'adéquation entre l'entretien de l'étudiant et la clinique du patient a été déterminée par deux psychiatres réalisant des expertises (tableau 2). Les corrélations ont été évaluées selon un modèle linéaire à effet mixte. Une correction de Bonferroni a été appliquée.

Toutes les variables quantitatives de cette étude sont caractérisées par leur moyenne et leur écart type.

Un questionnaire de satisfaction a également été distribué à la fin des deux sessions.

Résultats

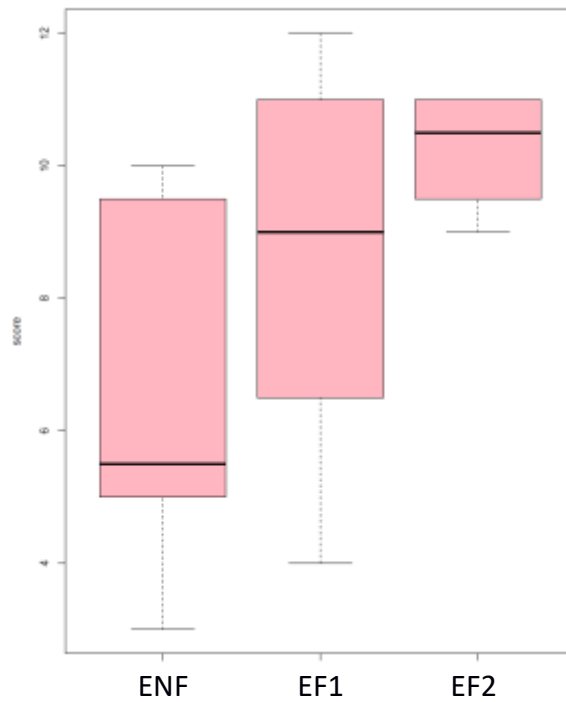
A la première session, 16 internes étaient présents. A la deuxième session, 4 internes ont pu participer. Sur les 12 internes absents, 7 l'étaient pour des obligations personnelles ou familiales et 5 pour des obligations de service.

I. Exploitabilité des expertises

I.A. Score composite d'exploitabilité

La moyenne du score composite d'exploitabilité sur 12 est de 6.63 +/-2.67 pour les ENF, de 8.63 +/-2.92 pour les EF1 et 10.25 +/-0.96 pour les EF2 (figure 2)

Figure 2 : Résultats du score composite d'exploitabilité sur 12 points des ENF, EF1 et EF2



I.A.1 intelligibilité de l'expertise

L'organisation de la rédaction par un plan structuré permet plus fréquemment une compréhension facilitée pour les EF1 (moyenne sur 2 de 1 ± 1.07) et les EF2 (moyenne de 1.5 ± 1) que pour les ENF (moyenne de 0.5 ± 0.93).

En revanche, les étudiants formés emploient un vocabulaire médical plus complexe. La compréhension est sans difficulté pour les ENF avec une moyenne sur 2 de 2 ± 0 ; elle est plus difficile pour les EF1 et les EF2 (1.63 ± 0.52 et 1.75 ± 0.50).

I.A.2 informations cliniques tirées de l'expertise

Concernant le recueil des données d'anamnèse, les internes du groupe ENF obtiennent un score moyen sur 2 de 0.38 ± 0.74 contre 1.25 ± 0.71 pour les EF1 et 1.5 ± 1 pour les EF2.

Concernant l'état psychique du mis en cause au moment des faits, les internes du groupe ENF obtiennent un score moyen sur 2 de 1.25 ± 0.46 contre 1.5 ± 0.53 pour les EF1 et 1.5 ± 0.58 pour les EF2.

I.A.3 possibilité de prise de décision

Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre les 3 groupes concernant la possibilité d'une décision pour la magistrate d'hospitalisation et/ou d'incarcération à la lecture de l'expertise complète, la décision étant à chaque fois possible pour la majorité des expertises. Elle l'est pour 7 expertises des groupes des ENF et des EF1 et pour les 4 expertises des EF2. Les étudiants obtiennent la moyenne sur 2 points de $1,75 \pm 0,71$ dans les groupes des ENF et des EF1 et de 2 ± 0 dans le groupe des EF2.

A la lecture des conclusions seules, la décision est possible pour 3 expertises parmi les ENF, 6 parmi les EF1 et elle l'est pour la totalité des EF2. Les moyennes sur 2 sont de $0,75 \pm 1,04$ pour les ENF, $1,5 \pm 0,93$ pour les EF1 et 2 ± 0 pour les EF2.

I.B. Appréciation globale d'exploitabilité

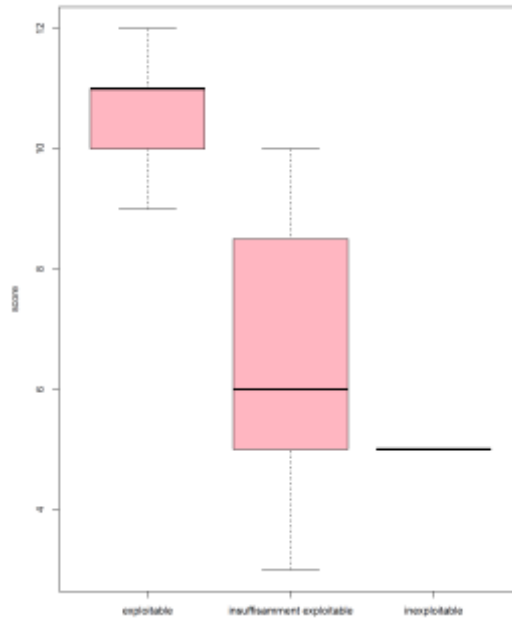
L'expertise est plus fréquemment exploitable dans le groupe des EF1 avec 4 expertises exploitables que dans celui des ENF qui n'en dénombre qu'une seule. Dans le groupe des EF2, 3 sur 4 sont exploitables. 1 expertise des ENF est qualifiée d'inexploitable, les autres le sont insuffisamment.

Le recours à une deuxième expertise est nécessaire pour 2 expertises des ENF, 1 avec la mention « des données essentielles sont manquantes » et 1 étant « inexploitable ». Dans le groupe des EF1, 1 recours est nécessaire avec « des données essentielles manquantes ». La deuxième expertise n'est jamais demandée dans le groupe des EF2.

I.C. Corrélation entre le score composite d'exploitabilité et l'appréciation globale d'exploitabilité.

Nous retrouvons une corrélation significative entre le score composite d'exploitabilité et l'appréciation globale d'exploitabilité à $8.7 \cdot 10^{-4}$ (figure 3).

Figure 3 : corrélation entre l'appréciation globale d'exploitabilité et le score composite d'exploitabilité

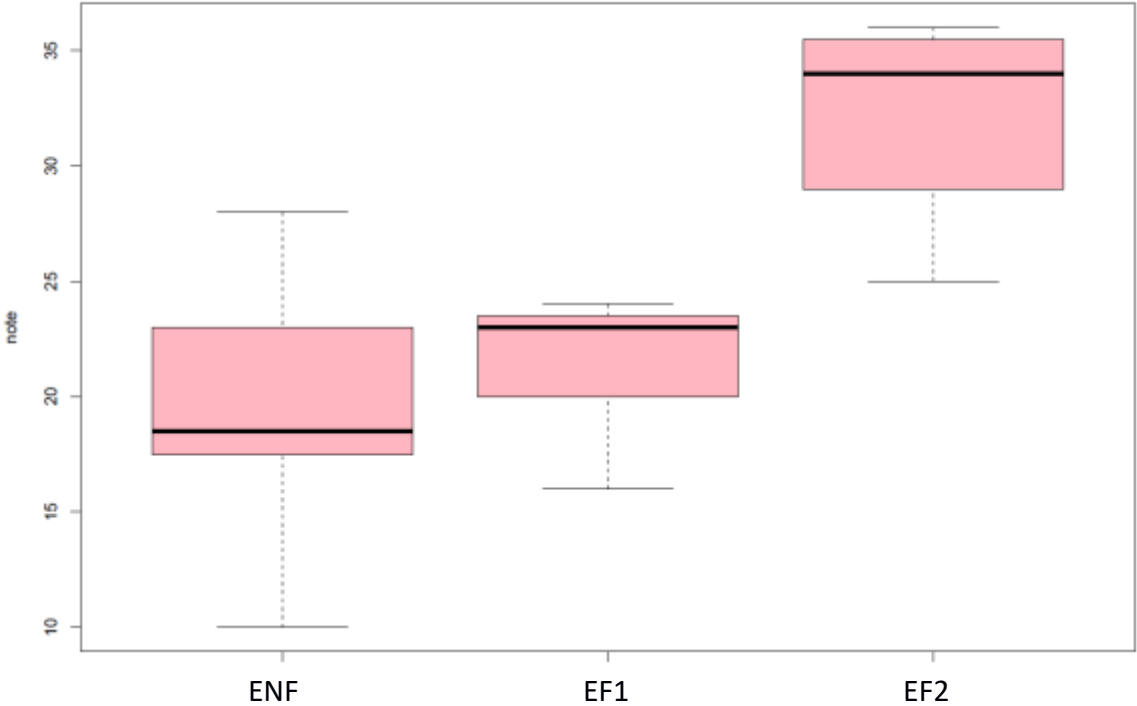


II. Score composite de qualité de technique d'entretien

La note moyenne de l'ensemble des items de la grille d'évaluation sur 50 est de 19.5 +/- 5.42 pour les ENF, 21.63 +/-2.77 pour les EF1 et 32.25 +/-4.99 pour les EF2.

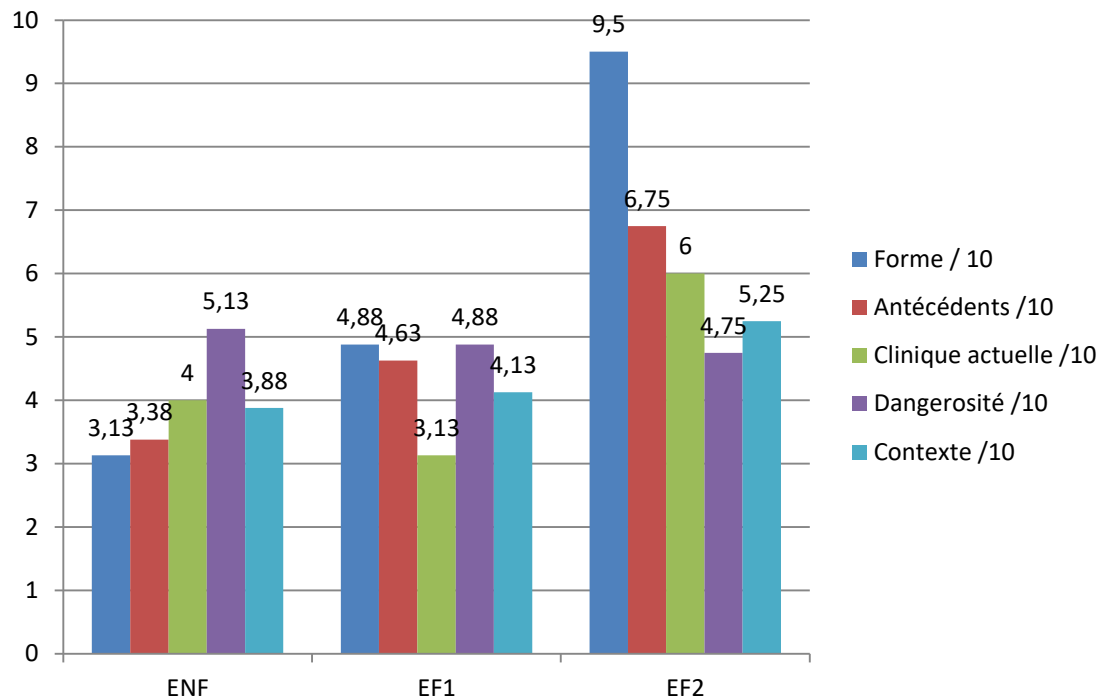
Si la note moyenne sur 50 est meilleure pour les étudiants formés que pour les étudiants non formés dès la première session, cette différence n'est pas statistiquement significative (p-value : 0.52). En revanche, la note obtenue par les étudiants ayant bénéficié des deux sessions est significativement supérieure à celle de ceux qui n'ont pas bénéficié de formation et à celle de ceux n'ayant bénéficié que d'une seule session de formation (p-value <0.0001 entre ENF et EF2 ; p-value 0.005 entre les EF1 et EF2) (figure 4)

Figure 4 : Résultats du score composite de qualité de technique d'entretien sur 50 points des ENF, EF1 et EF2



Les résultats obtenus par les étudiants dans les diverses sous catégories du score composite de qualité de technique d'entretien sont décrits dans la figure suivante (figure 5).

