



**HAL**  
open science

**Évaluation de l'efficacité d'une formation incluant la simulation à la rédaction de certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement : étude pilote auprès de 28 étudiants en Médecine générale à la faculté de médecine de Nancy**

Pierre Balaresque

► **To cite this version:**

Pierre Balaresque. Évaluation de l'efficacité d'une formation incluant la simulation à la rédaction de certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement : étude pilote auprès de 28 étudiants en Médecine générale à la faculté de médecine de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298338

**HAL Id: hal-03298338**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298338v1>**

Submitted on 15 Nov 2024

**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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

**Pierre BALARESQUE**

le 16 septembre 2019

**Évaluation de l'efficacité d'une formation incluant la simulation à la  
rédaction de certificats médicaux d'admission en soins  
psychiatriques sans consentement**

**Étude pilote auprès de 28 étudiants en Médecine Générale à la faculté de médecine de  
Nancy**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Vincent LAPRÉVOTE

Président de jury

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Juge

Madame le Professeur Sophie SIEGRIST

Juge

Monsieur le Docteur Pierre HORRACH

Juge, directeur de thèse

Madame le Docteur Caroline PHAM-DINH LOUX

Juge, directrice de thèse



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Laure JOLY

#### **Assesseurs :**

*Premier cycle* : Dr Julien SCALA-BERTOLA  
*Deuxième cycle* : Pr Marie-Reine LOSSER  
*Troisième cycle* : Pr Laure JOLY  
*SIDES* : Dr Julien BROSEUS  
*Formation à la recherche* : Pr Nelly AGRINIER  
*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*CUESIM* : Pr Stéphane ZUILY

#### **Chargés de mission**

*Bureau de docimologie* : Dr Guillaume VOGIN  
*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACÉS* : Dr Mathias POUSSEL  
*International* : Pr Jacques HUBERT  
*Vie Facultaire* : Dr Philippe GUERCI

*Président de Conseil Pédagogique* : Pr Louise TYVAERT  
*Président du Conseil Scientifique* : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

#### **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 - Henry COUDANE  
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX  
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER  
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET  
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE  
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS  
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET  
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER  
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU  
Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND  
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON  
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT  
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER  
Denis ZMIROU

=====

#### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE  
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François  
KOHLER  
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD  
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

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

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

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

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

#### 3<sup>e</sup> sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Nutrition*)

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

### 45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

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

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Immunologie*)

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

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

### 48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

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

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

## **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Neurologie)**

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

### **2° sous-section : (Neurochirurgie)**

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

### **3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

### **4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

### **5° sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

## **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

### **2° sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

### **3° sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

### **4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Étienne SIMON

## **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

### **2° sous-section : (Cardiologie)**

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

Professeur Nicolas SADOUL

### **3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

### **4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

## **52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

### **2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

### **3° sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

### **4° sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

## **53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

### **1<sup>re</sup> 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

### **3° sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

## **54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

### **2° sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

### **3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

### **4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2° sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

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

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Antoine VERGER

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2° sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

**2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4° sous-section : (Génétique)**

Docteure Céline BONNET

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)**

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

**2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

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

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1° sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)**

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

**52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1° sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

**2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)**

Docteur Cyril PERRENOT

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)**

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

**5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1° sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)**

Docteur Patrice GALLET

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

**69° Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

=====



## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - 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)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
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)*

# À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

**Monsieur le Professeur Vincent LAPRÉVOTE**

*Professeur des Universités*

*Praticien Hospitalier de Psychiatrie d'adultes*

Vos enseignements nous ont permis de progresser dans la compréhension de notre discipline.

Vous avez accepté de présider cette thèse et nous en sommes très honorés.

Soyez-en respectueusement remercié.

# À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

**Monsieur le Professeur Henry COUDANE**

*Professeur Emérite*

*Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Officier dans l'Ordre National du Mérite*

*Chevalier de la Légion d'Honneur*

Vous avez accepté de lire et de juger ce travail, et nous vous en remercions vivement.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

## À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

**Monsieur le Professeur Bernard KABUTH**

*Professeur des Universités*

*Praticien Hospitalier de Pédopsychiatrie*

Vous nous avez accueilli dans votre service, et vous nous avez transmis vos enseignements avec enthousiasme.

Vous avez accepté de juger ce travail, et nous en sommes très honorés.

Soyez-en respectueusement remercié.

## À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

**Madame le Professeur Sophie SIEGRIST**

*Professeure associée de Médecine Générale*

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, et nous vous en remercions vivement.

Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.

# À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE

**Madame le Docteur Caroline PHAM-DINH LOUX**

*Docteur en Psychiatrie d'adulte*

C'est grâce à votre aide active et bienveillante que ce travail a pu prendre forme.

Vous nous avez fait partager votre vision de la psychiatrie et de la pédagogie.

Soyez-en chaleureusement remerciée.

## À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

**Monsieur le Docteur Pierre HORRACH**

*Praticien Hospitalier de Psychiatrie d'adulte*

Vous avez, pour beaucoup, contribué à notre formation de médecin et de spécialiste, et nous vous en sommes très reconnaissants.

Soyez-en chaleureusement remercié.

## SERMENT

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

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

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

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

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



# Table des matières

---

<b>1</b>	<b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>17</b>
1.1	PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SANS LEUR CONSENTEMENT : CADRE LÉGISLATIF.....	19
1.1.1	<i>Rappel historique.....</i>	19
1.1.2	<i>Les différentes mesures de soins.....</i>	19
1.1.3	<i>L'intervention du JLD.....</i>	20
1.2	LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA RÉDACTION DES CERTIFICATS MÉDICAUX INITIAUX DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT.....	21
1.3	INTÉRÊT DE LA SIMULATION DANS LA FORMATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	22
1.3.1	<i>Formation actuelle en psychiatrie en France.....</i>	22
1.3.2	<i>Sondage préliminaire à l'étude.....</i>	22
1.3.3	<i>Intérêt d'une formation par la simulation.....</i>	25
<b>2</b>	<b>ARTICLE.....</b>	<b>27</b>
2.1	INTRODUCTION.....	27
2.2	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	28
2.2.1	<i>Population concernée.....</i>	28
2.2.2	<i>Description de la formation.....</i>	29
2.2.3	<i>Méthodes de mesures.....</i>	30
2.2.4	<i>Méthodologie statistique.....</i>	31
2.3	RÉSULTATS.....	33
2.3.1	<i>Caractéristiques de la population.....</i>	33
2.3.2	<i>Efficacité de la formation.....</i>	34
2.3.3	<i>Corrélations.....</i>	37
2.3.4	<i>Satisfaction des étudiants.....</i>	39
2.4	DISCUSSION.....	41
2.4.1	<i>Synthèse des résultats.....</i>	41
2.4.2	<i>Limites.....</i>	43
2.4.3	<i>Perspectives.....</i>	44
2.5	CONCLUSIONS.....	46
2.6	BIBLIOGRAPHIE – ARTICLE.....	47
2.7	ANNEXES - ARTICLE.....	49
<b>3</b>	<b>RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES.....</b>	<b>56</b>
3.1	FORMATIONS ANTÉRIEURES.....	56
3.2	QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION.....	56
3.3	COMMENTAIRES DES JLD.....	61
<b>4</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>62</b>
4.1	LIMITES.....	62
4.2	PERSPECTIVES.....	64
4.2.1	<i>Contenu de la formation.....</i>	64
4.2.2	<i>Former un plus grand nombre d'étudiants.....</i>	64
4.2.3	<i>Coût de la formation.....</i>	65
4.2.4	<i>Autres pistes d'amélioration de la formation des médecins généralistes.....</i>	65
4.2.5	<i>Poursuite de l'étude.....</i>	66
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>71</b>
7.1	ANNEXE 1 – SCÉNARIO PRÉ-TEST (SPDT).....	71
7.2	ANNEXE 2 – SCÉNARIO POST-TEST (SPPI).....	72
7.3	ANNEXE 3 – SCÉNARIO POST-TEST TARDIF (SPDRE).....	74

## Table des tableaux

---

TABLEAU 1 : SIMULATION CUESIM - SITUATION CLINIQUE .....	49
TABLEAU 2 : SCORE D'IRRÉGULARITÉ - ÉVALUÉ PAR LES JUGES DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION .....	52
TABLEAU 3 : SCORE DE FORME.....	52
TABLEAU 4 : SCORE DE DESCRIPTION CLINIQUE - ÉVALUÉ PAR LES MÉDECINS .....	53
TABLEAU 5 : SCORE DE JUSTIFICATION – ÉVALUÉ PAR LES JUGES DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION ET PAR LES MÉDECINS .....	54
TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES CERTIFICATS SELON LEUR SCORE D'IRRÉGULARITÉ .....	55

## Table des illustrations

---

FIGURE 1 : BÉNÉFICIEZ-VOUS DE MODULES D'ENSEIGNEMENT EN PSYCHIATRIE DANS VOTRE FACULTÉ ? .....	23
FIGURE 2 : AUX SEINS DE CES MODULES, BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE FORMATION À LA RÉDACTION DES CERTIFICATS D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT ? SOUS QUELLE FORME ? .....	23
FIGURE 3 : À VOTRE AVIS, DANS VOTRE FUTUR EXERCICE MÉDICAL, SEREZ-VOUS AMENÉ À RÉDIGER DES CERTIFICATS D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT ?.....	24
FIGURE 4 : VOUS SENTIRIEZ-VOUS À L'AISE POUR RÉDIGER CES CERTIFICATS ? .....	24
FIGURE 5 : UNE FORMATION À LA RÉDACTION DE CES CERTIFICATS VOUS SEMBLE-T-ELLE NÉCESSAIRE ? .....	24
FIGURE 6 : VOTRE FACULTÉ DISPOSE-T-ELLE D'UN CENTRE D'ENSEIGNEMENT PAR LA SIMULATION ? .....	25
FIGURE 7 : CE CENTRE A-T-IL DÉJÀ ACCUEILLI UNE FORMATION À LA RÉDACTION DE CES CERTIFICATS ?.....	25
FIGURE 8 : NOMBRE D'ÉTUDIANTS PAR ANNÉE DE DES.....	33
FIGURE 9 : EFFET DE LA FORMATION SUR LE SCORE D'IRRÉGULARITÉ .....	34
FIGURE 10 : EFFETS DE LA FORMATION SUR LA DESCRIPTION CLINIQUE .....	35
FIGURE 11 : EFFETS DE LA FORMATION SUR LE SCORE DE FORME.....	36
FIGURE 12 : LIEN ENTRE QUALITÉ DE LA DESCRIPTION CLINIQUE ET SCORE D'IRRÉGULARITÉ.....	37
FIGURE 13 : LIEN ENTRE LE SCORE DE DESCRIPTION CLINIQUE ET LE SCORE DE JUSTIFICATION—JLD .....	37
FIGURE 14 : LIEN ENTRE LE SCORE DE FORME ET LE SCORE D'IRRÉGULARITÉ .....	38
FIGURE 15 : LIEN ENTRE LE SCORE DE JUSTIFICATION – JLD ET LE SCORE DE JUSTIFICATION – MÉDECINS.....	38
FIGURE 16 : EFFETS D'UNE FORMATION ANTÉRIEURE SUR LE SCORE D'IRRÉGULARITÉ.....	39
FIGURE 17 : DIFFICULTÉ RESENTIE LORS DES ÉVALUATIONS.....	40
FIGURE 18 : TAUX DE CERTIFICATS À RISQUE « CERTAIN » OU « TRÈS PROBABLE » D'IRRÉGULARITÉ .....	41
FIGURE 19 : DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INTERNAT, AVEZ-VOUS MENÉ DES ENTRETIENS PSYCHIATRIQUES ?.....	57
FIGURE 20 : AVEZ-VOUS TROUVÉ L'EXERCICE DE SIMULATION DIFFICILE ? .....	57
FIGURE 21 : VOUS ÊTES-VOUS SENTIS IMPLIQUÉS PENDANT LA FORMATION PRATIQUE ?.....	57
FIGURE 22 : VOUS ÊTES-VOUS SENTIS IMPLIQUÉS PENDANT LA FORMATION THÉORIQUE ? .....	58
FIGURE 23 : DIFFICULTÉ RESENTIE POUR LA RÉDACTION DU PREMIER CERTIFICAT (PRÉ-TEST) .....	58
FIGURE 24 : DIFFICULTÉ RESENTIE POUR LA RÉDACTION DU DEUXIÈME CERTIFICAT (POST-TEST) .....	58
FIGURE 25 : APPRÉCIATION DE L'UTILITÉ DE LA DEMI-JOURNÉE DE FORMATION PRATIQUE.....	59
FIGURE 26 : APPRÉCIATION DE L'UTILITÉ DE LA DEMI-JOURNÉE DE FORMATION THÉORIQUE.....	59
FIGURE 27 : NOTE GLOBALE ATTRIBUÉE À CETTE FORMATION SUR 10.....	59
FIGURE 28 : RECOMMANDERIEZ-VOUS CETTE FORMATION À UN AMI .....	60
FIGURE 29 : ÉVALUATION DE L'UTILITÉ DE SAVOIR RÉDIGER UN CERTIFICAT DE SOINS SANS CONSENTEMENT POUR VOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE .....	60
FIGURE 30 : CETTE FORMATION A-T-ELLE RÉPONDU À VOS ATTENTES ? .....	60

## 1 Contexte et justification de l'étude

La problématique des soins sans consentement m'a intéressé dès mon premier stage en psychiatrie, durant le deuxième cycle des études médicales. La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 du Code de la Santé Publique venait d'entrer en application et les médecins seniors découvraient le nouveau cadre proposé par le législateur (1). Leurs appréhensions portaient sur le risque pour les patients de se retrouver sans soins, le rôle supposé de l'avocat venant défendre le patient « contre le médecin » et la charge de travail administratif supplémentaire.