Figure 5 : Sous catégories du score composite de technique d'entretien sur 50 points : critères de forme, recherche des antécédents, la description de la clinique actuelle, l'évaluation de la dangerosité et la recherche du contexte autour des faits.



Nous retrouvons qu'il existe une amélioration du respect de la forme de l'expertise lors de l'entretien des EF1 par rapport aux ENF, les moyennes obtenues sur 10 étant respectivement de 4,88+/-1.25 et de 3,13 +/- 0.99. Lors de la deuxième session, les internes ont obtenu un score moyen de 9,5 +/- 0.58.

Les notes moyennes obtenues dans chaque groupe pour l'examen clinique sur 40 sont de 16.38 +/-4.57 pour les ENF, 16.75 +/-3.24 pour les EF1 et 22.75 +/- 5.31 pour les EF2.

La note moyenne sur 10 points des antécédents est la plus élevée dans le groupe EF2 (6.75 +/- 1.26) que dans le groupe EF1 (4.63 +/- 1.30) que dans celui des ENF (3.38 +/- 2.13).

La note moyenne de la description de la clinique psychiatrique actuelle sur 10 est plus élevée chez les EF2 avec une moyenne de 6.00 +/- 2.45 que dans le groupe de la première session. Les ENF obtiennent même une note légèrement supérieure de 4.00 +/- 1.69 par rapport aux EF1 pour lesquels la moyenne est de 3,13 +/- 1.73.

La note moyenne d'évaluation de la dangerosité sur 10 est à l'inverse meilleure pour les ENF (5.13 +/- 1.36) que les EF1 (4.88 +/- 2.36) que les EF2 (4.75 +/- 1.90).

La note moyenne de recherche du contexte autour des faits sur 10 est plus élevée dans le groupe EF2 (5.25 +/- 1.26) que dans le groupe EF1 (4.13 +/- 1.45) que dans le groupe des ENF (3.88 +/- 1.36).

Satisfaction des étudiants

A la première session, sur 16 étudiants, 12 étudiants estiment que la simulation et la formation théorique étaient « très utile » ; 14 et 15 étudiants ont qualifié respectivement la simulation et la formation théorique de « très intéressante ». Le débriefing collectif est qualifié de « très utile » pour 8 étudiants et d'« utile » pour les 8 autres ; le débriefing individuel est « très utile » pour 4 étudiants, « utile » pour 11 étudiants et « moyennement utile » pour 1 étudiant.

Les ENF étaient 5 sur 8 à trouver la réalisation de l'examen clinique « moyennement difficile » et 3 « difficile ». Les EF1 sont plus divisés, se partageant entre « moyennement difficile » pour 3 étudiants, « difficile » et « pas difficile » avec 2 étudiants pour chaque réponse et « très difficile » pour 1 étudiant.

La rédaction est apparue « très difficile » pour 5 étudiants du groupe ENF et « difficile » pour 3 ; elle est décrite comme « difficile » pour 6 étudiants du groupe EF1, « très difficile » pour 1 et « moyennement difficile » pour 1.

14 étudiants sur 16 désirent bénéficier d'une formation complémentaire en psychiatrie légale après ces journées.

A la deuxième session, 3 étudiants sur 4 ont trouvé cette deuxième session « moins difficile » que la première ; 3 étudiants se sont trouvés majoritairement « un peu plus efficaces » dans le recueil d'informations. Concernant la rédaction, les étudiants sont plus partagés. L'un d'entre eux a trouvé qu'il était « beaucoup plus efficace », deux « un peu plus efficace » et un « aussi efficace » par rapport à la première session. Pour leur exercice professionnel futur, deux estiment que la formation dans son ensemble sera « très utile » et 2 « utile ».

Discussion

I. Limites de l'étude

Le modèle de formation par la simulation nous confronte à la limitation que constitue la petite taille des échantillons. Elle est en effet conditionnée par la disponibilité des internes, des intervenants, du CUESim ou encore par la capacité d'accueil maximale du CUESim par demie journée.

Cette faible taille d'échantillon peut expliquer qu'on ne retrouve pas toujours de différence statistiquement significative des deux scores composites étudiés, alors que les moyennes des scores observés sont supérieures dans le groupe des étudiants formés.

Nous avons proposé une deuxième session afin d'améliorer l'assimilation des connaissances acquises à la première session mais nous n'avons obtenus que peu de participation.

Concernant notre critère de jugement principal, nous avons fait le choix de faire évaluer l'exploitabilité globale de l'expertise par un magistrat et non par un psychiatre, puisqu'il est le destinataire de la mission. Toutefois, il aurait été intéressant de confronter cette évaluation à celle d'un collège d'experts psychiatres.

Le score composite d'exploitabilité a été élaboré de manière collaborative par deux psychiatres et un magistrat afin, de prendre en compte à la fois les compétences purement cliniques relevant de l'expertise médicale, et les attentes du magistrat. Ce score a été élaboré indépendamment du score global d'exploitabilité donné par la magistrate. Cela

semble indiquer que les items retenus sont valables pour témoigner de l'exploitabilité de l'expertise, et donc un certain consensus entre magistrat et psychiatres. Cependant, même si le score global a été donné par la magistrate sans concertation avec les psychiatres, la réflexion autour de cette étude et des critères de qualité d'une expertise avec la magistrate ayant participé à l'étude peut constituer un biais. Il serait intéressant de faire relire ces expertises par un magistrat n'ayant pas pris part à la réflexion et de voir si la corrélation avec le score composite se maintient.

De plus, une cotation par un deuxième magistrat aurait été intéressante afin d'évaluer la fidélité inter juges et donner ainsi plus de valeur à nos résultats.

II. Efficacité

Cette étude montre des résultats intéressants concernant l'exploitabilité des expertises, dans les suites immédiates de la formation et à deux mois car même si nous n'obtenons pas de différence significative, l'observation des données nous permet de mettre en avant une augmentation des valeurs aussi bien du score composite d'exploitabilité que de l'appréciation globale d'exploitabilité du magistrat des EF2 par rapport aux EF1 et des EF1 par rapport aux ENF. Il aurait été intéressant de pouvoir inclure plus d'étudiants en deuxième session ; nous pouvons supposer qu'une augmentation de taille des échantillons aurait pu permettre d'observer une différence significative entre les deux sessions.

Le score composite total de l'exploitabilité sur 12 augmente entre les ENF (6.63 +/-2.67) et les EF1 (8.63 +/-2 .93) et entre les EF1 et les EF2 (10.25 +/-0.96).

Nous retiendrons que les EF1 et les EF2 présentent des expertises plus structurées, permettant à la fois pour le magistrat une compréhension facilitée de l'expertise et une prise de décision plus aisée concernant l'indication d'une hospitalisation et/ou d'incarcération. En effet, le respect d'un plan bien structuré avec une conclusion claire et répondant aux questions est apparu comme un critère essentiel pour le magistrat puisque dans la pratique quotidienne, les conclusions de l'expertise sont lues avec une attention toute particulière.

Nous retrouvons en revanche l'utilisation d'un vocabulaire médical entraînant des difficultés de compréhension plus importantes dans le groupe des EF1 et des EF2. Nous pouvons supposer qu'après avoir participé à la formation, les étudiants aient cherché à être plus précis dans la restitution de leur examen clinique.

Dans l'appréciation globale, le nombre d'expertises exploitables augmente entre les ENF (1 expertise sur 8) et les EF1 (4 expertises sur 8) et, entre les EF1 et les EF2 (3 expertises sur 4). De plus le recours à une deuxième expertise est nécessaire pour 2 expertises des ENF, dont une pour inexploitable. Il est nécessaire pour seulement 1 expertise des EF1 et aucune n'est qualifiée d'inexploitable. Le recours à une deuxième expertise n'est jamais demandé dans le groupe des EF2. Ces résultats restent à interpréter avec prudence compte tenu de la différence de taille des échantillons des première et deuxième sessions ; ils restent toutefois intéressants car après formation, aucune des expertises n'est inexploitable. Ce critère nous est apparu important car le recours à une deuxième expertise n'est pas sans conséquences tant du côté du mis en cause, pour lequel la procédure judiciaire sera impactée, que du côté de la Justice qui verra ses coûts augmenter.

Pour l'évaluation de la qualité de technique d'entretien psychiatrique, les différences entre les deux groupes de la première session apparaissent non significatives. Nous observons toutefois une augmentation du score composite de qualité de la qualité de technique d'entretien. Nous retrouvons en revanche une différence significative de ce score entre les deux sessions, les étudiants de la deuxième session réalisant des entretiens de meilleure qualité.

Les EF2 recherchent plus les antécédents et le contexte autour des faits que les EF1, qui eux même améliorent leur score dans ces deux catégories en comparaison des ENF.

Concernant les éléments cliniques, les internes obtiennent un meilleur score moyen dans le groupe des EF2 en comparaison des EF1 ; en revanche les ENF obtiennent eux un meilleur score que les EF1. Nous pouvons penser que le modèle de l'expertise ait pu déstabiliser les étudiants qui se seraient parfois plus concentrés sur les spécificités propres de l'exercice plutôt que sur la clinique psychiatrique en elle-même.

Nous relèverons que pour l'évaluation de la dangerosité, les internes obtiennent des scores qui diminuent entre les ENF et les EF1 et entre les EF1 et les EF2. L'évaluation de la dangerosité est généralement perçue comme difficile par les étudiants et il semblerait que notre formation n'ait pas suffisamment axé son contenu sur ce propos.

III. Satisfaction

A la première session, les étudiants valident l'utilisation de la simulation et la formation théorique dans ce contexte de formation, les déclarant « très utile » et « très intéressante ».

Les débriefings collectif et individuel sont également validés, puisqu'ils sont qualifiés de « très utile » et « utile ».

Pour les ENF, la réalisation de l'examen clinique simulé était en majorité « moyennement difficile » puis « difficile ». Le vécu de la difficulté est beaucoup plus inégal dans le groupe des EF1, les étudiants se répartissant de manière globalement égale entre « difficile », « moyennement difficile » et « pas difficile ». Nous avons également 1 étudiant qui a qualifié la réalisation de l'examen clinique simulé de « très difficile », mention qui n'a jamais été évoquée pour les ENF. Les résultats du groupe des EF1 sont difficilement interprétables tant ils sont inégaux ; il aurait été intéressant que nous lisions en temps réel ce sondage et que nous propositions aux étudiants un débriefing collectif plus spécifiquement sur ce vécu de difficulté afin d'en comprendre les caractéristiques.

La rédaction en revanche est vécue comme moins difficile pour les EF1 que pour les ENF ; le vécu de la rédaction est en effet qualifié respectivement de « difficile » et « très difficile » par les étudiants.