Lorsque j'ai débuté mon diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine générale, j'ai pris conscience de la difficulté pour des médecins urgentistes de rédiger un certificat médical initial d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Leurs questions portaient sur la forme à respecter comme sur la façon de motiver le fond.

Durant mon DES de psychiatrie, mon intérêt pour cette problématique a pris une dimension pratique, constatant des certificats médicaux initiaux incomplets ou devant être refaits à l'admission du patient, et des mesures de soins levées pour des patients nécessitant une hospitalisation.

Le film 12 jours de Raymond Depardon a montré au grand public la façon dont se déroulent les audiences entre le patient, son avocat et le juge des libertés et de la détention, qui statue sur la régularité de ces mesures (2). J'ai rencontré ces magistrats. Ils exprimaient le souhait de développer les échanges avec les médecins, afin que chacun connaisse mieux les attentes de l'autre. En 2018, le conseil de juridiction à la cour d'appel de Metz avait pour thème les soins sans consentement.

J'ai découvert la formation par la simulation au Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation (CUESim) de la faculté de médecine de Nancy, notamment pour les entretiens psychiatriques en garde à vue.

Lors de mon stage au Service médico-psychologique régional de Metz, nous avons envisagé, avec des médecins habitués à l'enseignement par simulation, de proposer une formation aux certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement à des étudiants en médecine générale, en associant théorie et simulation.

Cette thèse présente les résultats de l'évaluation de cette formation. Nous présenterons d'abord le cadre législatif des soins sans consentement et la problématique de mainlevée de ces mesures. Après avoir observé la place du médecin généraliste et l'intérêt d'une formation à la rédaction des certificats, nous considérerons la méthode pédagogique à utiliser. Nous évaluerons ensuite l'efficacité de cette formation, et nous discuterons les résultats.

## 1.1 Prise en charge de patients sans leur consentement : cadre législatif

### 1.1.1 Rappel historique

En 1838, la loi « des aliénés » a instauré un cadre aux soins psychiatriques (3). Dans chaque département, un établissement accueillait des patients placés par un tiers ou par l'autorité.

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 du Code de la Santé Publique, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, instaure les hospitalisations en soins libres, en plus des hospitalisations d'office et à la demande d'un tiers (4).

Aujourd'hui, les mesures de soins sans consentement sont encadrées par la loi no 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, modifiée par la loi no 2013-869 du 27 septembre 2013 (5). Les droits des patients soignés sans leur consentement sont réaffirmés. On ne parle plus d'hospitalisation mais de soins sans consentement.

### 1.1.2 Les différentes mesures de soins

La mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) est la plus classique. Les critères d'admission sont l'existence de troubles mentaux, la nécessité de soins immédiats et l'impossibilité à consentir (6). Un seul certificat médical est exigé en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (SPDTU) (7,8).

Les soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) permettent de prendre en charge des patients pour lesquels aucun tiers ne peut être contacté (en raison par exemple d'un voyage pathologique) s'il existe un péril imminent pour leur santé. Les critères d'admission en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état (SPDRE) sont l'existence de trouble mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes (9).

Pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, la Haute Autorité de Santé proposaient, en 2005, de rechercher notamment un risque suicidaire, un risque d'atteinte à autrui, une prise de toxiques associée, un délire ou des hallucinations, un trouble de l'humeur, le degré d'incurie. Pour apprécier la capacité à consentir, il s'agit d'évaluer la capacité du patient à recevoir une information, à la comprendre et à prendre ensuite une décision valide (8,10).

### 1.1.3 L'intervention du JLD

La loi de 2011 a permis la mise en conformité des modalités de soins en psychiatrie avec nos exigences constitutionnelles en instaurant un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) (11). Celui-ci vérifie la régularité de la mesure de façon systématique dans les 12 jours qui suivent l'hospitalisation et tous les six mois d'hospitalisation complète, ou à tout moment sur demande (12,13). Il autorise la poursuite des soins ou ordonne la mainlevée de la mesure.

En 2018, sur 95600 mesures de soins sans consentement, 80791 ont fait l'objet d'une saisine du JLD, qui ont abouti à 6934 mainlevées (14). Ainsi depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011, près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée (15–18).

La décision du magistrat se fonde notamment sur les motifs et circonstances figurant dans les certificats médicaux. Ceux-ci doivent comporter des éléments permettant d'apprécier l'existence des critères d'admission (19,20).

La mainlevée de la mesure est ainsi ordonnée lorsque les critères d'admission ne sont pas respectés (près d'un quart des motifs de mainlevée) ; lorsque les certificats médicaux sont insuffisamment circonstanciés (1% des motifs de mainlevée) ou trop laconiques ; lorsqu'ils ne mettent pas en évidence l'existence d'un trouble mental rendant impossible le consentement (10% des motifs de mainlevée) ou d'un état dangereux du patient pour lui-même et/ou pour autrui (6 % des motifs de mainlevée) (15,19,21,22).

## 1.2 Le rôle du médecin généraliste dans la rédaction des certificats médicaux initiaux de soins psychiatriques sans consentement

Les médecins généralistes et urgentistes rédigent près d'un tiers des certificats médicaux d'admission en soins sans consentement (23). Ils constituent des acteurs importants de ce dispositif médico-légal en raison de leur position en première ligne dans la prise en charge des patients, et de la prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale (24,25). De plus, certaines mesures nécessitent l'avis d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Le psychiatre de garde aux urgences étant souvent celui de l'établissement d'accueil, l'avis du médecin généraliste ou urgentiste est alors indispensable (26).

Il peut être difficile pour un médecin non psychiatre de donner son avis sur un patient présentant des troubles mentaux. Il existe d'ailleurs des différences significatives dans les certificats selon que leur rédacteur est psychiatre ou non (23).

L'établissement de certificats médicaux est une fonction du médecin (Article R 4127-76 du Code de la santé publique) à laquelle il peut rarement se soustraire. Compte tenu de l'augmentation du recours aux soins sans consentement, la Haute Autorité de Santé recommande d'améliorer la formation continue des médecins aux indications de soins sans consentement et à la séméiologie psychiatrique (18,27).

### 1.3 Intérêt de la simulation dans la formation des étudiants en médecine générale.

#### 1.3.1 Formation actuelle en psychiatrie en France

La psychiatrie est enseignée de façon hétérogène en France. En 2018, 29 départements de médecine générale (DMG) sur 34 proposaient une formation théorique en psychiatrie aux étudiants en médecine générale, d'une durée moyenne de 10,6 heures sur l'ensemble des 3 années d'internat, dispensée par des médecins généralistes dans 83% des cas.

Aucun stage en psychiatrie n'est obligatoire durant l'externat, et la possibilité effective pour un étudiant de réaliser un semestre libre au cours de l'internat est souvent quasi nulle compte tenu du faible nombre de terrains de stage (25,28).

#### 1.3.2 Sondage préliminaire à l'étude

En 2018, nous avons réalisé un sondage préliminaire à cette étude pour évaluer l'intérêt des étudiants en médecine générale en France pour une formation à la rédaction des certificats de soins sans consentement. Nous avons demandé aux structures locales les représentant de transmettre par mail un questionnaire à leurs adhérents. Nous avons obtenu 201 réponses.



4 étudiants avaient bénéficié d'une formation pratique sur le sujet, 127 étudiants une formation théorique, 62 étudiants (32%) n'avaient pas reçu de formation du tout.

Près de 9 étudiants sur 10 pensaient qu'ils seraient probablement amenés à rédiger des certificats. Près de 9 étudiants sur 10 ne se sentaient pas à l'aise dans cet exercice.

La quasi-totalité trouvait qu'une formation était nécessaire, voire « absolument nécessaire » pour près de la moitié. Près de la moitié ne savaient pas si leur faculté disposait d'un centre d'enseignement par la simulation. Un seul étudiant avait connaissance d'une formation par la simulation à la rédaction de ces certificats.

Figure 1 : Bénéficiez-vous de modules d'enseignement en psychiatrie dans votre faculté ?

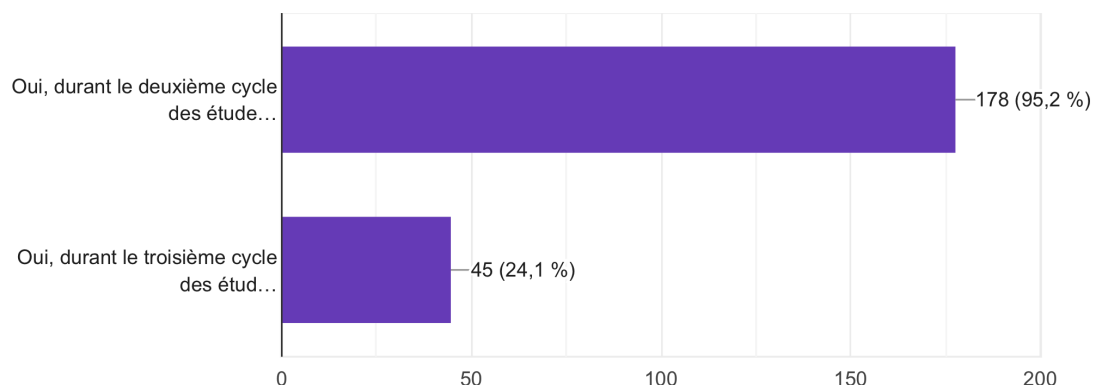


Figure 2 : Aux seins de ces modules, bénéficiez-vous d'une formation à la rédaction des certificats d'admission en soins psychiatriques sans consentement ? Sous quelle forme ?

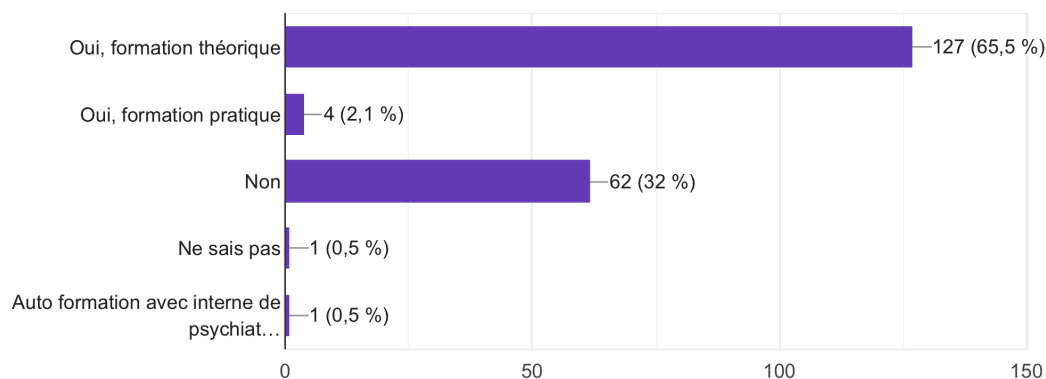


Figure 3 : À votre avis, dans votre futur exercice médical, serez-vous amené à rédiger des certificats d'admission en soins psychiatriques sans consentement ?

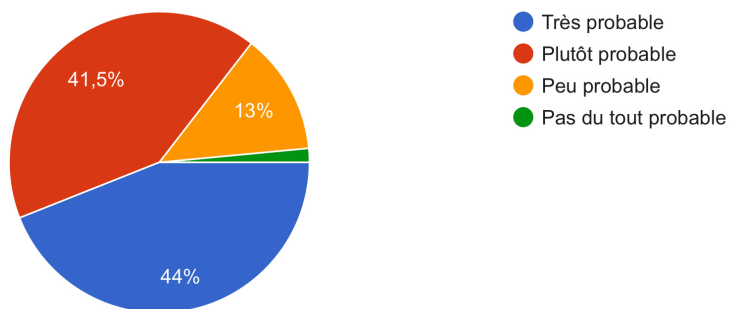


Figure 4 : Vous sentiriez-vous à l'aise pour rédiger ces certificats ?

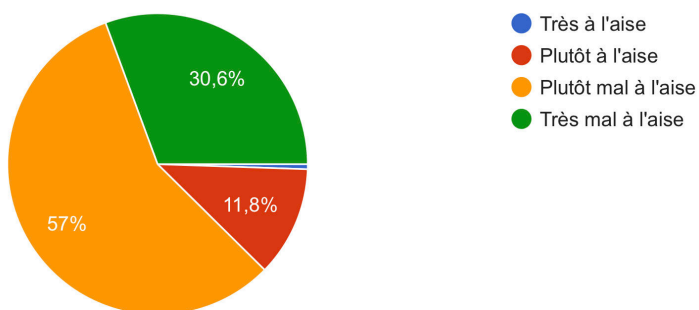


Figure 5 : Une formation à la rédaction de ces certificats vous semble-t-elle nécessaire ?

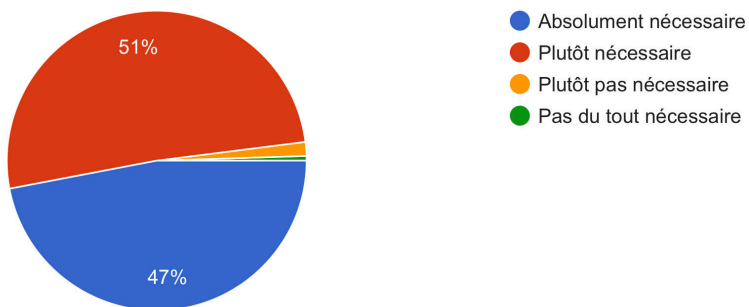


Figure 6 : Votre faculté dispose-t-elle d'un centre d'enseignement par la simulation ?

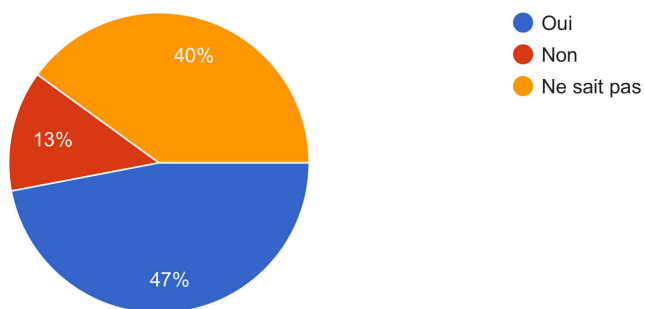
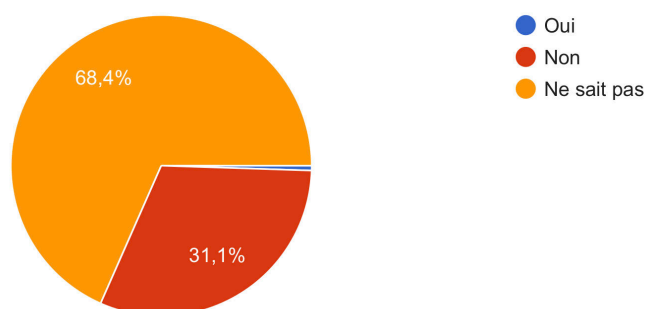


Figure 7 : Ce centre a-t-il déjà accueilli une formation à la rédaction de ces certificats ?



### 1.3.3 Intérêt d'une formation par la simulation

Un cours magistral et théorique peut être insuffisant pour acquérir les compétences techniques et non-techniques nécessaires pour mener un entretien, repérer la séméiologie psychiatrique et la décrire dans un certificat médical circonstancié. De plus, les étudiants ne sont pas amenés à rédiger ces certificats avant d'être diplômés, et n'ont donc pas toujours l'occasion de s'y former durant leurs stages.

L'éducation médicale basée sur la simulation (EMBS) est une méthode alternative, prometteuse et éthique. Elle fait partie des nouveaux outils d'enseignement proposés pour améliorer la formation des médecins généralistes à la psychiatrie (25,28). Elle est

déjà utilisée dans plusieurs facultés de médecine et notamment à Nancy, au Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation (CUESim) (29–34).

L'EMBS permet de mettre l'étudiant dans une situation clinique à laquelle il n'est pas régulièrement confronté et de s'adapter à son niveau de connaissance. Elle favorise la participation active et l'engagement cognitif (35,36). Le processus de débriefing permet de déclencher une réflexion chez l'étudiant, indispensable à un apprentissage en profondeur (37,38).

Nous avons élaboré en 2019 un nouvel enseignement grâce au support du CUESim, associant cours théoriques et simulation, à destination des étudiants en médecine générale. Cet enseignement vise à améliorer les qualités techniques et non-techniques nécessaires à la réalisation d'un entretien psychiatrique et à la rédaction d'un certificat médical initial de soins sans consentement.

Nous avons voulu évaluer les effets de la formation et leur rémanence.

L'étude qui suit présente les résultats de cette évaluation.

## 2 ARTICLE

Évaluation de l'efficacité d'une formation incluant la simulation à la rédaction de certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement, Étude pilote auprès de 28 étudiants en Médecine Générale à la faculté de médecine de Nancy.

### 2.1 Introduction

En 2018, sur 95600 mesures de soins sans consentement, 80791 ont fait l'objet d'une saisine du JLD, qui ont abouti à 6934 mainlevées(1). Dans près d'un quart des mainlevées, les certificats médicaux sont mis en cause (2–6).

Les médecins généralistes et urgentistes sont souvent amenés à initier des mesures de soins psychiatriques sans consentement (5,7–11). En 2019, au CHRU de Tours, environ un tiers des certificats médicaux d'admission en soins sans consentement étaient rédigés par des médecins généralistes et urgentistes (12).

En 2018, dans un sondage préliminaire à notre étude auprès de 201 étudiants en Médecine Générale en France, la plupart ne se pensait pas en capacité de rédiger un certificat médical d'admission en soins psychiatriques sans consentement et était en demande d'une formation sur ce thème. La Haute Autorité de Santé suggère d'ailleurs d'améliorer la formation continue des médecins à la thématique des soins psychiatriques sans consentement(12,13).

Alors que les cours magistraux ne peuvent pas toujours répondre à certains objectifs pédagogiques, notamment en ce qui concerne la capacité à repérer et décrire la séméiologie psychiatrique, l'éducation médicale basée sur la simulation (EMBS) est

une méthode alternative, prometteuse et éthique, déjà utilisée dans plusieurs facultés de médecine(14–18). La faculté de médecine de Nancy, en France, accueille un Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation (CUESim), utilisé depuis plusieurs années pour l'EMBS, y compris en psychiatrie, au moyen de patient standardisés, interprétés par des acteurs entraînés à simuler une situation clinique (15,19).

Nous avons élaboré en 2019 un nouvel enseignement grâce au support du CUESim, associant cours théoriques et simulation, visant à améliorer, chez les étudiants en Médecine Générale, les qualités techniques et non-techniques nécessaires à la réalisation d'un entretien psychiatrique et à la rédaction d'un certificat médical d'admission en soins sans consentement.

Cette étude a pour objectif principal d'évaluer si cette formation permet d'améliorer la régularité des certificats. Les objectifs secondaires sont d'évaluer plus précisément les effets de la formation de préciser les attentes des JLD et d'évaluer la satisfaction des étudiants.

## 2.2 Matériels et méthodes

### 2.2.1 Population concernée

Il s'agit d'une étude prospective expérimentale réalisée entre les 1 mars 2019 et 1 mai 2019. Les critères d'inclusion étaient d'être étudiant en Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale.

Tous les étudiants inscrits au Département de Médecine Générale (DUMG) de la faculté de médecine de Nancy ont reçu un mail leur proposant de participer à une formation à la rédaction des certificats médicaux initiaux de soins psychiatriques sans consentement.

### 2.2.2 Description de la formation

La participation était libre et permettait aux étudiants de valider un module de Formation Médicale Continue. Ils devaient donner leur accord pour participer à l'étude et signer la charte informatique du CUESim permettant l'utilisation du support vidéo.

La formation était composée de deux demi-journées. La première était une présentation théorique et la seconde une simulation.

La formation théorique durait 2h30. Elle présentait les enjeux légaux des certificats médicaux, la forme que ceux-ci devaient respecter, des notions de sémiologie psychiatrique et insistait sur la nécessité de motiver le certificat. Elle était dispensée par deux psychiatres praticiens hospitaliers, dont l'un était inscrit près la Cour d'appel de Metz pendant plusieurs années.

La mise en pratique consistait en une simulation d'entretien médical aux urgences qui donnait lieu à la rédaction d'un certificat de soins sous contrainte. La situation clinique, interprétée par une actrice entraînée au scénario, était celle d'une femme de 28 ans présentant une crise suicidaire dans un contexte de trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques (tableau 1). Plusieurs étudiants intervenaient successivement, chacun devant rechercher des éléments cliniques spécifiques nécessaires à l'évaluation de la nécessité de soins psychiatriques sans consentement. Son entretien était diffusé en temps réel par vidéo au reste des étudiants, pour permettre une analyse par l'ensemble du groupe entre chaque intervention. Un débriefing était réalisé, en respectant les règles du débriefing en simulation, et la charte établie au CUESim.

En fin de formation, il était proposé aux étudiants de répondre à un questionnaire de satisfaction de façon anonyme.

### 2.2.3 Méthodes de mesures

L'évaluation de la progression des étudiants se faisait au moyen d'un pré-test, avant la formation, d'un post-test immédiat ayant lieu le soir même de la formation, et d'un post-test tardif à deux mois. Ces tests consistaient en la rédaction, dans un temps limité à 20 minutes, d'un certificat médical d'admission en soins sans consentement après avoir visionné la vidéo d'un entretien psychiatrique simulé.

Les scénarii comprenaient, pour le pré-test, une patiente en décompensation psychotique en cabinet de médecine générale, nécessitant une mesure de SPDT ;

Pour le post-test immédiat, un patient en décompensation psychotique aux urgences, nécessitant une mesure de SPPI ;

Pour le post-test tardif, un patient en décompensation psychotique à domicile, nécessitant une mesure de SPDRE.

Chaque certificat était étudié selon plusieurs aspects :

Probabilité qu'une irrégularité soit soulevée pour ce certificat,

Respect de la forme,

Qualité de la description clinique,

Qualité de la justification,

Caractéristiques du rédacteur.

Un collègue de deux JLD, n'ayant pas participé à l'élaboration de la formation et n'ayant pas vu les entretiens psychiatriques simulés, évaluait la qualité globale de la motivation



du certificat, sans tenir compte de la forme, selon un « score d'irrégularité » (tableau 2).

Pour évaluer le respect de la forme, nous avons vérifié la présence de huit items (nom du praticien et son adresse, nom du patient et sa date de naissance, lieu, date et heure de rédaction et signature) pour obtenir un « score de forme » (tableau 3).

Nous avons rempli un « score de description clinique » (tableau 4) vérifiant la présence d'items inspirés des recommandations de l'HAS (13,20,21).

Le collège de JLD et nous-mêmes avons rempli un « score de justification – médecins » ou un « score de justification – JLD » (tableau 5), en appréciant la caractérisation de la nécessité de soins immédiats, d'impossibilité à consentir, et le cas échéant, de l'existence d'un péril imminent, de l'absence de tiers ou encore de l'existence d'un trouble à l'ordre public ou d'un danger pour la sûreté des personnes.

Pour évaluer l'incidence de la variabilité inter-rédacteurs, nous avons demandé aux étudiants de nous préciser leur année d'inscription en DES et leurs expériences antérieures en psychiatrie ou en rédaction de certificats médicaux.

Pour répondre à notre hypothèse principale « une formation associant théorie et simulation permet d'améliorer la qualité des certificats », notre critère de jugement principal était l'effet de la formation sur le score d'irrégularité.

#### 2.2.4 Méthodologie statistique

L'ensemble du traitement statistique des données a été effectué avec le logiciel R (22). Afin de prévenir un éventuel biais d'attrition, nous avons utilisé un modèle linéaire à effet mixte : l'effet fixe correspondait au moment où le certificat avait été établi (avant, après ou bien 2 mois après la formation) ; l'effet individuel, propre au rédacteur, était traité comme un effet aléatoire. Pour plus de précision dans l'évolution de chacune des

variables, nous avons fait toutes les comparaisons par paire (avant – après, après – deux mois après, avant – deux mois après). Pour vérifier la significativité des résultats, nous avons corrigé les valeur-p des 3 comparaisons par paire par la méthode de Bonferroni. Le seuil de significativité était fixé à  $p < 0,05$ .

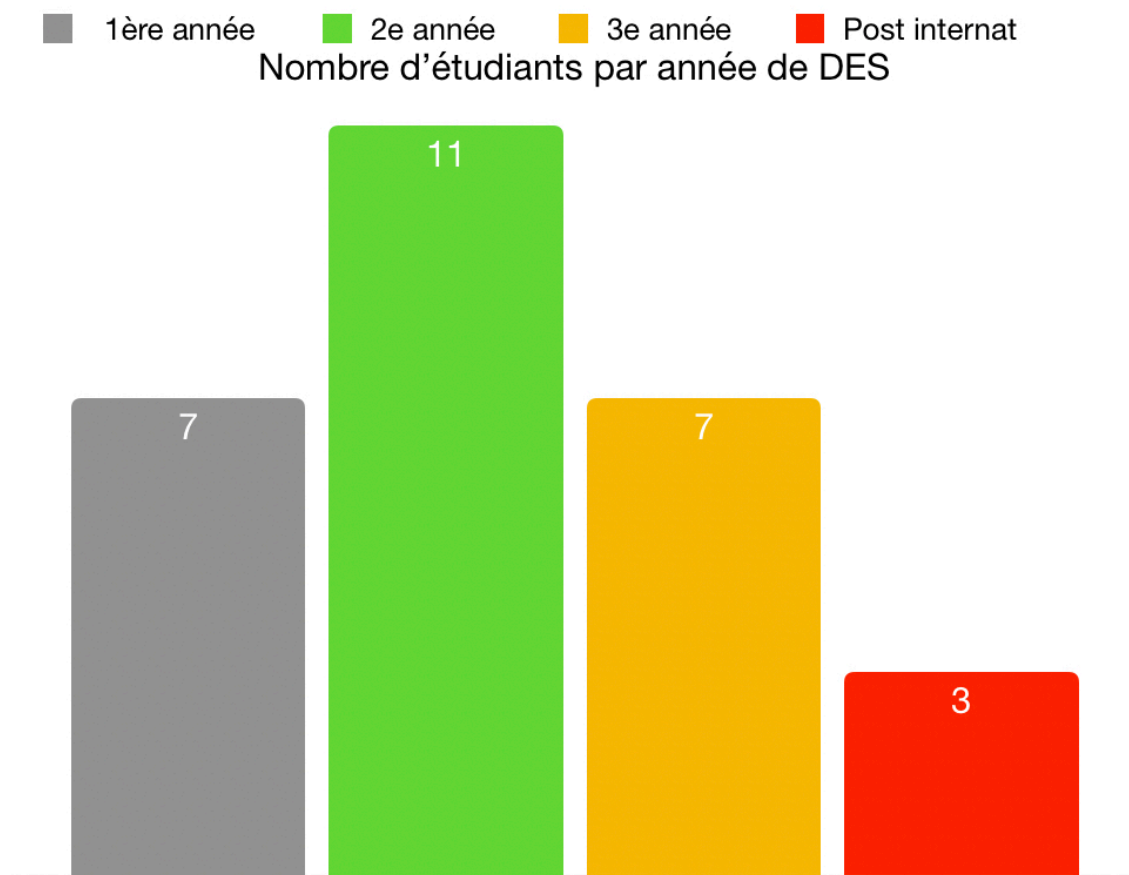
Pour répondre à nos hypothèses secondaires nous avons évalué l'effet de la formation sur les autres variables, et recherché des corrélations entre celles-ci.