La deuxième session a permis d'améliorer globalement le vécu de l'exercice. Ainsi, il est décrit comme « moins difficile ». Les deux scénarios étaient élaborés avec le même niveau de difficulté et 3 étudiants sur les 4 participants à la deuxième session avaient déjà participé à une simulation en santé avant notre étude ce qui permet d'exclure la gêne de la caméra ; ces biais potentiels peuvent donc être éliminés. Notre formation permettrait donc de diminuer le vécu de difficulté des internes au moins sur la rédaction, élément clé de

l'expertise. Elle répondrait ainsi à leurs attentes initiales car, rappelons-le, 10% et 43% étaient respectivement très inquiets et assez inquiets à l'idée d'avoir à réaliser une expertise

Concernant le recueil des informations les étudiants se trouvent « un peu plus efficaces ». Les résultats sont plus divisés pour la rédaction, les étudiants se trouvant « un peu plus efficaces » pour la moitié et « beaucoup plus efficaces » ou « aussi efficaces » pour l'autre. Il apparaît que la rédaction de l'expertise serait un point à approfondir encore d'avantage lors de la formation théorique.

La réponse quant à l'impact de cette formation sur leur vie professionnelle à venir ouvre de belles perspectives puisqu'ils estiment qu'elle sera « très utile » ou « utile ».

Conclusions

Plusieurs paramètres semblent montrer une amélioration de l'exploitabilité des expertises produites par les étudiants, à la fois en terme d'exploitabilité par la magistrature et en terme de qualité de technique d'entretien. Répondant à une demande de formation des internes, cette étude est à l'origine de la mise en place d'une formation à l'expertise pénale de garde à vue utilisant la simulation dès la prochaine année universitaire à Nancy.

Ce travail a également permis d'échanger autour des attentes du magistrat face aux expertises psychiatriques qu'il demande et ainsi nous amener à réfléchir quant à la mise en place de formations faisant intervenir nos deux professions.

Il ouvre également la voie sur d'autres spécialités médicales comme la médecine générale, spécialité pour laquelle une formation similaire pourrait également être proposée, les médecins généralistes étant fréquemment réquisitionnés dans le cadre de la garde à vue.

Plus spécifiquement en psychiatrie, à l'issue de ces journées 14 étudiants sur les 16 inclus déclarent avoir envie de bénéficier d'une formation complémentaire en psychiatrie légale. A l'heure où nous manquons de psychiatres souhaitant exercer en milieu pénitentiaire ou devenir experts, ce module pourrait également permettre une sensibilisation des internes à la psychiatrie légale et une mise en avant de cette sous spécialité encore peu investie par la profession et en plein essor.

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

Bibliographie

1. Article 60 du Code de Procédure Pénale modifié par Loi n°99-515 du 23 juin 1999 – art. 12
JORF 24 juin 1999 disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006575047&cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006575047&cidTexte=LEGITEXT000006071154)

[Texte=LEGITEXT000006071154](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006575047&cidTexte=LEGITEXT000006071154)

2. Article 156 du Code de Procédure Pénale modifié par Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 – art. 126
JORF 10 mars 2004 disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idA](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006575745&dateTexte=&categorieLien=cid)

[rticle=LEGIARTI000006575745&dateTexte=&categorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006575745&dateTexte=&categorieLien=cid)

3. Article 157 du Code de Procédure Pénale modifié par Loi n°2004-130 du 11 février 2004 - art.54 JORF 12 février 2004 disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=419BC6061716DEDB084F90469B1A2BA3.tpdila14v_2?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006575365&dateTexte=20170804&categorieLien=cid#LEGIARTI000006575365

4. T. Fovet, P. Thomas, A. Amad. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Annales médico psychologiques 2015 Octobre;173(8):726-730

5. B. Falissard, JY. Loze, I. Gasquet, A. Duburc, C. de Beaurepaire, F. Fagnani, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33

6. S. Fazel, J. Danesh. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545–50.

7. S. Fazel, K. Seewald. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry 2012 May;200(5):364-73.

8. J. Granry, M. Moll. Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint Denis La Plaine: HAS.

9. C. Pham-Dinh Loux, V. Laprêvotte, M. Braun, B. Kabuth, R. Schwan, F. Ligier. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Etude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence. Poster présenté au Congrès Français de Psychiatrie, 2015.

10. DE. McNiel, EK. Hung, RJ. Cramer, SE. Hall, RL. Binder. An approach to evaluating competence in assessing and managing violence risk. Psychiatr Serv Wash DC 2011 janv;62(1):90-2.

11. Barnier G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement disponible sur : http://www.ac-nice.fr/iencagnes/file/peda/general/Theories_apprentissage.pdf

Annexes

Tableau 1 : Score composite d'exploitabilité

L'intelligibilité de l'expertise / 4 points			
L'emploi de vocabulaire médical/psychiatrique est-il un obstacle à la compréhension ?	Pas du tout 2	Oui, mais le message reste globalement compréhensible 1	Oui, il existe de grosses difficultés de compréhension 0
L'organisation de la rédaction (plan) vous semble-t-elle permettre une compréhension facile de l'expertise ?	Oui 2		Non 0
Les informations tirées de l'expertise / 4 points			
Les informations anamnestiques vous paraissent-elles suffisantes ?	Suffisantes 2	Insuffisantes 1	Non, elles sont inexistantes 0
Les informations concernant l'état psychique du mis en cause au moment des faits, les trouvez-vous :	Suffisantes 2	Insuffisantes 1	Inexistantes 0
La possibilité d'une prise de décision / 4 points			
A la lecture de l'expertise complète, auriez-vous pu prendre une décision d'incarcération et/ou d'hospitalisation ?	Oui 2		Non 0
A la lecture des conclusions seules, auriez-vous pu prendre une décision d'incarcération et/ou d'hospitalisation ?	Oui 2		Non 0

Tableau 2 : Score composite de technique d'entretien

Respect de la forme de l'entretien d'expertise psychiatrique / 10 points		
Demande de réquisition à l'officier de police judiciaire (OPJ)	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Demande de serment à l'OPJ	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Demande des éléments de contexte à l'OPJ	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Mise en sécurité avec le retrait des ciseaux sur le bureau	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Rappel de la mission au gardé à vue : terme « expertise » ou « réquisition »	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Rappel de la mission au gardé à vue : information concernant l'autorité requérante	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Identité du médecin	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Vérification des nom et prénom de l'intéressé / patient ?	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Vérification de la date de naissance de l'intéressé /patient ?	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Rappel de l'OPJ à la fin de l'examen	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
L'examen clinique / 40 points		
Recherche des antécédents / 10 points		
Antécédents médicaux	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Antécédents psychiatriques :		
- De suivi psychiatrique ambulatoire	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- D'hospitalisation et sous quelle forme	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Recherche d'un diagnostic psychiatrique posé au patient	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Antécédents de traitement médicamenteux	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Antécédent de tentative de suicide	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Antécédents familiaux	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Antécédents de consommation d'alcool ou de drogue	OUI 1 POINT	NON 0 POINT

Antécédents biographiques (au moins deux éléments parmi : célibataire marié, vit seul/concubinage, travail, études, stabilité professionnelle, insertion sociale)	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Mesure de protection	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Clinique psychiatrique actuelle / 10 points		
Trouble des fonctions supérieures : orientation spatio temporelle	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT
Trouble du contenu de la pensée		
- Bizarrerie (exploration de la présentation du sujet)	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Hallucinations	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Persécution	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Recherche d'un automatisme mental	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
- Adhésion et critique	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Humeur	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Idées suicidaires	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Pas de proposition de prise en charge	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Evaluation de la dangerosité / 10 points		
Antécédents judiciaires	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT
Antécédents de violences physiques commises	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT
Utilisation d'une arme	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT
Intentionnalité hétéro agressive au moment des faits	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Intentionnalité hétéro agressive présente lors de l'expertise	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Recherche d'un persécuteur/cible désigné(e) autre que la victime	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Etat de santé de/des victimes (séquelles des violences)	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Evaluation du contexte autour des faits / 10 points		
Evocation des faits avec le sujet	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT

Geste impulsif ou non	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT
Recherche du contexte autour du passage à l'acte (sommeil, environnement...)	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Imprégnation de toxiques lors des faits	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Imprégnation d'alcool lors des faits	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Rupture thérapeutique et depuis quand	OUI 2 POINTS	NON 0 POINT
Rupture avec l'état antérieur (insertion professionnelle, avis des proches)	OUI 1 POINT	NON 0 POINT
Score total sur 50 points		

III. Résultats complémentaires

1. Résultats du Questionnaire à Choix Multiples (Annexe 9).

Les ENF obtiennent une moyenne sur 10 de 8.19 +/- 1.10 et les EF1 obtiennent la note de 8.69 +/-1.19.

2. Réponse des étudiants à la question de l'irresponsabilité pénale selon l'article 122-1 du CP.

2.1 A la première session

Tableau 1 : Réponse des étudiants à la question de l'article 122-1 du CP des expertises rédigées à la première session.

	Incompatibilité avec la garde à vue et hospitalisation en SDRE	Compatibilité avec la garde à vue
Abolition du discernement	5 EF1	4 ENF et 1 EF1
Altération du discernement	1 EF1	1 ENF
Réponse contradictoire (altération du discernement et non accessible à une sanction pénale)	1 EF1	1 ENF
Non accessible à une sanction pénale sans les mots clés altération ou discernement	1 ENF	1 ENF
Aucune évocation de l'article 122-1 du CP	0	0

2.2 A la deuxième session

Tableau 2 : Réponse des étudiants à la question de la compatibilité avec la garde à vue et à celle de l'article 122-1 du CP des expertises rédigées à la deuxième session.

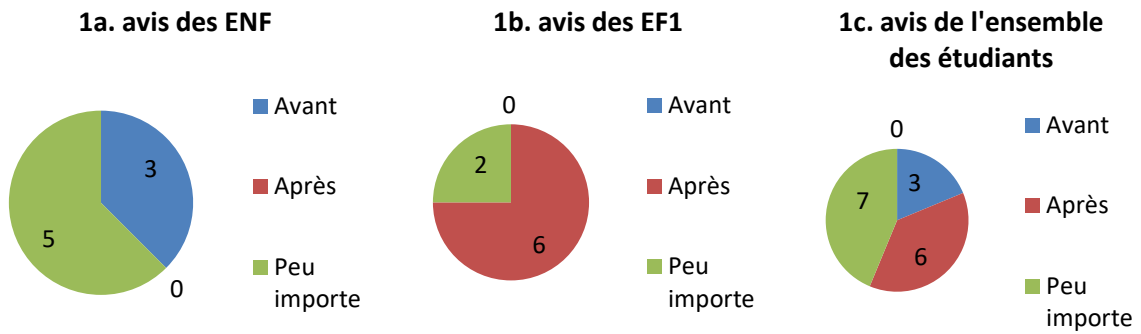
	Incompatibilité avec la garde à vue et hospitalisation en SDRE	Compatibilité avec la garde à vue
Abolition du discernement	2 EF2	1 EF2
Altération du discernement		1 EF2
Réponse contradictoire (altération du discernement et non accessible à une sanction pénale)	0	0
Non accessible à une sanction pénale sans les mots clés altération ou discernement	0	0
Aucune évocation de l'article 122-1 du CP	0	0

3. Questionnaire de satisfaction des internes

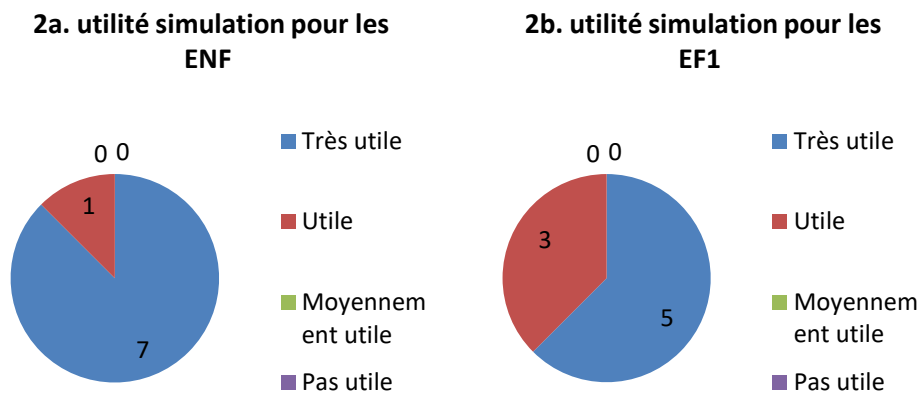
3.1. A la première session

Les résultats de ce questionnaire sont illustrés par les graphiques ci-dessous :

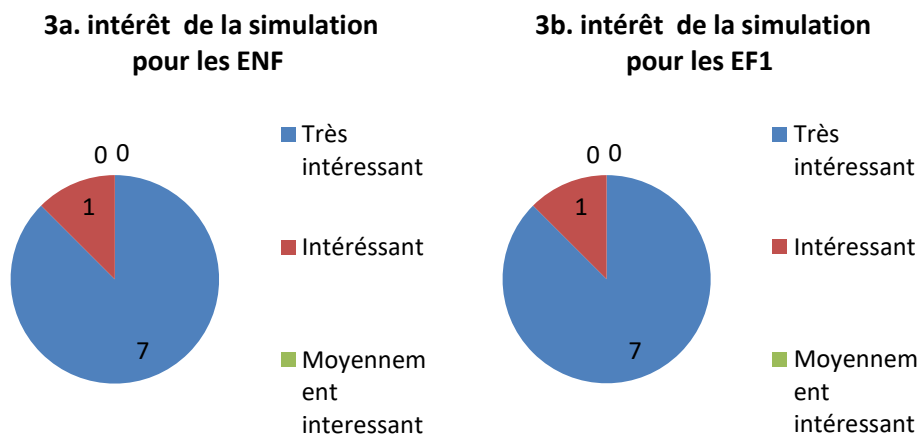
1. Auriez-vous préféré avoir la simulation avant ou après le cours ?



2. Quelle est l'utilité pour vous de cette simulation dans ce contexte ?

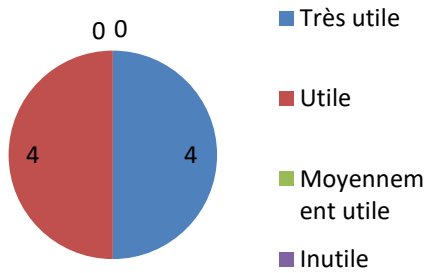


3. Quel est l'intérêt pour vous de cette simulation dans ce contexte ?

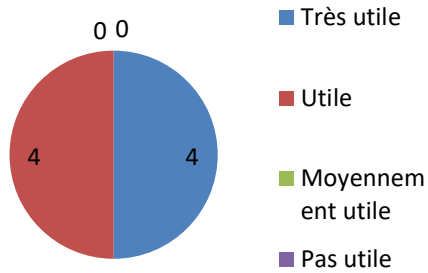


4. Quelle a été pour vous l'utilité de ce débriefing collectif dans ce contexte ?

4a. utilité du débriefing collectif pour les ENF

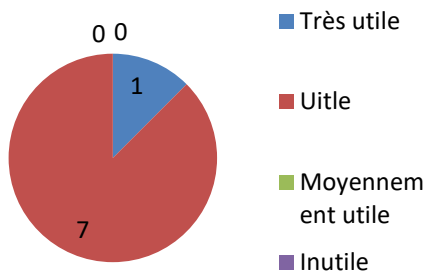


4b. utilité du débriefing collectif pour les EF1

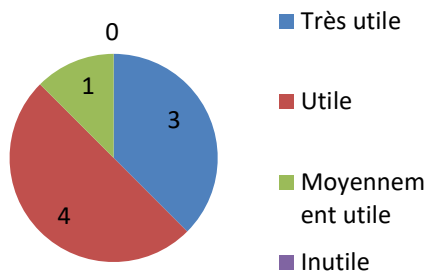


5. Quelle a été pour vous l'utilité de ce débriefing individuel dans ce contexte ?

5a. utilité du débriefing individuel pour les ENF

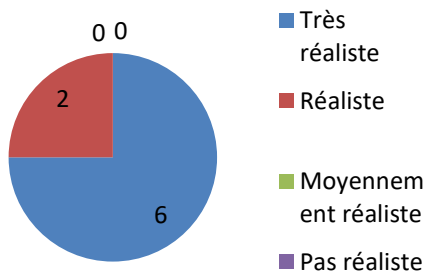


5b. utilité du débriefing individuel pour les EF1

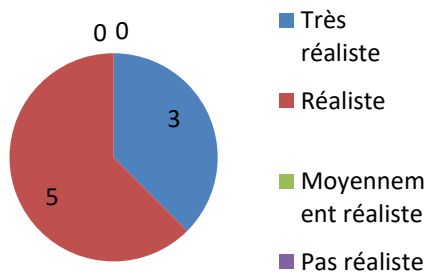


6. La situation vous a-t-elle paru réaliste ?

6a. réalisme de la situation pour les ENF

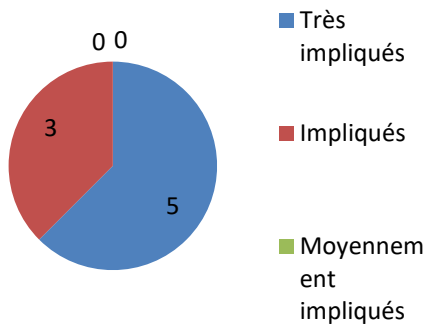


6b. réalisme de la situation pour les EF1

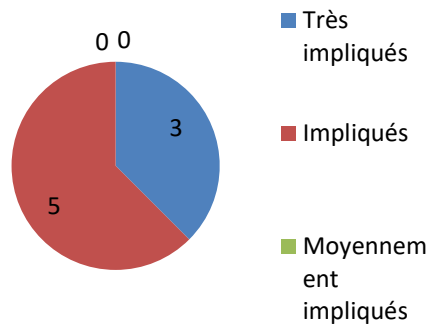


7. Vous êtes- vous senti impliqués dans l'exercice ?

7a. sentiment d'implication des ENF

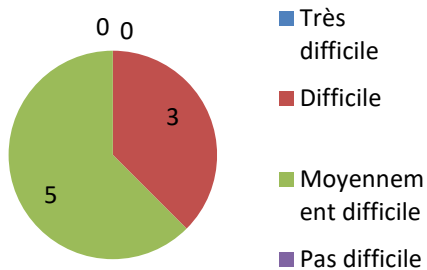


7b. sentiment d'implication des EF1

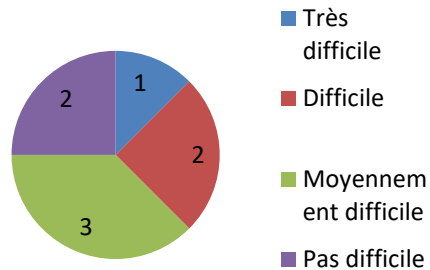


8. Quel a été votre niveau de difficulté ressentie concernant l'examen clinique ?

8a. difficulté de l'examen clinique pour les ENF

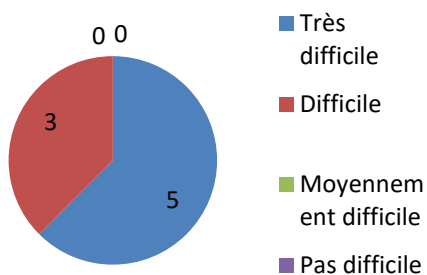


8b. difficulté de l'examen clinique pour les EF1

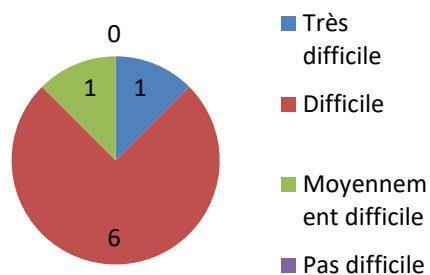


9. Quel a été votre niveau de difficulté ressentie concernant la rédaction de l'expertise ?

9a. difficulté de la rédaction pour les ENF

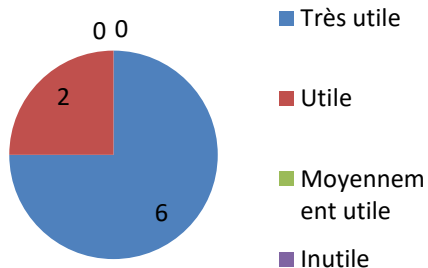


9b. difficulté de la rédaction pour les EF1

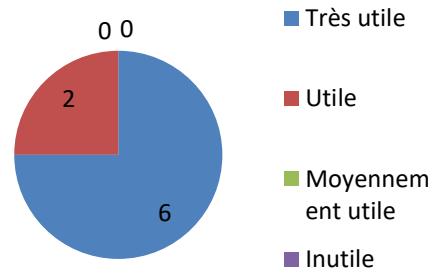


10. Quelle est l'utilité pour vous de cette formation théorique dans ce contexte ?

10a. utilité de la formation théorique pour les ENF

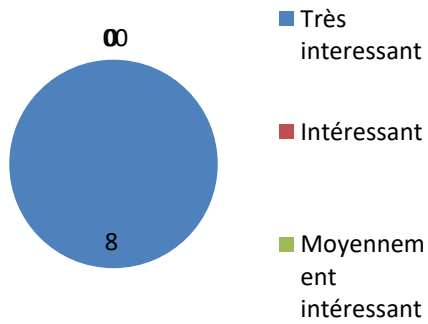


10b. utilité de la formation théorique pour les EF1

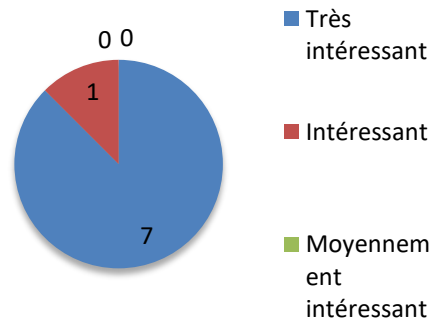


11. Quel est l'intérêt pour vous de cette formation théorique dans ce contexte ?

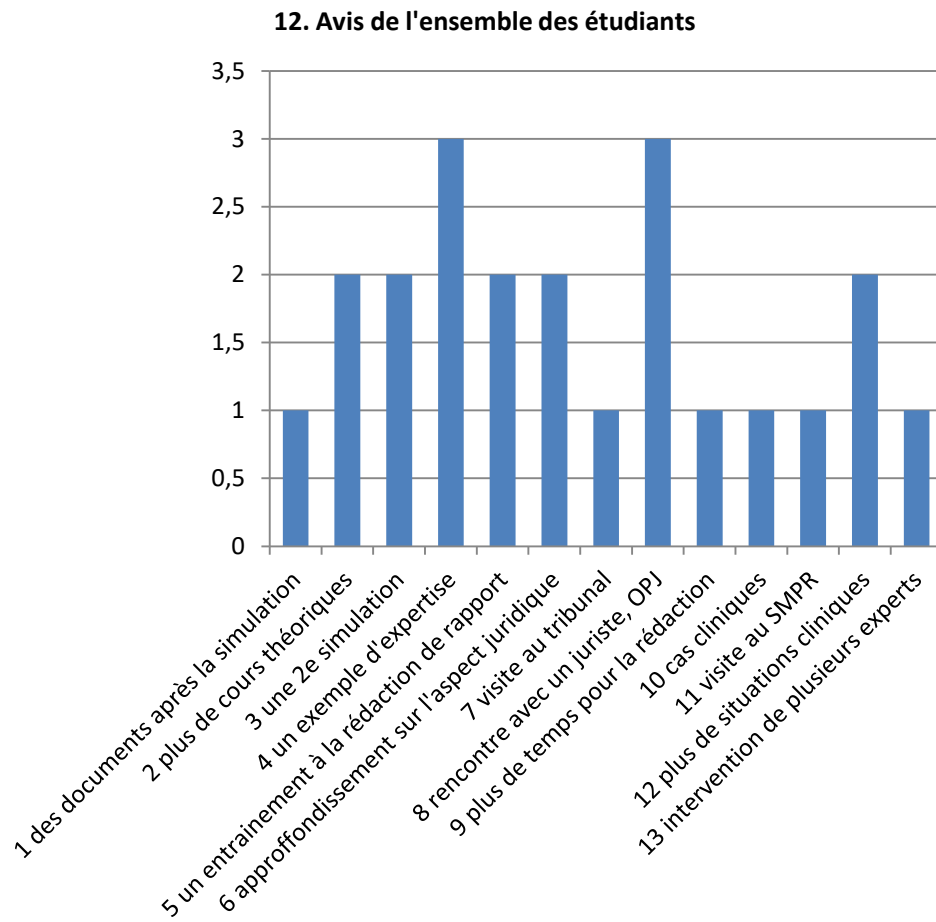
11a. Intérêt de la formation théorique pour les ENF



11b. Intérêt de la formation théorique pour les EF1



12. Qu'est-ce qu'il manquerait à ces journées si elles devenaient un enseignement proposé aux internes en DES de psychiatrie ?