## 2.3 Résultats

### 2.3.1 Caractéristiques de la population

28 étudiants ont participé à la formation. 26 d'entre eux ont participé au pré-test, 24 au post-test immédiat et 12 au post-test tardif.

Figure 8 : Nombre d'étudiants par année de DES

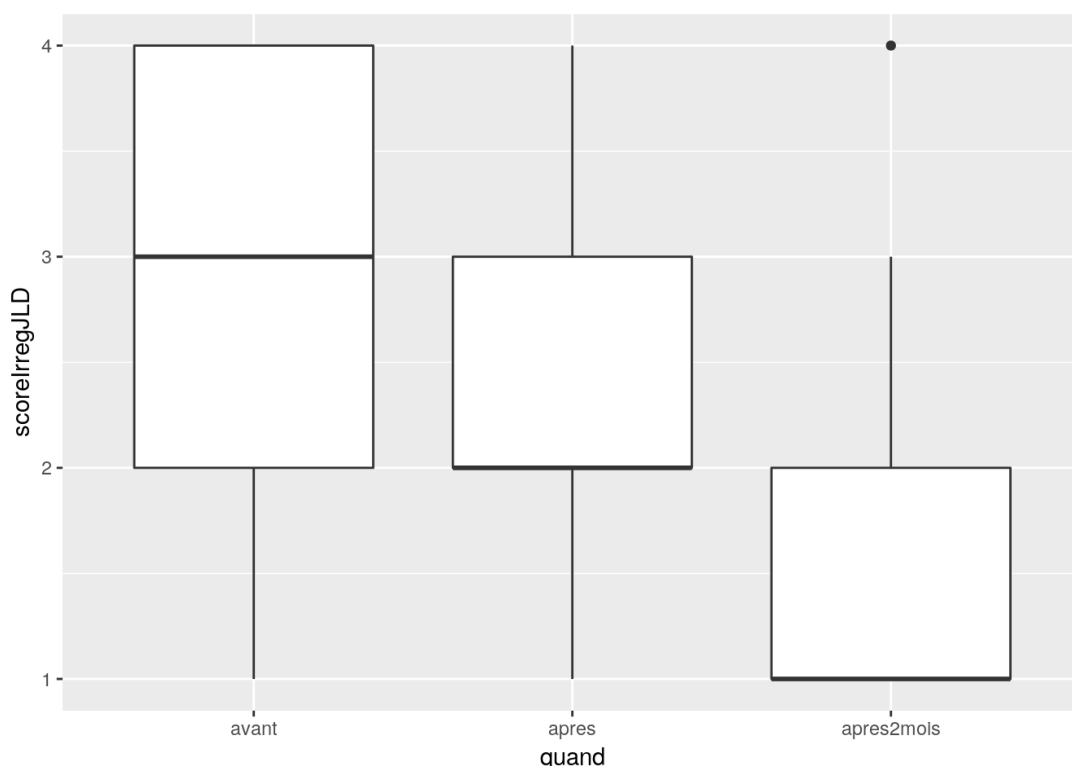


### 2.3.2 Efficacité de la formation

La répartition des certificats selon leur score d'irrégularité est présentée dans le tableau 6. Une irrégularité sur le fond aurait été soulevée de façon certaine ou très probable pour 62% des certificats du pré-test, 38% des certificats du post-test et 17% des certificats du post-test tardif.

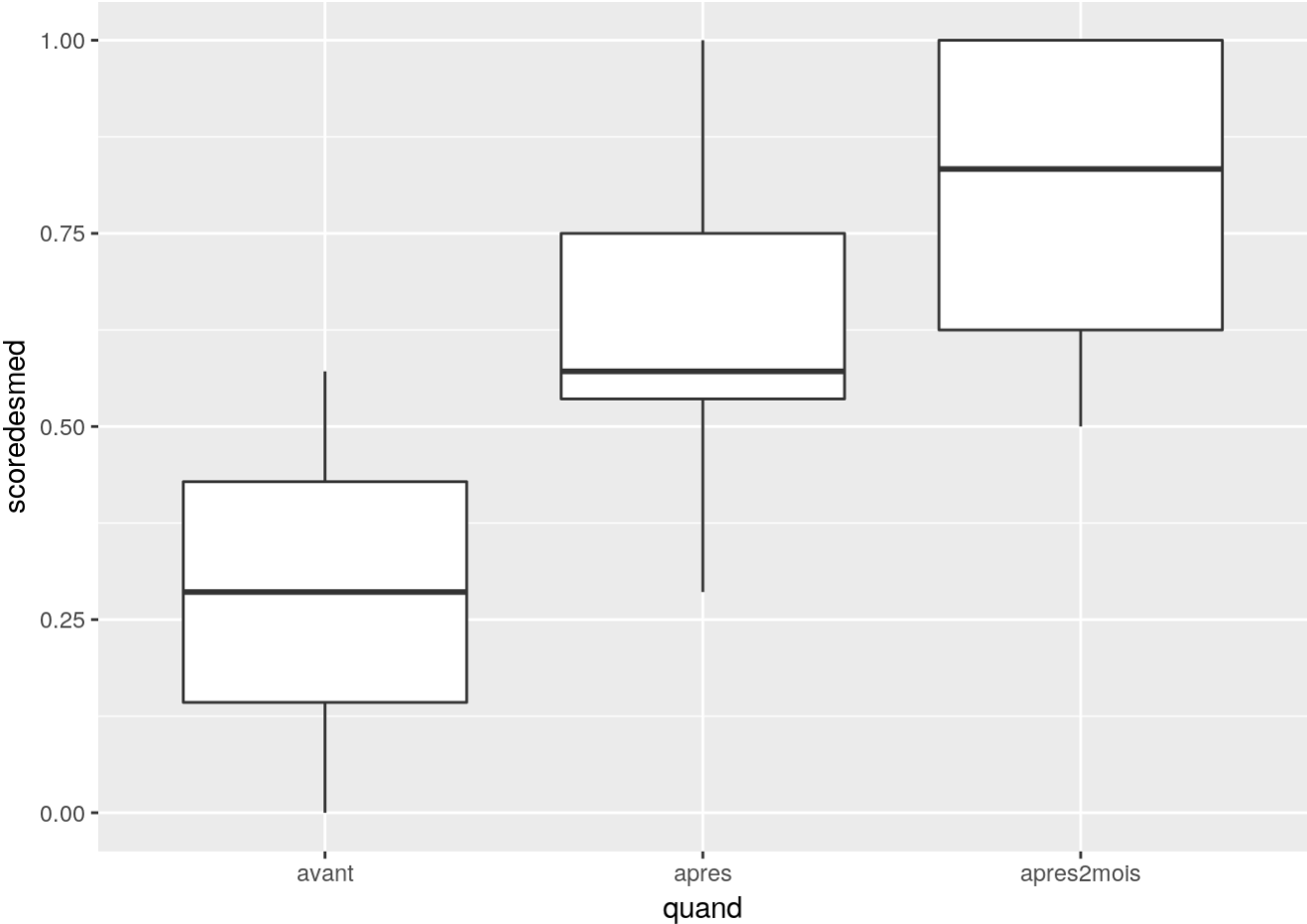
Le score d'irrégularité est en moyenne de 2,85 avant la formation, 2,33 après la formation et 1,67 deux mois après la formation, le minimum théorique étant de 1 (risque d'irrégularité pas du tout probable) et le maximum de 4 (risque certain). La différence est significative entre avant et deux mois après la formation ( $p < 0,05$ ), mais elle n'est pas significative entre deux évaluations voisines.

Figure 9 : Effet de la formation sur le score d'irrégularité



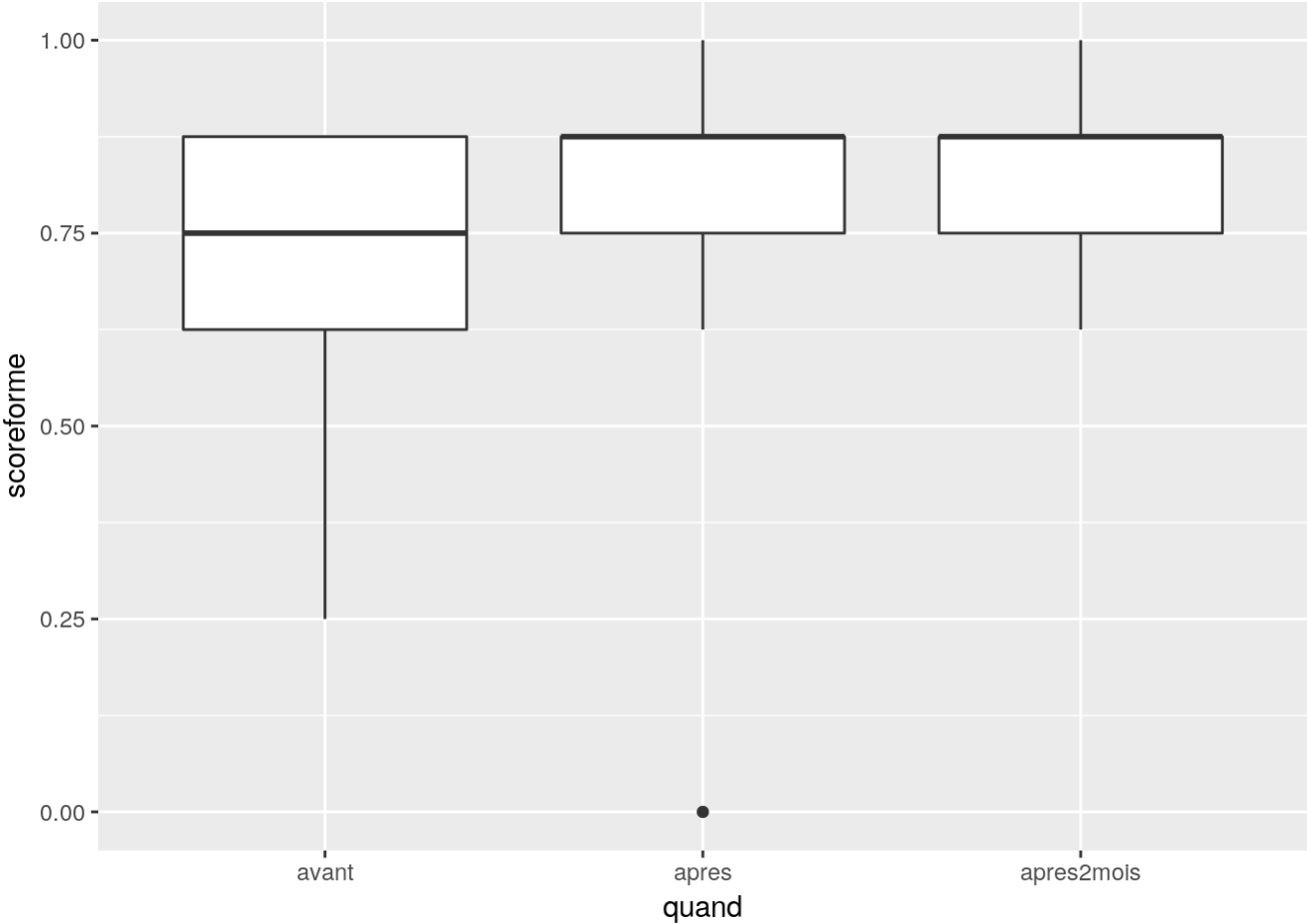
Le score de description clinique est en moyenne de 0,258 avant la formation sur une échelle de 0 à 1. Il est augmenté de façon significative à 0,631 après la formation et à 0,806 deux mois après la formation ( $p < 0,05$ ).

Figure 10 : Effets de la formation sur la description clinique



Le score de forme est de 0,662 avant la formation et augmente de façon significative à 0,822 après la formation et 0,808 deux mois après la formation ( $p < 0,05$ ).