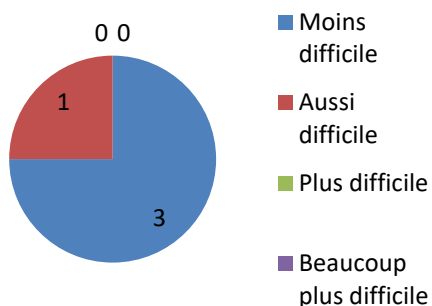


3.2 A la deuxième session

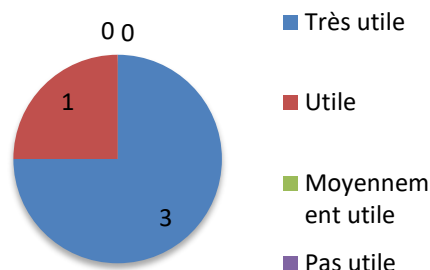
Les résultats de ce questionnaire sont illustrés par les graphiques ci-dessous :

1. Avez-vous trouvé cette deuxième session beaucoup plus difficile, plus difficile, aussi difficile ou moins difficile que la première session ?
2. La répétition du même exercice vous a-t-elle parue très utile, utile, moyennement utile ou pas utile ?

1. Niveau de difficulté

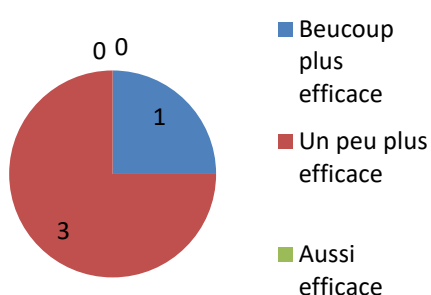


2. Répétition de l'exercice

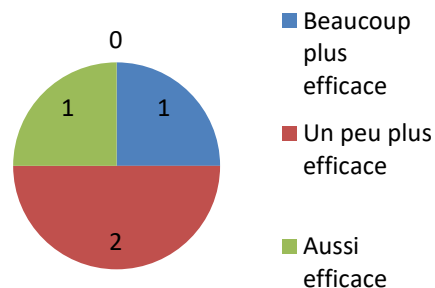


3. Concernant votre capacité à recueillir les informations nécessaires à votre rédaction d'expertise, vous vous êtes trouvé beaucoup plus efficace, un peu plus efficace, aussi efficace ou moins efficace ?
4. Concernant la rédaction de votre expertise, vous vous êtes senti beaucoup plus efficace, un peu plus efficace, aussi efficace ou moins efficace ?

3. Capacité de recueil d'informations

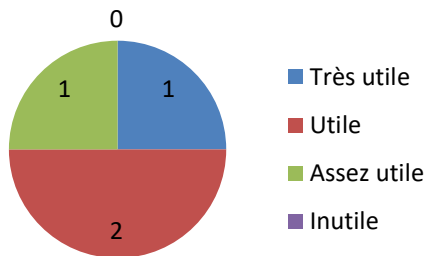


4. Rédaction de l'expertise

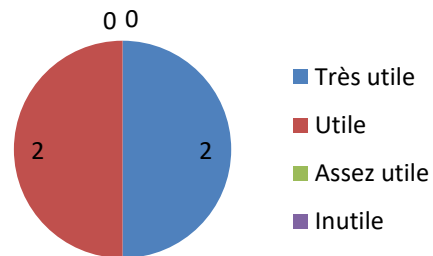


5. Pensez-vous que cette formation a déjà eu un impact lors de votre activité professionnelle ?
6. Pensez-vous que cette formation pourra être utile pour votre exercice futur ?

5. Impact sur l'activité professionnelle actuelle

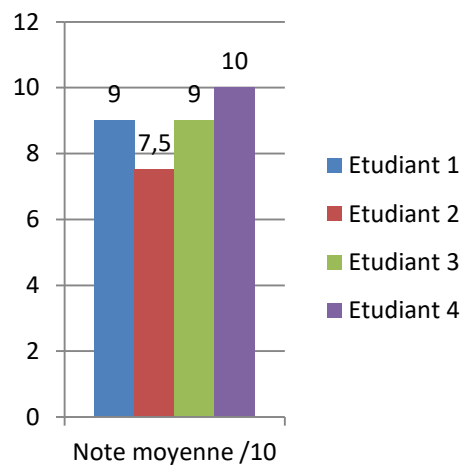
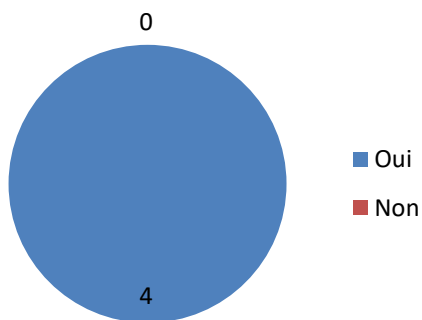


6. Impact sur la vie professionnelle future



7. Recommanderiez cette formation à un ami ?
8. Quelle note globale donnez-vous à cette formation ?

7. Recommandations



IV. Discussion

De ce sujet de thèse sont nées plusieurs réflexions. Dans un premier temps, la lecture des conclusions des expertises des étudiants m'a menée à m'interroger concernant le prononcé d'une irresponsabilité pénale selon l'article 122-1 du Code Pénal à l'issue de l'expertise de garde à vue. Dans un deuxième temps, je me suis questionnée concernant la place de l'expertise psychiatrique dans la procédure pénale ; a-t-elle une réelle valeur expertale ou s'agit-il d'un examen psychiatrique ?

Enfin dans un dernier temps, l'étude des questionnaires de satisfaction des étudiants offre des pistes de réflexion intéressantes quant à l'amélioration de cette formation.

1. Abolition ou altération du discernement : la réponse des étudiants

A la première session, le scénario était en faveur d'une abolition du discernement et d'une incompatibilité de l'état mental du sujet avec la garde à vue. Cependant, il est à noter que nous avons pris un vrai modèle de réquisition d'un psychiatre pour une expertise psychiatrique de garde à vue. Or sur ce modèle la question de la compatibilité de la garde à vue n'était pas posée explicitement ; toutefois, se questionner à ce sujet peut être très utile. Les internes ayant évoqué ce sujet ont alors répondu à une question qui bien qu'évidente à évoquer compte tenu de l'état de santé de M. Leroux, ne leur était pas expressément demandée.

Nous retrouvons que 4 étudiants du groupe ENF évoquent une abolition du discernement sans stipuler que l'état mental du sujet est incompatible avec la garde à vue. Dans le groupe

des EF1, 5 étudiants ont évoqué une abolition du discernement et une incompatibilité avec la garde à vue. Lors de la formation théorique, un point avait été fait sur l'importance de se prononcer sur la compatibilité et il apparaît avoir été entendu par les internes.

Nous notons que deux étudiants, 1 ENF et 1 EF1, évoquent une altération du discernement et une non accessibilité à une sanction pénale ; 2 ENF évoquent une non accessibilité mais sans mentionner clairement les termes d'abolition ou d'altération.

Nous nous interrogeons alors sur la question de l'irresponsabilité pénale, posée à une phase aussi précoce de la procédure et à des praticiens parfois non formés à cette question. Nous reviendrons sur cette question dans la seconde partie de la discussion.

Les résultats sont toutefois encourageants car nous constatons que la moitié des ENF et plus de la moitié des EF1 prononcent une abolition du discernement pour M. Leroux. En revanche, il apparaît nettement qu'après formation les étudiants sont plus sensibilisés à la question de la compatibilité avec la garde à vue et y répondent plus largement.

Il semble aussi que les concepts d'altération et d'abolition du discernement ne soient pas toujours compris et ce même après formation théorique. Il semble que ce point serait à détailler davantage lors du séminaire proposé à la rentrée universitaire 2017.

Concernant la deuxième session, la particularité résidait dans le fait que nous avons rajouté la question de la compatibilité de l'état mental du sujet avec la garde à vue sur la réquisition. De plus, le patient simulé se présentait plus calme et la question de cette compatibilité pouvait se discuter davantage qu'à la première session. Le scénario était également en faveur d'une abolition du discernement.

Nous retrouvons 2 étudiants ayant conclu à une abolition et à une incompatibilité avec la garde à vue, 1 à une abolition avec compatibilité et 1 à une altération avec compatibilité.

L'ensemble de ces réponses nous apparaissent toutefois cohérentes dans le sens où elles étaient argumentées.

2. Intervention du psychiatre en garde à vue : un examen ou une expertise psychiatrique ?

Actuellement en France, l'expertise psychiatrique de garde à vue mène à de nombreux débats. Lors d'un colloque à Paris en novembre 2016. P.A Delpla intervenait dans le sens de l'utilité de cette expertise et D. Zagury argumentait sur ses limites (31).

D. Zagury mettait en avant que la mission de service public était d'examiner avant tout et pas nécessairement d'expertiser. De plus, être au plus près des faits ne constitue pas selon lui un avantage car le praticien ne bénéficie d'aucun élément contextuel et n'a pas les dépositions des victimes. De plus, une évaluation n'est rendue possible qu'après sevrage de toxiques.

Il mentionnait également que de par leur multiplication, ces expertises montrent une dégradation de l'expertise psychiatrique pénale car plus de 80 % des expertises sont actuellement sollicitées par le parquet.

De son côté, G. Dubret notamment regrette l'absence de concertation entre les magistrats et les psychiatres et conteste la valeur d'expertise pénale présentencielle à l'examen psychiatrique sur réquisition. En effet, il mentionne que cet examen est réalisé dans l'urgence alors que l'expert doit réaliser une analyse clinique rétrospective pour discuter la

mise en relation de l'état mental avec les faits. Il évoque de plus le « tumulte » de la garde à vue, non compatible avec une telle évaluation (32).

L'autre question concerne l'inexpérience du praticien qui intervient ; s'il n'est pas expert, nous pouvons questionner la légitimité de répondre aux questions de la mission de l'expertise psychiatrique pénale puisqu'il peut méconnaître leur portée criminologique. Ceci constitue une réelle problématique notamment pour les psychiatres exerçant dans les services d'urgence qui, bien qu'ayant connaissance de ces limites, ne peuvent toutefois pas se soustraire à la réquisition. La difficulté ne se situe alors pas sur le plan du diagnostic psychiatrique, mais bien sur la formation médico légale et criminologique des praticiens.

L'intervention du psychiatre dès la garde à vue présente également des avantages. Le premier est incontestable ; cette intervention, qu'elle soit considérée comme un « examen de comportement » (33) ou comme une expertise psychiatrique pénale en tant que tel, permet dans tous les cas de détecter rapidement les troubles psychiatriques du sujet en garde à vue et de les prendre en charge le plus rapidement possible, en évitant ainsi l'étape de l'incarcération qui à ce moment n'apparaît pas opportune compte tenu de l'état psychique du sujet. Elle permet pour la justice de bénéficier d'une réponse rapide sur des questions telles que la responsabilité pénale ou la question d'une injonction de soins, notamment dans le cas de la comparution immédiate (34).

De plus, elle peut présenter l'avantage de permettre une évaluation criminologique au plus près des faits de l'état mental de l'auteur supposé, permettant de répondre avec pertinence à la question de l'article 122-1 du code pénal (18).