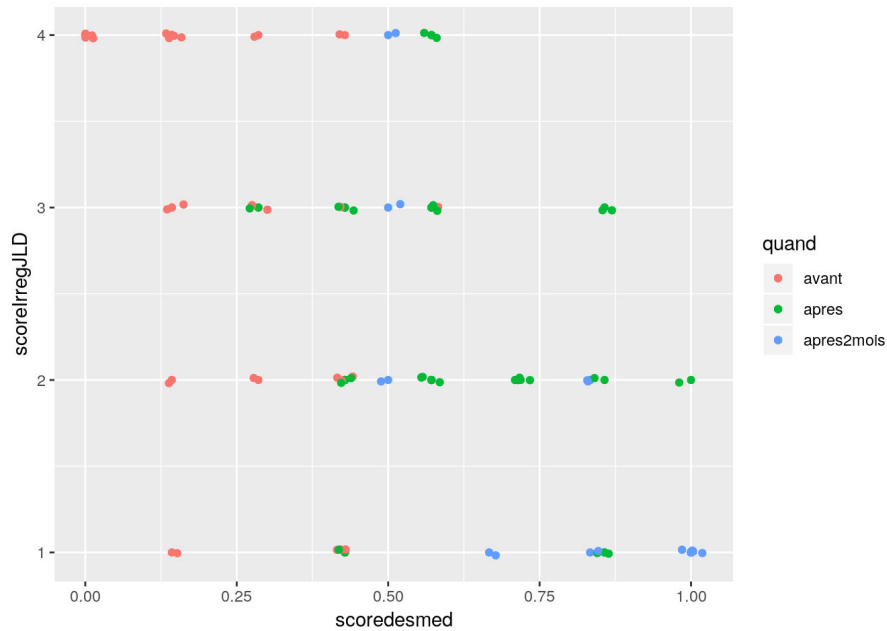
Figure 11 : Effets de la formation sur le score de forme



### 2.3.3 Corrélations

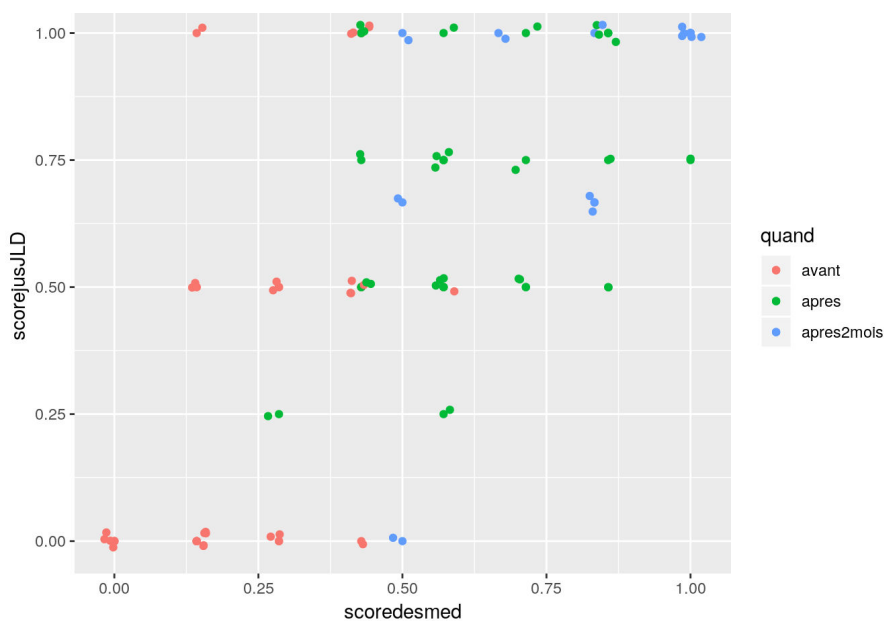
Il existe un lien significatif entre la qualité de la description clinique et le score d'irrégularité ( $p < 0,0001$ ).

Figure 12 : Lien entre qualité de la description clinique et score d'irrégularité



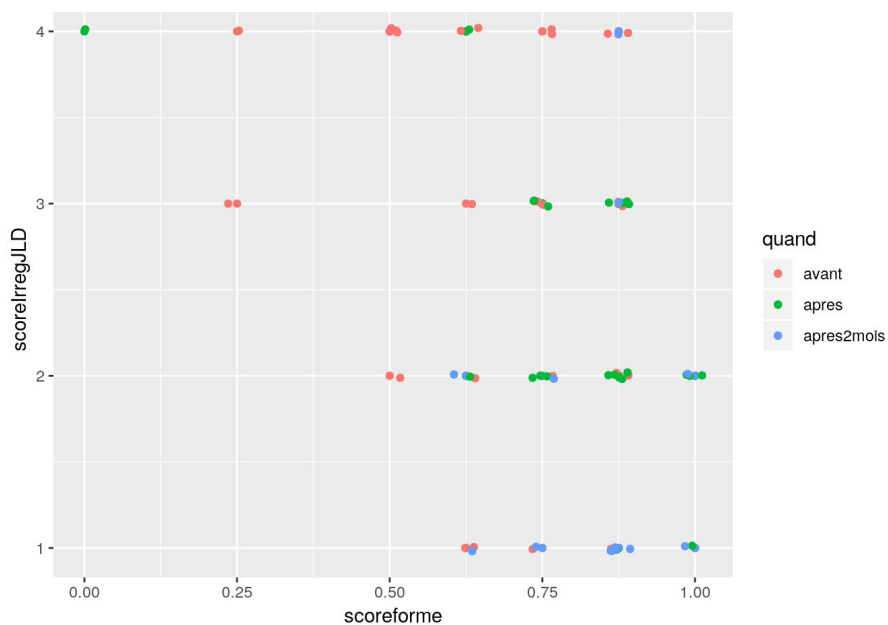
Il existe un lien significatif entre le score de description clinique et le score de justification—JLD ( $p < 0,0001$ ).

Figure 13 : Lien entre le score de description clinique et le score de justification—JLD



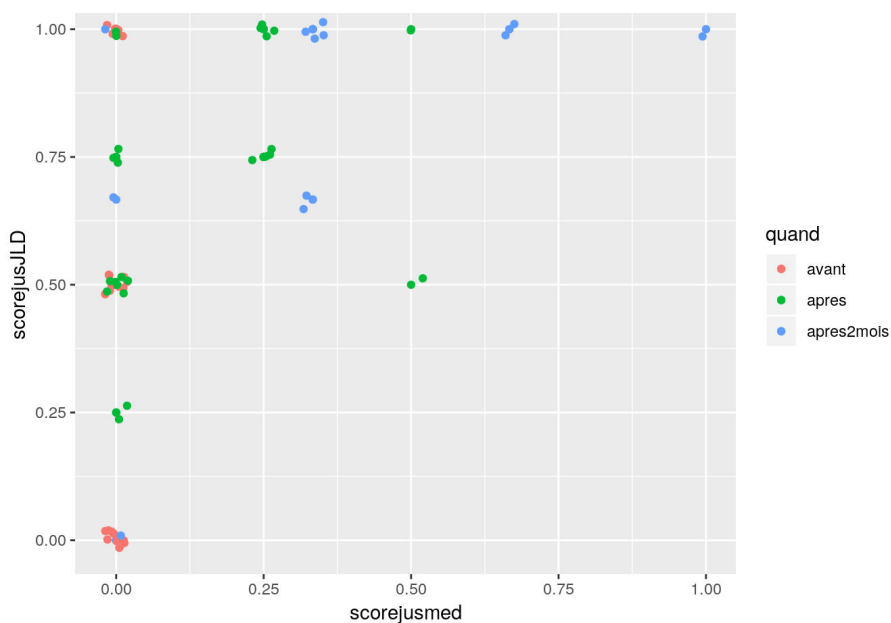
Il existe un lien significatif entre le score de forme et le score d'irrégularité ( $p=0,0017$ ).

Figure 14 : Lien entre le score de forme et le score d'irrégularité



Il existe un lien significatif entre le score de justification—JLD et le score de justification—médecins ( $p<0,0001$ ).

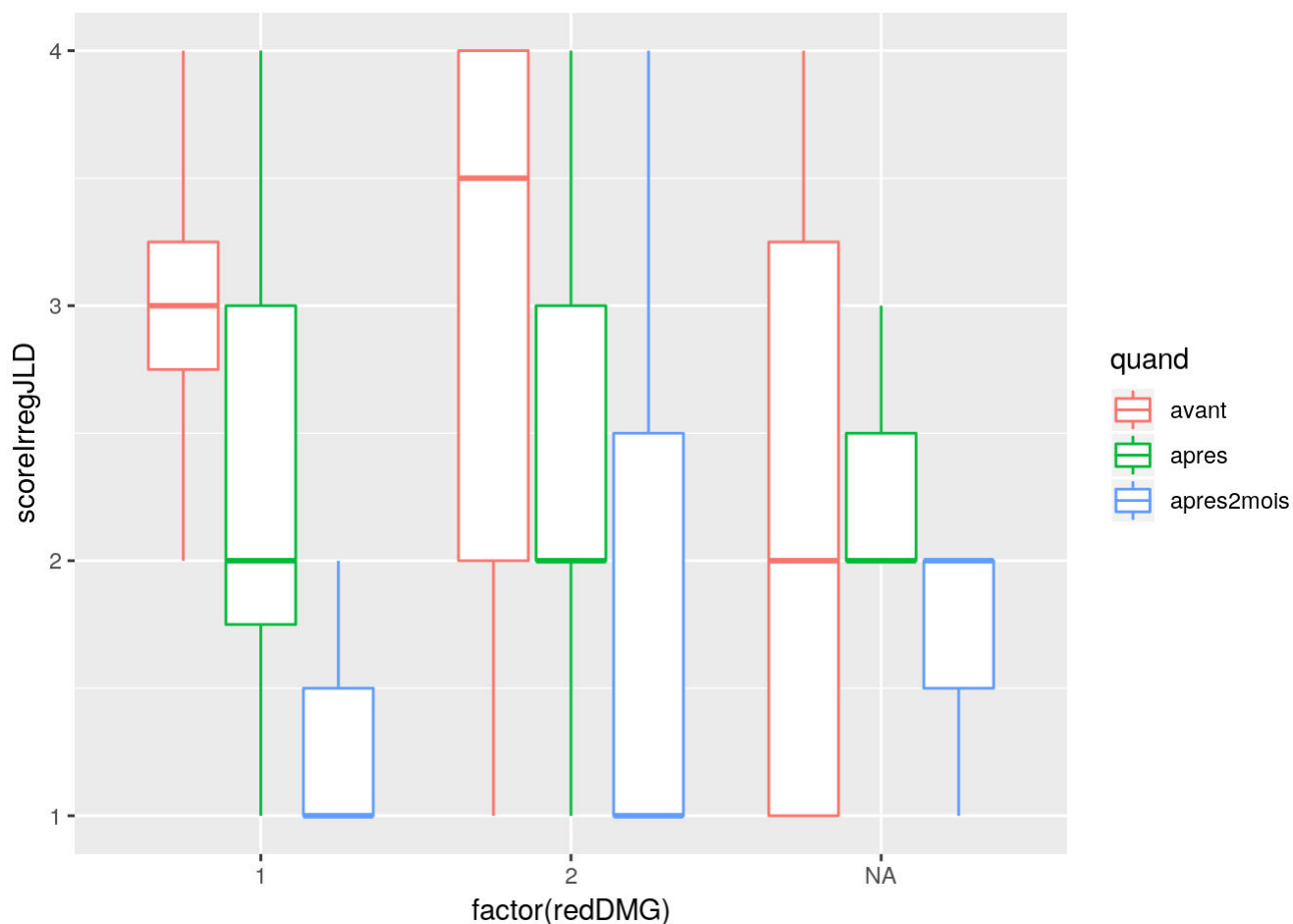
Figure 15 : Lien entre le score de justification – JLD et le score de justification – médecins





Le fait d'avoir bénéficié d'une formation antérieure à la rédaction des certificats n'a pas eu d'effet significatif sur le score d'irrégularité ( $p=0,7067$ ). De la même façon, ni l'ancienneté dans le DES ni l'expérience d'un stage en psychiatrie au cours des études n'a eu d'effet significatif sur la qualité des certificats.