Pour faire face à certaines difficultés évoquées plus haut, une perspective intéressante a été proposée à Toulouse en 2000. Une astreinte de psychiatres experts près la Cour d'Appel avait été mise en place. Ils répondaient en temps réel aux demandes du Parquet. P.A Delpla notait cependant que ce dispositif était complexe à mettre en place sur plusieurs aspects :

- il note tout d'abord le peu de candidats à cet exercice « malgré nos efforts pour former de jeunes psychiatres à la pratique médico-légale »

- le nombre parfois important d'appels de magistrats, parfois 4 ou 5 appels concomitants étant donné que les magistrats ne travaillent pas en concertation

- la difficulté dans ce contexte de rendre en temps réel le rapport circonstancié

- il met également en avant les échanges avec les officiers de police judiciaire, souvent « fructueux et courtois » mais parfois « tendus voire conflictuels », « tandis que le dialogue avec le magistrat requérant reste l'exception »

- la perception par l'autorité requérante de l'expert comme « prestataire de service » (35).

Ce système permettait de pallier le manque de formation des praticiens réquisitionnés mais il a dû être abandonné pour des raisons matérielles, les praticiens n'étant pas assez nombreux et les demandes d'expertises augmentant (31).

En conclusion, P.A Delpla décrit l'expertise psychiatrique de garde à vue comme un « exercice difficile mais à défendre » (31).

Face à ces nombreuses controverses, il nous apparaît primordial que le praticien soit informé et formé à cette pratique de l'expertise psychiatrique de garde à vue. De mon point de vue, l'expertise psychiatrique de garde à vue est un outil intéressant, qui permet une évaluation précoce de l'état psychique du sujet. Toutefois elle ne doit pas permettre une généralisation de l'économie d'une expertise pénale présentencielle. Celle-ci, demandée dans un second temps, sera réalisée dans des conditions plus propices à une évaluation psychiatrique et criminologique. De plus, il apparaît indispensable que cette expertise de garde à vue soit réalisée par des praticiens formés afin que la richesse comme les pièges de cet exercice soient maîtrisés et exploités à bon escient. En ce sens, notre étude montre des résultats intéressants puisque nous observons une amélioration de l'exploitabilité des expertises. Les étudiants ont également améliorés leurs connaissances après formation obtenant une meilleure moyenne aux résultats du QCM en comparaison des ENF. De plus, elle permet d'échanger avec les étudiants au sujet des perspectives comme des limites de cet exercice.

3. Les apports des étudiants pour l'amélioration de notre formation

Concernant la satisfaction des étudiants, leurs réponses permettent de discuter notre modèle de formation et de l'améliorer concrètement puisqu'une formation à l'expertise psychiatrique pénale de garde à vue utilisant la simulation en santé sera proposée dès la prochaine rentrée universitaire à Nancy. Plusieurs points seront discutés :

Tout d'abord, pour l'ordre dans lequel nous devons proposer les formations théorique et pratique, il apparaît que les EF1 sont plus satisfaits du modèle proposé que les ENF. En effet, 6 étudiants du groupe EF1 préfère la simulation après la formation théorique,

ce qui correspond à ce qui leur a été proposé, et 2 mentionnent « peu importe ». Dans le groupe des ENF, seulement 3 étudiants préfèrent avoir la simulation avant la formation théorique, ce qui leur a été proposé, les 5 autres mentionnant « peu importe ». Nous pouvons donc supposer que le modèle reposant sur la formation théorique dans un premier temps et la simulation dans un deuxième est celui que nous pourrions retenir pour la rentrée 2017. Cela se justifie également sur un plan pratique : le caractère chronophage de la simulation comme modalité d'enseignement justifie de l'utiliser comme mise en pratique d'un enseignement pour lequel les fondements théoriques sont déjà acquis.

Une autre réponse qui peut attirer notre attention concerne le réalisme de la situation. La majorité des étudiants du groupe ENF (6 étudiants) ont trouvé la situation très réaliste alors que dans le groupe des EF1, 3 la décrivent très réaliste et la majorité (5 étudiants) la décrivent réaliste. Peut-être pouvons-nous questionner ici les représentations des internes quant à ce que représente une expertise de garde à vue lorsqu'ils n'ont eu aucune formation dans ce domaine. Une fois qu'ils ont bénéficié de la formation théorique, la situation leur apparaît moins réaliste. S'agissait-il de fausses représentations pour les ENF et/ou notre simulation n'est pas aussi proche de la réalité que ce que nous voudrions ? Il serait intéressant de discuter cette question avec les participants. Nous pouvons également en ce sens interroger le sentiment d'implication des internes ; 5 étudiants du groupe ENF se sont sentis très impliqués contre 3 du groupe EF1. Peut-être pouvons-nous supposer que ce sentiment puisse être en lien direct avec le réalisme de la situation, d'autant plus que nous ne retrouvons pas de différence concernant l'intérêt de la simulation ou de la formation entre les deux groupes. Ces remarques restent toutefois à considérer avec prudence étant donné la taille de l'échantillon de notre étude.

Nous constatons que le niveau de difficulté ressentie à la rédaction diminue pour les EF1 par rapport aux ENF ce qui nous est apparu comme un critère important. A la deuxième session, 3 étudiants sur les 4 se sont trouvés « beaucoup plus efficace » ou « un peu plus efficace » concernant la rédaction de l'expertise.

Enfin la question sur ce qu'il manquerait à ces journées si elles devenaient un enseignement offre de belles perspectives. En effet nous pourrions proposer un approfondissement concernant l'aspect juridique avec une rencontre de différents intervenants (plusieurs experts psychiatres, juriste, officier de police judiciaire). Nous pourrions également fournir un exemple d'expertise écrite et proposer un entraînement à la rédaction de rapport, qui reste l'élément clé de l'expertise psychiatrique de garde à vue.

V. Conclusion

Ce travail a constitué une étape importante dans ma formation de psychiatre. Etant intéressée par la psychiatrie légale, il m'a permis d'échanger avec une magistrate quant aux attentes des juges face aux expertises pénales. Nous nous sommes également questionnés quant aux moyens à mettre en place pour une meilleure articulation entre la santé et de la justice. Il m'a également permis d'échanger avec les autres internes sur l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. De plus, il est à l'origine de la mise en place d'une formation à l'expertise pénale de garde à vue utilisant la simulation dans laquelle je m'impliquerai dès la prochaine année universitaire à Nancy.

VI. Références bibliographiques

1. Ministère de la Justice. Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée. Au 1^{er} août 2017. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_aout_2017.pdf
2. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al*; et le groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(35-36):445-50.
3. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545–50.
4. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry 2012 May;200(5):364-73.
5. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46:191–5.
6. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33
7. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JLPK. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. Forensic Sci Int 2013;233:273–7.
8. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Annales médico psychologiques 2015 Octobre;173(8):726-730
9. Ministère de la Justice. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous-main de justice. 2012. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf
10. Article R6112-19 transféré par Décret n°2016-1505 du 8 novembre 2016 – art 3 du Code de la Santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916563&dateTexte=&categorieLien=cid>
11. Article R57-8-1 modifié par Décret n°2010-1634 du 23 décembre 2010 – art 1 du Code de Procédure Pénale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006517681&dateTexte=&categorieLien=cid>

12. Ministère de la santé et de la protection sociale. Ministère de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Septembre 2004. Disponible sur :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf
13. Gilard-Pioc S, Dang-Hauter C, Denis C, Boraud C, Chariot P. Personnes placées en garde à vue en Seine Saint Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive. La Presse Médicale 42(2013)293-299.
14. Service Public. Fiche pratique : Garde à vue. Novembre 2016. Disponible sur :
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14837>
15. Article 63-3 modifié par LOI n°2011-392 du 14 avril 2011 – art. 5 du Code de Procédure Pénale. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006575080&dateTexte=&categorieLien=cid>
16. Delpla PA. Importance et pièges des réquisitions en psychiatrie. Annales médico-psychologiques. 164(2006)864-867
17. Article 122-1 modifié par LOI n°2014-896 du 15 août 2014 – art 17 du Code Pénal. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213>
18. Perrault C. Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code Pénal) : quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques ? A propos de 601 rapports d'expertises psychiatriques pénales. 2013. Thèse d'exercice en Médecine Spécialisée, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
19. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. HAS. Conférence de consensus. Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. 2 et 3 décembre 2004. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf
20. Article R642-1 du Code pénal. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006419550>
21. Article L.4163-7 modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 – art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur 1^{er} janvier 2002 du Code de la Santé Publique. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688996>

22. Médecine légale Besançon. Pratique médico légale, examens et expertises psychiatriques. Disponible sur : <http://www.medecinelegale-besancon.com/publications/biblio/presentation-33.pdf>
23. Arboleda-Florez J. Forensic psychiatry : contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry*. 2006 Jun; 5(2): 87–91.
24. Booth BD, Mikhail E, Curry S, Fedoroff JP. Shaping Attitudes of Psychiatry Residents Toward Forensic Patients. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2016 Dec;44(4):415-421
25. Sebastian L. Specialist training in forensic psychiatry: The UK experience. *Crim Behav Ment health*. 2012 Oct;22(4):252-6
26. Kahn JP. Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique de expertale? Comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente ? Dans *Expertise Psychiatrique Pénale*, audition publique 25 et 26 janvier 2007, John Libbey Eurotext.
27. Van Effenterre A, Hanon C, Llorca PM. Enquête auprès des PU-PH sur la formation en psychiatrie en France. *L'Encéphale* (2014) 40, 208-205
28. J. Granry, M. Moll. Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint Denis La Plaine: HAS.
29. Pham-Dinh Loux C, Laprèvote V, Braun M, Kabuth B, Schwan R, Ligier F. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Etude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence. Poster présenté au Congrès Français de Psychiatrie, 2015.
30. McNiel DE, Hung EK, Cramer RJ, Hall SE, Binder RL. An approach to evaluating competence in assessing and managing violence risk. *Psychiatr Serv Wash DC* 2011 janv;62(1):90-2.
31. Zagury D. et Delpla PA. Intervention intitulée « expertise psychiatrique précoce : utilité, limites et risques » lors du colloque : « Temporalités judiciaires et expertises psychiatriques pénales, troisième journée de la Compagnie Nationales des Experts Psychiatres de Cour d'Appel (CNEPCA) de l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ) en collaboration avec la Société de l'Information Psychiatrique (SIP) » du 17 novembre 2016
32. Dubret G. Missions spécifiques : « expertise psychiatrique » en garde à vue. Dans « conférence de consensus : intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue ». ANAES, Paris, 2 et 3 décembre 2004.
33. Dantchev N. Quelle conduite médicale dans des situations particulières? Les pathologies mentales. Dans « conférence de consensus : intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue ». ANAES, Paris, 2 et 3 décembre 2004.

34. Martorell A. L'expertise psychiatrique du sujet en garde à vue. Dans « conférence de consensus : intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue ». ANAES, Paris, 2 et 3 décembre 2004.

35. P.A Delpla. Dans quel cadre procédural et à quelles fins le psychiatre peut-il être réquisitionné par la justice ? Disponible sur : psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/expertise/textesexperts/delplaVD.rtf

VII. Annexes

Annexe 1 - Questionnaire diffusé aux référents AFFEP de France

1. Dans quelle faculté êtes-vous interne ?

2. Bénéficiez-vous de modules d'enseignement obligatoires en psychiatrie légale dans votre région ?
 - a. Oui et si oui, lesquels et sous quelle forme (cours magistraux, autres...)
 - b. Non

3. Bénéficiez-vous de modules d'enseignement complémentaires en psychiatrie légale dans votre région ?
 - a. Oui et si oui, lesquels et sous quelle forme (cours magistraux, autres...)
 - b. Non

4. La formation aux expertises psychiatriques de garde à vue est-elle évoquée dans l'une ou plusieurs de ces formations, si oui lesquelles ? Et quelle en est la forme (formation théorique ou pratique ?)

5. Quels sont les stages de psychiatrie légale actuellement ouverts dans votre région (services en milieu pénitentiaire -DSP, SMPR- , UHSA, UMD/USIP) ?

6. S'agit-il de stages pourvus régulièrement à chaque semestre ?

7. Votre faculté dispose-t-elle d'un centre de simulation médicale ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Ne sait pas

8. Votre faculté a-t-elle déjà proposé une formation de psychiatrie légale au centre de simulation médicale ? Et si oui, quel type de formation ?

Annexe 2 - Questionnaire distribué aux internes en DES de psychiatrie à Nancy

Dans le cadre d'un travail de recherche et dans le but d'organiser un nouvel enseignement, merci de répondre à ce questionnaire.

Merci de votre participation

Docteur HERRACH et Docteur PHAM-DINH

En quel semestre êtes-vous ?

Avez-vous bénéficié d'une formation en psychiatrie légale ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

La psychiatrie légale suscite-t-elle de l'intérêt pour vous ?

- Aucun intérêt
- Un intérêt léger
- Un intérêt moyen
- Un grand intérêt

Etes-vous inquiet à l'idée d'avoir à réaliser une expertise psychiatrique légale ?

- Pas du tout inquiet
- Un peu inquiet
- Assez inquiet
- Très inquiet

Etes-vous intéressé par la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?

- Pas du tout intéressé
- Un peu intéressé
- Assez intéressé
- Très intéressé

Aimeriez-vous bénéficier d'une formation à l'expertise psychiatrique pénale ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà bénéficié de formation via la simulation médicale en psychiatrie ?

- Oui
- Non

Aimeriez-vous bénéficier d'une formation à l'expertise psychiatrique légale via la simulation médicale ?

- Oui
- Non

Annexe 3 – Lettre d’information aux internes

Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt de l'utilisation de la simulation en santé

Dans le cadre du travail de thèse de Justine Mérey dirigé par les Docteurs Caroline Pham-Dinh Loux et Pierre Horrach, nous vous proposons de participer à une étude sur l’apport de la formation à l'expertise psychiatrique de garde à vue par utilisation de la simulation.

Votre participation et vos remarques permettront de mesurer la pertinence de la formation aux expertises psychiatriques de garde à vue et de l’emploi de la simulation dans l’apprentissage de cet exercice. Il ne s’agit donc pas de l’évaluation de votre pratique professionnelle mais bien de l’évaluation d’un dispositif d’enseignement. Vous contribuerez ainsi à de potentielles améliorations de l’enseignement de la psychiatrie légale dans le cursus des internes en DES de psychiatrie à Nancy. Au cours de cette étude, vous effectuerez une expertise psychiatrique de garde à vue, le gardé à vue étant simulé par un acteur. Il y aura ainsi un premier temps d'examen clinique et un deuxième temps de rédaction. Cet entretien se déroulera dans une salle spécialement préparée et sera enregistré et filmé. Lors de l'examen clinique, le Docteur Pham-Dinh Loux sera derrière les écrans retransmettant votre examen et relèvera plusieurs critères recommandés lors de l'exercice de l'expertise. A l’issue de l'examen, vous bénéficierez d'un temps pour rédiger votre expertise. Il vous sera également demandé de remplir un questionnaire sur la situation clinique rencontrée et sur les conditions de cette simulation, tant pour la partie simulation que pour la partie rédactionnelle qui suit. L'expertise psychiatrique lors d'une garde à vue reste un exercice difficile, même pour les médecins réalisant couramment cet exercice. Si vous rencontrez une difficulté, celle-ci ne sera pas forcément du fait de votre pratique professionnelle mais peut provenir des consignes données à l’acteur et du contexte de la garde à vue, très peu habituel, dans lequel vous intervenez.

La participation à cette étude mobilise deux demies journées réparties sur deux jours consécutifs. Une demie journée se déroule au Centre Universitaire d'Enseignement par Simulation Médicale (CUESIM) et l'autre dans une salle d'enseignement dirigé, tous deux à la Faculté de Médecine de Nancy. Un premier groupe de 8 étudiants effectuera individuellement un entretien psychiatrique de 20 minutes auprès d'un gardé à vue puis rédigera son expertise pendant 30 minutes. Il bénéficiera d'une formation dispensée par le Dr Pierre Horrach sur le sujet le deuxième jour. Un autre groupe de 8 étudiants bénéficiera d'abord de la formation collective le premier jour avant de réaliser individuellement le deuxième jour l'entretien puis la rédaction de son expertise. Un débriefing individuel sera proposé à chacun entre la simulation et la rédaction de l'expertise puis un débriefing commun aura lieu pour les participants à la fin de chaque demie journée de simulation. Il s'appuiera sur quelques extraits vidéo. A l'issue de votre consultation, merci de ne pas dévoiler le contenu de la situation clinique aux autres étudiants. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Si vous acceptez de participer, vous pouvez également décider de quitter cette étude à tout moment sans conséquences. Merci pour votre aide précieuse.

Annexe 4 - Formulaire de consentement à la participation à la simulation

Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt de l'utilisation de la simulation en santé

Les détails concernant cette étude sont fournis dans la lettre d'information spécifique qui vous a été remis. Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez compléter le formulaire ci-dessous. Je soussigné (e), M..... (nom complet en lettres capitales) déclare avoir compris le but et les modalités de cette étude, qui m'ont été pleinement expliqués par les Docteurs Caroline Pham-Dinh Loux et Pierre Horrach. J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention. Des réponses ont été apportées à toutes mes questions. J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le formulaire d'information ci-joint. Je demeure libre de quitter l'étude à tout moment sans conséquence. J'accepte que les données nécessaires à la recherche soient recueillies durant ma participation à l'étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé. Toutes les données me concernant, resteront confidentielles. J'accepte toutefois que des extraits vidéo de ma consultation soient présentés lors du débriefing final. J'accepte que des extraits vidéo ou audio de ma consultation soient utilisés à des fins pédagogiques dans le cadre de la Faculté de Médecine de Nancy. Je donne mon consentement pour participer à cette recherche.

A REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

Date :

Signature

A REMPLIR PAR L'INVESTIGATEUR

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

Signature de l'investigateur :

Date :

Annexe 5 - Script- Expertise psychiatrique de garde à vue.

Première séance de simulation les 19 et 20 septembre 2016.

Acteurs : G. Bourgeois, le gardé à vue, C. Pham-Dinh Loux, infirmière aux urgences, J. Mérey, officier de police judiciaire

Briefing : (communiqué par oral aux étudiants par l'officier de police judiciaire (OPJ))

Vous êtes psychiatre aux urgences et vous êtes réquisitionnés par un OPJ pour une expertise de garde à vue. Il vous amène le patient dans votre bureau de consultation.

Objectif : réaliser une expertise psychiatrique de garde à vue

Script : (non communiqué aux étudiants)

Patient :

- M. Leroux, un homme de 25 ans
- en garde à vue suite à une agression à l'arme blanche à l'encontre de sa mère

Attitude :

- le patient est méfiant
- il accepte de s'asseoir
- il est substhénique

Antécédents :

- pas d'antécédents pédopsychiatriques. A noter un terrain anxieux depuis l'enfance et quelques rendez-vous avec la psychologue de l'école devant une anxiété réactionnelle à quelques mauvaises notes.
- une tentative de suicide par phlébotomie à l'âge de 18 ans suite à une rupture sentimentale n'ayant pas conduit à une hospitalisation ni à un suivi.
- un épisode délirant aigu à l'âge de 20 ans ayant nécessité une hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers de 6 semaines en Centre Hospitalier Spécialisé à Jury au D3Sud où du Risperdal per os a été introduit à dose progressivement croissante jusqu'à 8 mg.

Dans le contexte de cet épisode délirant aigu, le patient explique avoir agressé sa mère au couteau de cuisine. A noter une consommation d'alcool précédent cet épisode, sans autres toxiques. Aucune plainte n'avait alors été déposée. Le père présent lors de l'agression avait contacté les pompiers.

M. Leroux présente une amnésie partielle de l'épisode.

Lorsqu'on l'interroge sur cette première agression à l'encontre de sa mère, il la justifie par ces propos : « c'est pas ma mère ».

A sa sortie d'hospitalisation, il avait été suivi au Centre Médico Psychologique (CMP). Il s'est rendu aux deux premiers rendez-vous avant de mettre fin au suivi de lui-même, malgré les appels du CMP pour continuer la prise en charge. Il avait alors arrêté son traitement qu'il jugeait trop sédatif.

- toxiques : alcool occasionnellement
- pas d'antécédents psychiatriques familiaux.
- pas d'antécédent judiciaire.

Mode de vie :

- il a un Brevet Technique Supérieur en électro technique.
- Il travaille actuellement en Contrat à Durée Déterminée dans une société
- Il vit chez ses parents pour des raisons financières
- Il a déjà eu quelques compagnes mais est actuellement célibataire
- Il a un frère de 2 ans son aîné qui a quitté le domicile familial.

Déroulé de la garde à vue :

Un examen médical est réalisé par le médecin généraliste réquisitionné. Il émet des réserves quant à l'aptitude au maintien en garde à vue et conclut à la nécessité d'une expertise psychiatrique devant les troubles psychiques de Mr Leroux. Il est alors transféré au service des urgences psychiatriques de Nancy devant les propos délirants et la substhénicité associée. Il est en garde à vue depuis quelques heures lorsque l'expertise psychiatrique a lieu.

Clinique et histoire du passage à l'acte :

Il livre succinctement des éléments délirants à thématique persécutive et mystique. Les mécanismes sont multiples : interprétatif, intuitif, hallucinatoire avec des hallucinations acoustico verbales avec automatisme mental. En évoquant sa mère il dit juste : « ce n'est pas ma mère, je suis le seul roux de la famille » « les gens comme moi on est là pour sauver le monde et on me l'a caché jusque-là ». Il explique alors que les coups de couteau sur le visage visaient à prouver que « cette femme n'est pas ma mère. Il y a quelque chose en dessous ! » « on m'a dit que c'est une imposture ».

On retrouve également une dissociation de la pensée avec des barrages.

Il explique que son père est intervenu physiquement pour stopper l'agression. Il a alors lui aussi reçu un coup de couteau. Il suppose que c'est le voisin, en entendant les cris qui a contacté la police. A leur arrivée, Mr Leroux ne s'est pas apaisé et a également porté un coup de couteau à l'un des agents des forces de l'ordre. Il explique que son père et les policiers sont de mèche avec cette « étrangère qui n'est pas ma mère ».

Concernant l'épisode actuel, Mr Leroux est parti en vacances à Ibiza pendant 8 jours avec des amis. Lors de ce séjour, il fait part d'une consommation d'alcool régulière, sans prise de toxiques. On note également une privation de sommeil avec beaucoup de soirées en discothèque.

Mr Leroux reprend le travail le lendemain du retour de ses vacances. Il est en garde à vue deux jours après son retour d'Ibiza.

Le matin même, il a agressé sa mère au visage de plusieurs coup de couteau de cuisine. Mme Leroux est actuellement hospitalisée pour prise en charge des lésions qui en découlent. Elle a porté plainte. Mr Leroux est alors conduit en garde à vue.

Concernant son frère, absent lors de l'événement « c'est pas mon frère, c'est un inconnu, je ne lui parle jamais ».

Les éléments persécutifs ne sont pas présents lorsque les amis ou le milieu professionnel sont évoqués.

Fin de l'entretien :

Une infirmière rentre dans le bureau de consultation au bout de 20 minutes pour informer qu'il lui faut d'urgence du renfort au service d'accueil.

Annexe 6- Script-Expertise psychiatrique de garde à vue.

Deuxième séance de simulation le 14 décembre 2016

Acteurs : G. Bourgeois, le gardé à vue, C. Pham-Dinh Loux, infirmière aux urgences, J. Mérey, officier de police judiciaire

Briefing : (communiqué par oral aux étudiants par l'officier de police judiciaire)

Vous êtes psychiatre aux urgences et vous êtes réquisitionnés par un officier de police judiciaire (OPJ) pour une expertise de garde à vue. L'OPJ vous amène le patient dans votre bureau de consultation.