Figure 16 : Effets d'une formation antérieure sur le score d'irrégularité



### 2.3.4 Satisfaction des étudiants

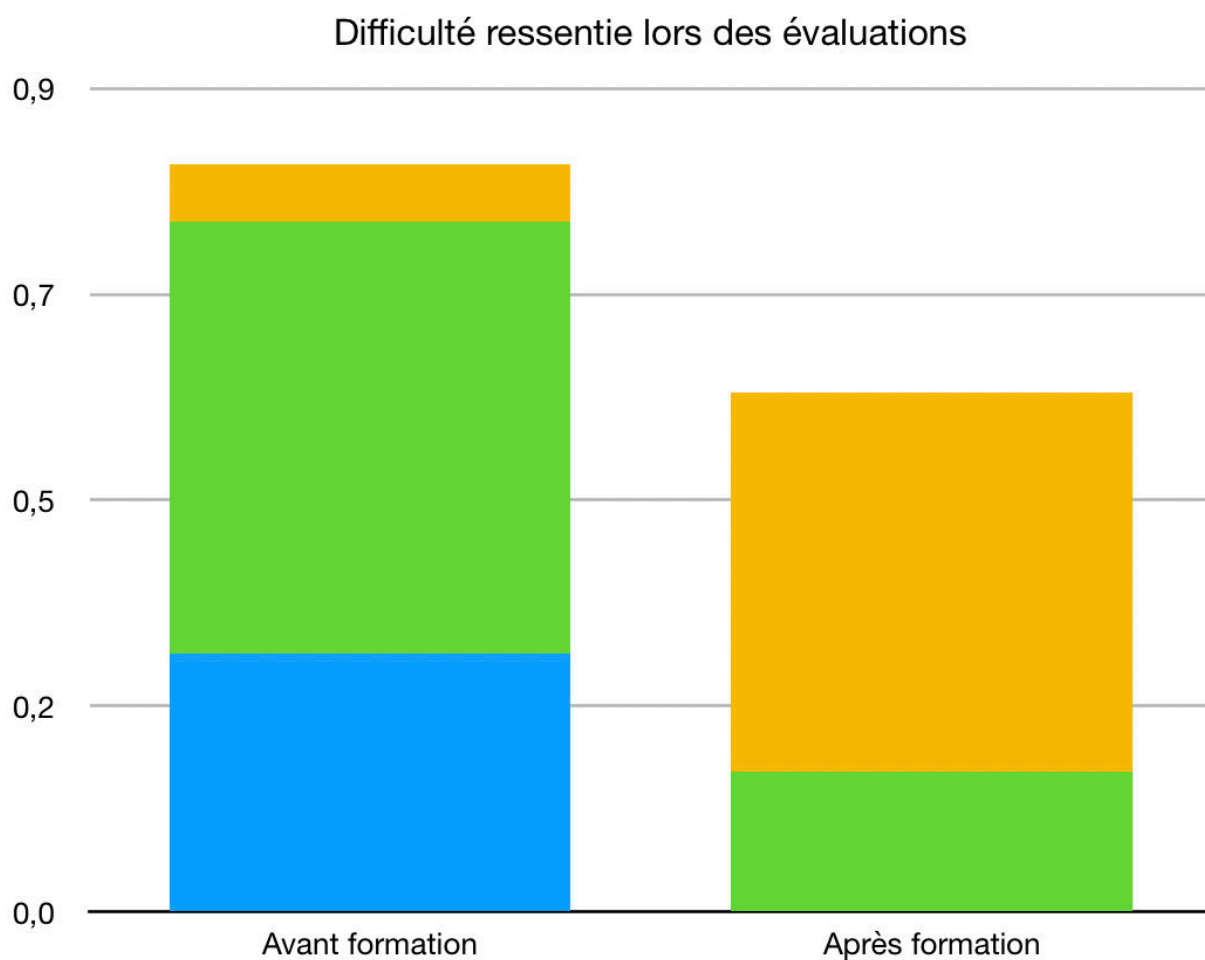
26 étudiants ont répondu au questionnaire de satisfaction.

En moyenne, la note donnée à cette formation était de 9/10, celle-ci ayant « tout à fait » répondu à leurs attentes. 96% d'entre eux la recommandaient et 92% d'entre eux estimaient « indispensable » de savoir rédiger un certificat d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Ils disaient s'être senti impliqué « la majorité du temps » durant la séance de simulation comme durant la formation théorique, et ils les trouvaient toutes deux « très utile ».

En moyenne, la difficulté ressentie lors des évaluations passait de « assez difficile » avant la formation à « facile » après la formation.

Figure 17 : Difficulté ressentie lors des évaluations



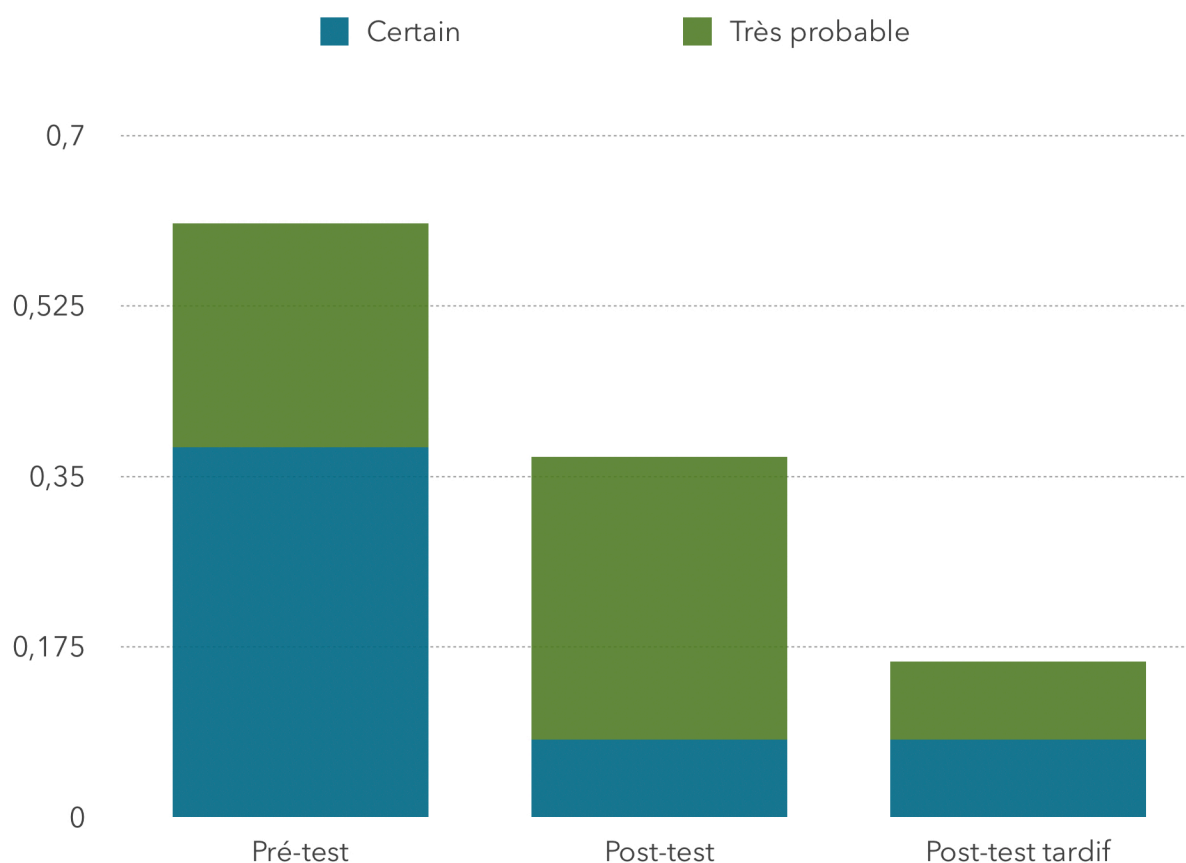
## 2.4 Discussion

### 2.4.1 Synthèse des résultats

Notre hypothèse principale est vérifiée. Le score d'irrégularité des certificats permet de constater une nette amélioration entre chaque évaluation. Cette amélioration est significative et stable, deux mois après la formation.

Le nombre de certificats à fort risque d'irrégularité diminue. Cette tendance n'est pas significative statistiquement (test exact de Fischer), probablement par manque de puissance.

Figure 18 : taux de certificats à risque « certain » ou « très probable » d'irrégularité



L'amélioration des certificats est visible sur la forme comme sur le fond. Nous avons observé une nette progression de la capacité des étudiants à repérer puis décrire une symptomatologie de trouble psychiatrique, ce qui est confirmé par l'amélioration significative du score de description clinique.

Les variables ont évolué de façon cohérente et corrélée, sans pouvoir affirmer de causalité, peut-être en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

Le score de justification était toujours supérieur lorsqu'il était évalué par les JLD. Nous en avons discuté avec eux. Alors que les médecins attendaient un raisonnement explicite des rédacteurs, les JLD sont habitués à des certificats plus succincts, et à devoir comprendre implicitement ce pourquoi la mesure de soins est justifiée. Ainsi une description clinique suffisamment détaillée pouvait leur être suffisante pour apprécier la justification du certificat.

Nous n'avons pas observé de différence significative selon l'expérience des étudiants. Il peut être surprenant que des étudiants ayant réalisé un stage en psychiatrie et ayant bénéficié d'une formation à la rédaction de certificats médicaux n'aient pas de meilleurs résultats que les autres. Cela peut être lié au fait que ces stages sont effectués durant le deuxième cycle des études médicales. Si les étudiants peuvent y mettre en pratique leurs connaissances, ils ne sont cependant pas amenés à rédiger de certificats médicaux. De plus, ils n'ont pas toujours reçu les enseignements théoriques correspondants. Les formations évoquées, elles, sont exclusivement théoriques et portent sur la rédaction de certificats médicaux au sens large. Ainsi, aucun étudiant n'avait d'expérience pratique en rédaction de certificat médical d'admission en soins sans consentement. Ces observations confortent l'intérêt d'une formation associant les deux approches pour acquérir ce type de connaissances techniques.

Les retours sur la formation étaient positifs, les étudiants estimant en moyenne comme « très utile » l'approche théorique comme l'approche pratique.

L'efficacité de l'apprentissage et sa stabilité dans le temps sont probablement liées à la participation active des étudiants, 96% d'entre eux s'étant senti impliqué « tout le temps » ou « la majorité du temps ». L'intensité de l'engagement permettrait un apprentissage en profondeur et une meilleure rétention (23). C'est une des vertus reconnues de l'enseignement par la simulation que de permettre un fort engagement, ce qui peut expliquer en partie ce résultat (24,25).

Une autre vertu de l'apprentissage actif est de stimuler l'intérêt des étudiants : à l'issue de la formation, 92% d'entre eux estimaient « indispensable » de savoir rédiger un certificat d'admission en soins psychiatriques.

Les étudiants ont pris confiance en leur capacités. 96% d'entre eux ont trouvé la première évaluation « assez difficile » ou « très difficile », alors qu'ils n'étaient plus aucun à trouver l'exercice « très difficile » après la formation, 73% le trouvant même « facile ».

#### 2.4.2 Limites

L'absence de différence significative du score d'irrégularité entre deux évaluations voisines peut être expliquée par la faible taille de notre échantillon. La taille des échantillons était limitée par le modèle d'enseignement choisi. La simulation nécessite de petits groupes, adaptés aux locaux et permettant un échange facile entre les intervenants et les étudiants lors du débriefing.

En ce sens, notre échantillon était trop grand pour être dans des conditions idéales lors de l'enseignement par la simulation. Nous avons choisi de privilégier la puissance de l'étude en augmentant le recrutement, sans pouvoir augmenter le nombre de jours de formation (limite de la disponibilité des étudiants, des intervenants et du CUESim).

Chaque évaluation présentait une procédure de soins sans consentement différente (SPDT, SPPI, SPDRE). Cela limite donc la comparaison que l'on peut faire entre deux évaluations. Nous avons fait ce choix pour proposer une formation plus complète. De plus, chacune de ces situations faisait appel aux mêmes compétences techniques et non-techniques, ce qui nous a semblé suffisant sur le plan pédagogique.

La participation était plus faible pour la dernière évaluation, car la participation était libre. Cela aurait pu être la source d'un biais d'attrition, nous avons donc choisi une méthode de comparaison des variables permettant d'éliminer ce biais.

Les conditions de rédaction étaient différentes lors de la dernière évaluation : les étudiants étaient chez eux, afin de ne pas pénaliser le recrutement en imposant une autre journée de formation. Cependant il était demandé aux étudiants de réaliser l'exercice dans la même limite de temps que les autres et sans consulter d'autres documents.

### 2.4.3 Perspectives

Le critère de jugement principal a été évalué par un collège de juges des libertés et de la détention. Il serait intéressant de confronter cette évaluation à celle d'un avocat, qui est celui qui soulève les irrégularités de la procédure.

Plusieurs étudiants disaient n'avoir jamais mené d'entretien psychiatrique et avaient des difficultés à apprécier la séméiologie psychiatrique. Les troubles psychiatriques ont pourtant une prévalence importante dans la population générale (26) et les médecins généralistes sont en demande d'une meilleure formation en psychiatrie (27,28).

Plusieurs étudiants nous ont demandé d'inclure des scénarii dans lesquels ils devraient prendre en charge une agitation. La simulation pourrait être utile aux étudiants avant leur installation en cabinet de médecine générale (14).

Il nous a été demandé de proposer des entretiens complets plutôt que fractionnés lors de la formation par la simulation, pour permettre une expérience plus immersive à l'étudiant menant l'entretien. Nous aurions également pu proposer des débriefings individuels à l'issue de chaque entretien. Le débriefing apporte une valeur ajoutée pédagogique par l'utilisation d'une rétroaction et permet de déclencher une démarche réflexive intentionnelle chez l'étudiant. Si ces étapes sont importantes sur le plan de la rétention des acquis, elle sont cependant chronophages et dépendantes de moyens humains conséquents (29–32).

Le visionnage d'entretien psychiatrique simulé représente lui aussi une forme d'apprentissage actif (33). Il permet d'illustrer la séméiologie psychiatrique et d'entraîner les étudiants à repérer et décrire les troubles. Cela a probablement contribué à l'efficacité de la formation et pourrait être développé pour adapter la formation à un plus grand nombre d'étudiants.

## 2.5 Conclusions

L'association de la théorie et de la simulation permet de former efficacement des étudiants en Médecine Générale à la rédaction des certificats d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Elle permet une participation active des étudiants, associée à un sentiment de satisfaction et de confiance dans leurs capacités.

La collaboration avec la justice a été riche, confirmant l'intérêt d'un travail multidisciplinaire dans cette discipline frontière qu'est la psychiatrie légale, pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge des troubles mentaux (34).

La formation devra cependant être adaptée pour pouvoir être proposée à un plus grand nombre, et répondre ainsi plus largement à la problématique de mainlevée des mesures de soins sans consentement, et à la demande de formation des médecins généralistes.

Conflit d'intérêts : aucun



## 2.6 Bibliographie – Article

1. 2019-06-12 (artj) 7 000 mainlevées judiciaires d'hospitalisations sans consentement en 2018 et en 2017 - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/2019-06-12-artj-7-000-mainlevees-judiciaires-d-hospitalisations-sans-consentement-en-2018-et-en-2017>
2. Legohérel D. Étude sur les soins psychiatriques sans consentement [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/IMG/pdf/2014-12-31-etude-sur-les-soins-sans-consentement-cour-de-cassation.pdf>
3. Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 [Internet]. Questions d'économie de la santé. 2017. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>
4. Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement: Étude des motifs de mainlevées de 117 mesures = Involuntary psychiatric admission: A study about release motives for 117 involuntary psychiatric admissions. *Annales Médico-Psychologiques*. oct 2017;175(8):679-84.
5. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
6. N° 4486 - Rapport d'information de MM. Denys Robiliard et Denis Jacquat déposé en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
7. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 2011.
8. Berly A, Manaouil C. Mise au point: Les soins sans consentement en psychiatrie : rédaction du certificat initial. *La Presse Médicale*. 1 avr 2018;47(Part 1):384-98.
9. Assemblée nationale ~ Compte rendu de réunion de la commission des affaires sociales [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-soc/10-11/c1011031.asp>
10. Assemblée nationale ~ Compte rendu de réunion de la commission des affaires sociales [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-soc/10-11/c1011043.asp>
11. Assemblée nationale ~ Première séance du lundi 23 mai 2011 [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2010-2011/20110186.asp>
12. Godet T, Niveau G. Admission en soins psychiatriques sans consentement : place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial. *La Revue de Médecine Légale*. mai 2019;10(2):50-6.
13. Haute Autorité de Santé - Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement - Note de cadrage [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2023149/fr/protocoles-pour-la-redaction-des-certificats-dans-le-cadre-des-soins-sans-consentement-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2023149/fr/protocoles-pour-la-redaction-des-certificats-dans-le-cadre-des-soins-sans-consentement-note-de-cadrage)
14. Rolland B, Fovet T, Poissy J, Eichholtzer C, Lesage M, Thomas P, et al. Evaluation by undergraduate medical students of a role-playing training program on the management of acute states of agitation. *L'Encéphale*. 1 avr 2018;44(2):101-5.
15. Merey J, Horrach P, Pham-Dinh Loux C. Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé. 2017.; 2017.
16. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical

imperative. Acad Med. août 2003;78(8):783-8.

17. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? Mt Sinai J Med. août 2009;76(4):330-43.
18. Guyomar L, Lombardo P. L'apprentissage par simulation et professionnalisation. Soins Cadres. déc 2018;27(108):S18-20.
19. Pham-Dinh Loux C. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Eléments de littérature et étude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence. 2015;135.
20. Haute Autorité de Santé - Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux)
21. Masson E. Sémiologie du consentement [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/962759/semiologie-du-consentement>
22. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.r-project.org/>
23. Auman C. Using Simulation Games to Increase Student and Instructor Engagement. College Teaching. 1 oct 2011;59(4):154-61.
24. McCoy L, Pettit RK, Lewis JH, Allgood JA, Bay C, Schwartz FN. Evaluating medical student engagement during virtual patient simulations: a sequential, mixed methods study. BMC Medical Education. 16 janv 2016;16(1):20.
25. Price A, Wieman C, Perkins K. TEACHING WITH SIMULATIONS: Teachers use simulations for student motivation, content learning, and engagement in science practices. The Science Teacher. 2019;(7):46.
26. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encephale. 1 janv 2009;35(6):560-9.
27. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. Annales médico-psychologiques. 1 janv 2018;176(1):48-54.
28. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
29. Levett-Jones T, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. Nurse Education Today. 1 juin 2014;34(6):e58-63.
30. Raemer D, Anderson M, Cheng A, Fanning R, Nadkarni V, Savoldelli G. Research Regarding Debriefing as Part of the Learning Process. Simulation in Healthcare. août 2011;6(7):S52.
31. Roh YS, Jang KI. Survey of factors influencing learner engagement with simulation debriefing among nursing students. NURSING & HEALTH SCIENCES. déc 2017;19(4):485-91.
32. Savoldelli GL, Naik VN, Park J, Joo HS, Chow R, Hamstra SJ. Value of Debriefing during Simulated Crisis Management Oral versus Video-assisted Oral Feedback. Anesthes. 1 août 2006;105(2):279-85.
33. Bromley P. Active Learning Strategies for Diverse Learning Styles: Simulations Are Only One Method. PS: Political Science and Politics. 2013;46(4):818-22.
34. Petit M-N. Procureur/psychiatre : quelles collaborations ? Quelles attentes ? European Psychiatry. 1 nov 2014;29(8, Supplement):626-7.

## 2.7 Annexes - Article

Tableau 1 : Simulation CUESim - Situation clinique

Simulation CUESim - Épisode Dépressif Majeur		
<b>Contextualisation</b>	Rédacteur	Pierre Balaesque, Caroline Pham-Dinh, Pierre Horrach
	Mail	<a href="mailto:formationspdt@gmail.com">formationspdt@gmail.com</a>
	Public cible	Étudiants en Médecine Générale
	Nombre de formateurs	Deux : Un jouant le rôle du patient. Un psychiatre pour animer le groupe.
	Centre de Simulation	CUESim Nancy
	Date de la formation	1 mars 2019
<b>Objectifs pédagogiques</b>	1. Entrer en relation poser les jalons de l'alliance. Prise en compte des besoins primaires	Attitude, intérêt des questions fermées, reformulations, empathie
	Existence d'un trouble psychiatrique ?	
	2. Poser la question du suicide	Faut-il poser la question ? Comment (généralisation) ?
	3. Évaluation du risque suicidaire	ATCD de TS en 2017, personnalité...
	Nécessité d'une privation de liberté ?	
	4. Évaluation de l'urgence / dangerosité	Un scénario précis et dangereux (traitement lithium, ATD, BZD), sans date prévue. Présence d'un discours mélancoliforme
	5. Recherche de facteurs protecteurs	Parents présents mais peu disponibles. Si le contact est pris avec les parents, le père accepte de passer une nuit sur place mais pas plus : la mère souffre d'un trouble bipolaire avec un besoin d'équilibre, le père fait les 3/8, travaille beaucoup. Amis peu présents. Sœur à Paris. Elle-même est en arrêt de travail depuis l'automne.
	6. Consentement aux soins ?	La patiente refuse les soins. Présence de trouble du jugement en lien avec des idées délirantes de ruine. Compréhension / raisonnement / prendre une décision / la maintenir
	Quel cadre juridique ?	
	7. Prise de décision : hospitalisation ? Sous contrainte ? Avec tiers ?	Proposer une hospitalisation / prise en charge. Contacter le tiers, ou faire la preuve d'un péril imminent. Les parents peuvent dormir une nuit avec la patiente, pas plus

	8. Proposer l'hospitalisation en SPDT	Expliquer les modalités d'hospitalisation. Techniques d'entretien
<b>Ressources</b>	Environnement	Durant une garde aux urgences, dans un box
	Préparation de la salle	Patient assis sur le brancard. Pas de disposition particulière nécessaire
	Dossier (para)médical et examens complémentaires	Examens complémentaires normaux (Bio/imagerie cérébrale) pas de dossier antérieur
	Entourage	Les parents sont joignables par téléphone. Ils peuvent se rendre aux urgences si on le leur demande.
<b>Déroulement de session</b>	Nom du Patient	Mme Stéphanie Hepburn
	<b>Résumé complet du scénario</b>	
	Durée de l'entretien	Chaque intervenant a un objectif et 15 min d'entretien avec la patiente. L'entretien est ensuite interrompu pour une analyse en groupe, avant l'intervention du prochain.
	Exposé	Vous êtes un jeune praticien aux urgences et vous prenez en charge une patiente amenée par les pompiers. Votre interne l'a vue et a demandé des examens complémentaires (Biologie, imagerie cérébrale), qui sont revenus normaux.
	ATCD médicaux	Hypothyroïdie substituée Levothyrox 75
	ATCD psy personnels	TS en 2017 avec hospitalisation au CPN, contexte de deuil pathologique (Grand mère maternelle)
	ATCD psy familiaux	Mère trouble bipolaire
	Biographie	Vit seule, en appartement à Nancy. Elle a quelques contacts avec ses parents, à Pont à Mousson. Le père est ouvrier chez Peugeot et fait les 3/8. La mère est vendeuse en parfumerie à mi-temps, a un trouble bipolaire, besoin de calme. Sa sœur a déménagé l'été dernier pour suivre ses études à Paris. Elle est éducatrice spécialisée à l'institut pour jeunes sourds de la Malgrange, en arrêt depuis novembre « ça n'allait plus », en raison d'un conflit avec ses supérieurs, sur fond d'épuisement psychique. Il existe une vie sociale, assez superficielle, peu investie, qui s'est appauvrie ces derniers temps.
	Présentation clinique	Ne souhaite pas rester à l'Hôpital. Contact réticent. Humeur triste. Pas de vindicte agressive mais opposition aux soins. Finit par évoquer des idées délirantes de ruine.
Attitude	Ne donne pas les infos d'emblée. Répond aux questions qu'on lui pose.	

	Histoire récente	Amenée aux urgences par les pompiers, eux même appelé par les parents, inquiets. En effet lors du dernier appel, ils la trouvaient triste. Elle leur a confié qu'elle n'allait plus voir son médecin et a évoqué des idées suicidaires. Elle ne vient plus les voir le weekend comme auparavant. Depuis plusieurs semaines, elle reste chez elle la plupart du temps, sort pour quelques courses, reçoit de moins en moins de visites amicales.
	Urgence	Un scénario (IMV) depuis longtemps en tête, y pense de plus en plus souvent, pas de date prévue.
	Dangerosité	« Cette fois je ne me raterai pas » avec les traitements substitutifs Thyroïdiens, antidépresseurs, BZD et hypnotiques stockés.
	Facteurs de risques	ATCD de TS, trouble de l'humeur, idées suicidaires actives dans le dernier mois
	Facteurs protecteurs	Aimait bien son métier avant le conflit. Entourage familial est présent, même si peu investi par la patiente.
	Capacité au consentement	Perturbée par des idées délirantes de ruine.
	Certificat envisagé	Soins sous contrainte nécessaires. Les parents sont joignables au téléphone et prêt à se déplacer si besoin.

Tableau 2 : Score d'irrégularité - Évalué par les Juges des libertés et de la détention

<b>Comment évaluez-vous le risque qu'une irrégularité soit soulevée, en l'absence d'autres éléments ?</b>	<b>Score d'irrégularité</b>
<b>Pas du tout probable</b>	<b>1</b>
<b>Peu probable</b>	<b>2</b>
<b>Très probable</b>	<b>3</b>
<b>Certain</b>	<b>4</b>

Tableau 3 : Score de forme

<b>Item</b>	<b>Score de forme</b>
<b>Docteur</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Adresse</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Nom Patient</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Date de Naissance</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Lieu</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Date</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Heure</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Signature</b>	<b>0 ou 1</b>
	<b>Somme / 8</b>

Tableau 4 : Score de description clinique - Évalué par les médecins

<b>Items recherchés</b>	<b>Marina Block (SPDT)</b>	<b>Gaël Rackham (SPPI)</b>	<b>Jason Untel (SPDRE)</b>
<b>Idées délirantes</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Adhésion complète</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Symptômes productifs</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Désorganisation intra-psychique (Marina Block)</b>	<b>0 ou 1</b>		
<b>Troubles du comportement liés aux idées délirantes</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Rupture thérapeutique</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	
<b>Refus de soins</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Dangerosité pour lui-même ou pour les autres (Gaël Rackham et Jason Untel)</b>		<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Score de description clinique</b>	<b>Somme / 7</b>	<b>Somme / 7</b>	<b>Somme / 6</b>

Tableau 5 : Score de justification – évalué par les juges des libertés et de la détention et par les médecins

<b>Items recherchés</b>	<b>Marina Block (SPDT)</b>	<b>Gaël Rackham (SPPI)</b>	<b>Jason Untel (SPDRE)</b>
<b>Ce certificat décrit en quoi des soins immédiats assortis d'une surveillance constante sont nécessaires ?</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Ce certificat décrit-il en quoi les troubles rendent impossible le consentement aux soins ?</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>	<b>0 ou 1</b>
<b>Ce certificat caractérise-t-il l'existence d'un péril imminent pour la santé du patient ?</b>		<b>0 ou 1</b>	
<b>Ce certificat décrit-il en quoi il est impossible de joindre un tiers ?</b>		<b>0 ou 1</b>	
<b>Ce certificat caractérisent-il en quoi les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ?</b>			<b>0 ou 1</b>
<b>Score de justification</b>	<b>Somme / 2</b>	<b>Somme / 4</b>	<b>Somme / 3</b>



Tableau 6 : Répartition des certificats selon leur score d'irrégularité

<b>Risque qu'une irrégularité soit soulevée :</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post-test</b>	<b>Post-test tardif</b>
<b>Pas du tout probable</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>Peu probable</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>3</b>
<b>Très probable</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>Certain</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

## 3 Résultats complémentaires

### 3.1 Formations antérieures

Sur les 28 étudiants, 15 avaient suivi une formation sur les certificats médicaux en général avant de participer à l'étude. Cette formation est proposée par le DMG et évoque notamment le cas des certificats médicaux de soins psychiatriques sans consentement. 9 étudiants ont suivi cette formation en mars 2019, soit quelques semaines après notre étude et avant le post-test tardif. Cette donnée n'est pas connue pour 4 étudiants.