Objectif : réaliser une expertise psychiatrique de garde à vue

Script : (non communiqué aux étudiants)

Patient :

- M. Exhib, âgé de 28 ans
- Il est en garde à vue suite à des faits d'exhibition dans un centre commercial

Attitude :

- Il est calme et compliant

Antécédents :

- Il ne présente pas d'antécédents somatiques. Il ne présente en particulier pas d'antécédents de traumatisme crânien ni d'épilepsie. Il n'a jamais été victime d'agression.

- Concernant les antécédents psychiatriques, il présente une schizophrénie pour laquelle il touche l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Dans l'histoire de la maladie nous retrouvons un premier épisode d'état délirant aigu à 18 ans. Il présentait alors un thème mystique et mégalomane où il voulait empêcher une catastrophe naturelle. M. Exhib a été hospitalisé à 6 reprises en Soins Libres, une fois en Soins à la Demande d'un Tiers et une fois en Hospitalisation d'Office à Lorquin car il avait mis le feu à sa maison dans un contexte délirant.

Il ne présente pas d'antécédents de tentative de suicide.

- Il ne présente pas de déficience intellectuelle

- Il consomme des toxiques depuis qu'il a 16 ans. Il a débuté par une consommation conjointe de tabac et de cannabis avant de présenter une polytoxicomanie (héroïne, cocaïne, LSD, ecstasy). Il consomme actuellement un paquet de tabac par jour et « un peu de tout » dixit et n'a pas de traitement de substitution.

- Sur le plan judiciaire, on note 3 interpellations pour Infraction à la Législation des Stupéfiants (détention de divers stupéfiants) mais jamais d'incarcération.

Il a été condamné à une obligation de soins il y a quelques années d'une durée d'un an pour consommation de toxiques.

Mode de vie :

- Il vit seul dans un studio

- Il est célibataire

- Il perçoit l'AAH pour une schizophrénie
- Il est sous curatelle . Le curateur est son père. Dès que l'AAH était versée, il dépensait en effet l'intégralité de l'allocation du mois en quelques jours.
- Il ne travaille pas. Sur le plan de sa scolarité, il a débuté un baccalauréat professionnel de mécanicien automobile qu'il n'a pas validé.

Déroulé de la garde à vie :

Mr Exhib est actuellement en garde à vue pour exhibition. Une expertise psychiatrique a été demandée dans le cadre d'une bizarrerie chez un patient étant sous mesure de protection. Le médecin généraliste a recommandé une expertise car Mr Exhib se déshabillait pendant son entretien. L'expertise a lieu aux urgences, quelques heures après le début de la garde à vue.

Clinique et historique du passage à l'acte :

Il a un suivi par le Centre Médico Psychologique (CMP) de Dieuze où il se rend une fois par semaine avec une prise en charge en Hôpital De Jour (HDJ).

Son traitement actuel est : XEPLION 150 mg 1 ampoule tous les mois. Il est en rupture thérapeutique depuis trois mois car selon Mr Exhib « il y a eu un changement de médecin au CMP ». Il a également arrêté l'HDJ

Depuis 3 mois, Mr Exhib présente un problème de renouvellement de son AAH et ne l'a pas touché pendant 4 mois. Il a ensuite eu le rappel de son AAH et son père, lassé que son fils réclame de l'argent, lui en a versé plus que d'habitude. Mr Exhib a alors acheté des toxiques.

Les 3 jours précédents son interpellation, il a consommé quotidiennement 1 comprimé d'ecstasy et 1g de cocaïne par jour.

Il présente actuellement des troubles du sommeil et une recrudescence de symptômes mystiques. Il se décrit comme un « envoyé divin » qui doit « sauver la planète ». Il explique « se mettre nu car les vêtements sont contaminés ». Il souhaite également « purifier son entourage » et explique que c'est « comme ça qu'il communique ses idées aux autres ».

Il s'est alors rendu dans un centre commercial afin de « toucher le plus de monde possible » en ôtant son pantalon et ses sous vêtements.

Les vigiles sont alors intervenus et ont contacté la police. Il présentait alors d'après la police des propos incohérents mais n'était pas agressif.

Les gens présents au centre commercial ont porté plainte pour exhibition. Les gens du quartier se sont demandés si ce n'était pas déjà lui qui s'était déjà exhibé devant ce même centre commercial il y a quelques années mais aucune preuve n'a pu être retrouvée.

Lors de l'expertise psychiatrique en garde à vue, Mr Exhib présente des hallucinations auditives avec automatisme mental. L'adhésion est complète, la critique absente. Il se présente anxieux et exalté, mais pas agité. Il a entendu dire qu'une catastrophe allait arriver et il craint qu'elle ait lieu donc il purifie les gens autour de lui.

Fin de l'entretien :

Une infirmière rentre dans le bureau de consultation au bout de 20 minutes pour informer qu'il lui faut d'urgence du renfort au service d'accueil.

Annexe 7-Questionnaire de satisfaction de la première session

Nom

Semestre

LA SIMULATION POUR LA FORMATION DES INTERNES AUX EXPERTISES
PSYCHIATRIQUES EN GARDE A VUE

Auriez-vous préféré avoir la simulation avant ou après le cours ?

- avant
- après
- peu importe

Quelle est l'utilité pour vous de cette simulation dans ce contexte ?

- très utile
- utile
- moyennement utile
- pas utile

Quel est l'intérêt pour vous de cette simulation dans ce contexte ?

- très intéressant
- intéressant
- moyennement intéressant
- pas intéressant

Quelle a été l'utilité pour vous de ce débriefing collectif dans ce contexte ?

- très utile
- utile
- moyennement utile
- pas utile

Quelle a été l'utilité pour vous de ce débriefing individuel dans ce contexte ?

- très intéressant
- intéressant
- moyennement intéressant
- pas intéressant

La situation vous a-t-elle paru réaliste ?

- très réaliste
- réaliste
- moyennement réaliste
- pas réaliste

Vous êtes-vous sentis impliqués dans l'exercice ?

- très impliqués
- impliqués
- moyennement impliqués

- pas impliqués

L'examen clinique vous a-t-il paru difficile ?

- très difficile
- difficile
- moyennement difficile
- pas difficile

LA REDACTION

La rédaction vous a-t-elle paru difficile ?

- très difficile
- difficile
- moyennement difficile
- pas difficile

LA FORMATION THEORIQUE POUR LA FORMATION DES INTERNES AUX EXPERTISES PSYCHIATRIQUES EN GARDE A VUE

Quelle est l'utilité pour vous de cette formation théorique dans ce contexte :

- très utile
- utile
- moyennement utile
- pas utile

Quel est l'intérêt pour vous de cette formation théorique dans ce contexte :

- très intéressant
- intéressant
- moyennement intéressant
- pas intéressant

GENERALITES

Que manquerait-il à ces journées si elles devenaient un enseignement proposé aux internes du DES de psychiatrie ?

Ces journées vous ont-elles données envie d'avoir une formation complémentaire en psychiatrie légale ?

Annexe 8-Questionnaire de satisfaction de la deuxième session

Avez-vous trouvé cette deuxième session

- Beaucoup plus difficile
- Plus difficile
- Aussi difficile
- Moins difficile

Concernant l'intérêt de répéter le même exercice vous avez trouvé cela :

- Très utile
- Utile
- Moyennement utile
- Inutile

Concernant votre capacité à recueillir les informations nécessaires à votre rédaction d'expertise vous vous êtes trouvé

- Beaucoup plus efficace
- Un peu plus efficace
- Aussi efficace
- Moins efficace

Concernant la rédaction de votre expertise, vous vous êtes sentis :

- Beaucoup plus efficace
- Un peu plus efficace
- Aussi efficace
- Moins efficace

Pensez-vous que cette formation a déjà eu un impact lors de votre activité professionnelle ?

- Très utile
- Utile
- Moyennement utile
- Inutile

Pensez-vous que cette formation pourra être utile pour votre exercice futur ?

- Très utile
- Utile
- Moyennement utile
- Inutile

Recommanderiez-vous cette formation à un ami ?

- Oui
- Non

Note globale sur 10 à la formation : /10

Annexe 9-Questionnaire à Choix Multiples

1) Dans une réquisition, doit apparaître obligatoirement (cochez toutes les propositions vraies) :

- a- Vos noms et prénoms
- b- Votre adresse personnelle
- c- Le nom de la personne requérante
- d- Le nom de la personne à examiner
- e- Le nom du Directeur de l'hôpital
- f- La date de naissance du médecin requis

2) Vous n'êtes pas médecin inscrit sur une liste d'experts mais vous êtes réquisitionné aux urgences, et c'est votre 10^{ème} réquisition, devez-vous obligatoirement prêter serment ?

- Oui
- Non

3) Dans votre rapport d'expertise doit obligatoirement apparaître (cochez les réponses positives) :

- a- Les questions de la mission
- b- Le nom de votre supérieur hiérarchique
- c- Le lieu de l'examen
- d- Les circonstances de l'examen
- e- Le traitement que vous préconisez
- f- Tous les antécédents médicaux de la personne examinée
- g- Le nom du médecin traitant de la personne

4) A qui remettez-vous le rapport d'expertise lors d'une réquisition :

- a- Je l'adresse toujours au Procureur de la République
- b- Toujours au Commandant de Gendarmerie
- c- Toujours au Directeur de l'hôpital
- d- Toujours au patient
- e- Toujours à l'avocat
- f- Toujours à l'autorité requérante

5) Vous êtes réquisitionné aux urgences pour une mission d'expertise, vous pouvez vous récuser si :

- a- Vous avez déjà une consultation programmée
- b- Si vous êtes déjà le médecin traitant de la personne à examiner
- c- Si vous êtes ami avec la personne à examiner
- d- Si vous n'avez jamais fait d'expertise

6) L'examen médical au cours de la garde à vue est-il une expertise psychiatrique ?

- Oui
- Non

Annexe 10 – Plan de la formation théorique

- La définition de l'expertise pénale et son cadre légal, les textes réglementaires ;
- La rédaction de l'expertise, la discussion médico-légale et les conclusions ;
- L'article 122-1 du Code Pénal ;
- Le statut de l'expert ;
- La définition du cadre légal de la garde à vue.

RESUME DE LA THESE

L'expertise psychiatrique de garde à vue constitue un exercice qui n'est jamais rencontré lors de l'internat en psychiatrie et rare dans la pratique professionnelle tout en requérant un haut niveau de compétences. Ses enjeux sont majeurs puisqu'elle a pour premier rôle de repérer les troubles psychiatriques avant une éventuelle incarcération ou un jugement.

Cette étude a pour but de discuter l'intérêt d'une formation théorique et pratique par la simulation en santé à la réalisation des expertises psychiatriques de garde à vue pour des internes en Diplôme d'Enseignement Spécialisé de psychiatrie.

Il s'agit d'une étude prospective expérimentale réalisée entre septembre 2016 et décembre 2016 et incluant 16 étudiants en DES de psychiatrie à Nancy.

Cette étude montre que notre formation permet d'améliorer l'exploitabilité pour le magistrat des expertises psychiatriques de garde à vue rédigées par les internes et ce, dès le lendemain de la formation et lorsqu'une nouvelle expertise est réalisée à deux mois.

Un modèle de formation similaire pourrait être proposé à tous les internes en DES de psychiatrie à Nancy. Il pourrait également être décliné pour les internes de médecine générale, fréquemment réquisitionnés dans le contexte de la garde à vue.

TITRE EN ANGLAIS : Teaching psychiatric interns - how to perform forensic psychiatric examination and report interest of a practical course using simulation -

THESE DE MEDECINE SPECIALISEE – PSYCHIATRIE – ANNEE 2017

MOTS-CLES : expertise psychiatrique, garde à vue, simulation en santé, pédagogie médicale, psychiatrie

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandoeuvre-Les-Nancy Cedex