8 étudiants avaient réalisé un stage en psychiatrie au cours de leur externat.

### 3.2 Questionnaire de satisfaction

La grande majorité des étudiants n'a mené que quelques entretiens psychiatriques au cours de leurs études. La rédaction du certificat semblait majoritairement facile après la formation. Dans les commentaires, plusieurs étudiants doutaient de l'existence d'un péril imminent pour ce post-test. Quelques étudiants nous suggéraient que la situation clinique de la simulation concerne un patient agressif.

Un étudiant a trouvé l'exercice de simulation l'après-midi « inutile » et n'aurait pas recommandé cette formation à un ami. Il regrettait que la situation clinique se déroule aux urgences plutôt qu'en cabinet de médecine générale. Il regrettait également que l'enseignement par la simulation aborde les techniques d'entretien et notamment la question de l'entrée en relation avec le patient, expliquant que ces compétences sont déjà maîtrisées à ce stade des études de médecine.

Figure 19 : Depuis le début de votre internat, avez-vous mené des entretiens psychiatriques ?

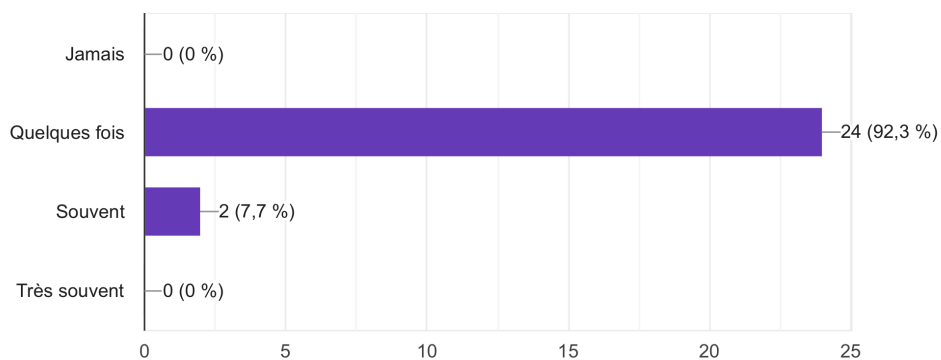


Figure 20 : Avez-vous trouvé l'exercice de simulation difficile ?

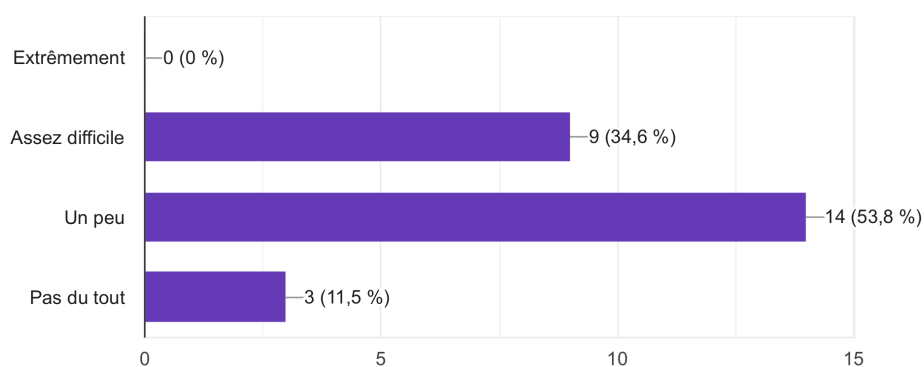


Figure 21 : Vous êtes-vous sentis impliqués pendant la formation pratique ?

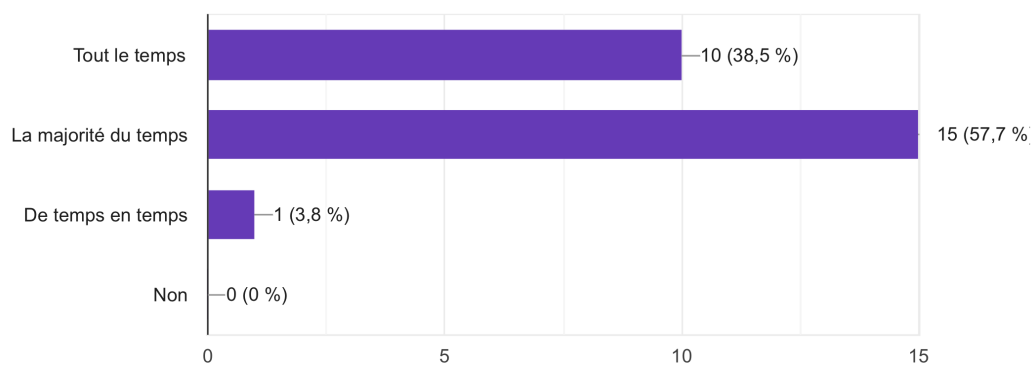


Figure 22 : Vous êtes-vous sentis impliqués pendant la formation théorique ?

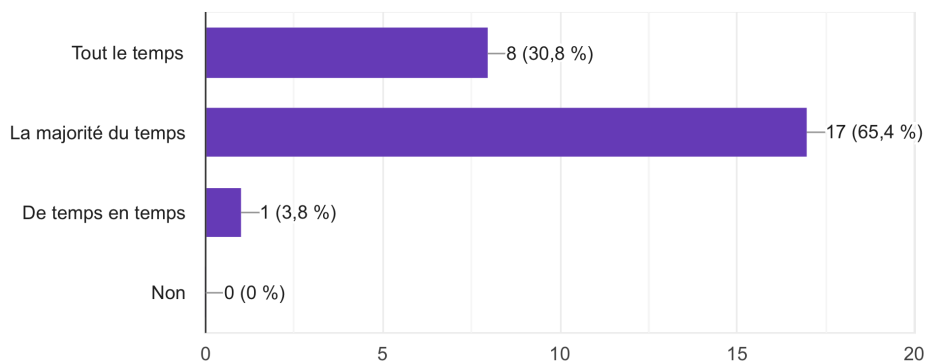


Figure 23 : Difficulté ressentie pour la rédaction du premier certificat (pré-test)

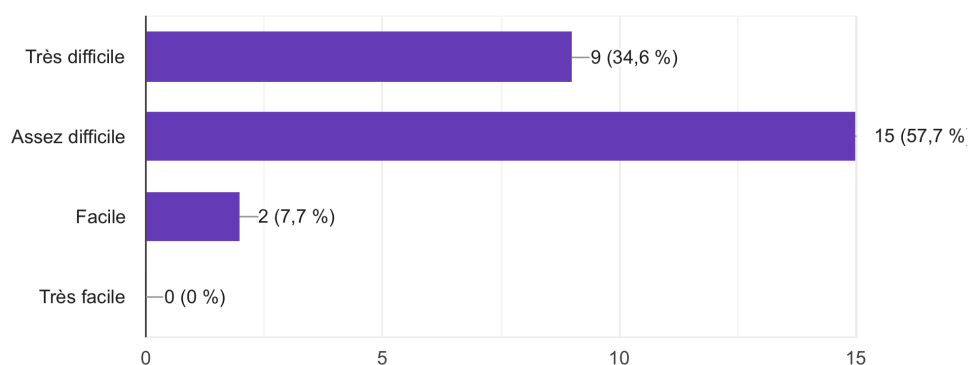


Figure 24 : Difficulté ressentie pour la rédaction du deuxième certificat (post-test)

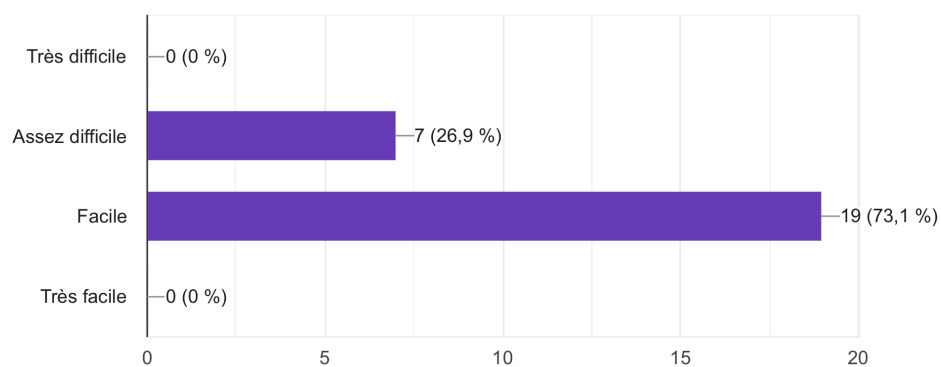


Figure 25 : Appréciation de l'utilité de la demi-journée de formation pratique

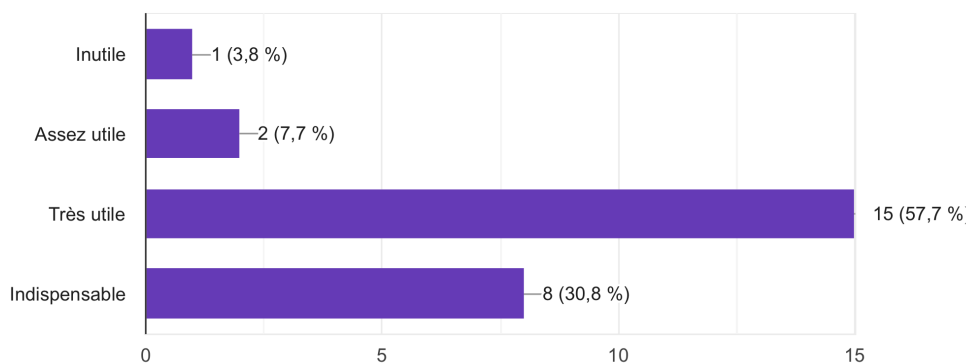


Figure 26 : Appréciation de l'utilité de la demi-journée de formation théorique

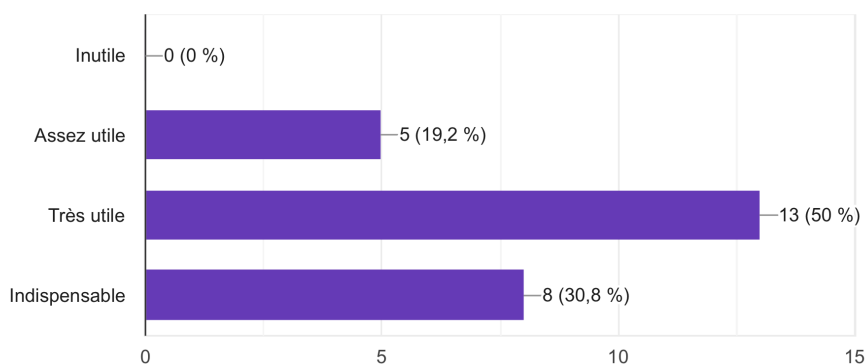


Figure 27 : note globale attribuée à cette formation sur 10

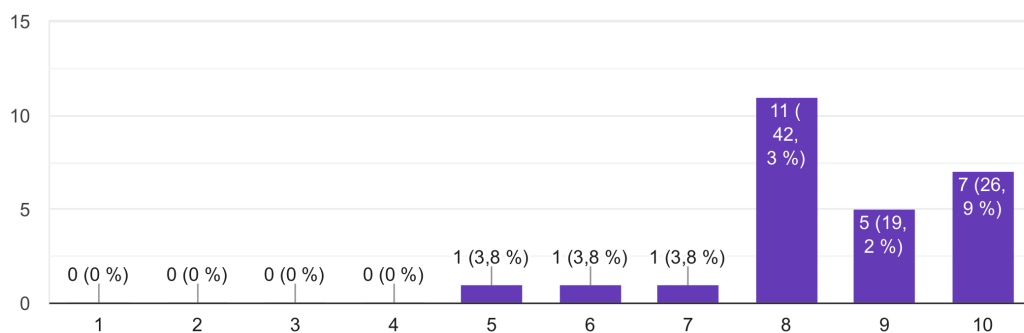


Figure 28 : Recommanderiez-vous cette formation à un ami

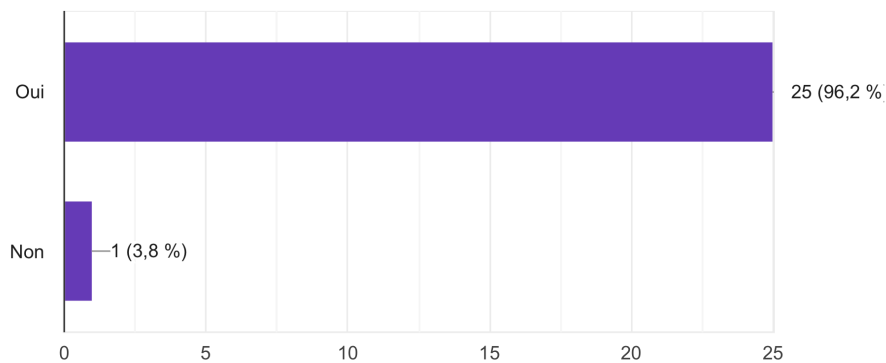


Figure 29 : Évaluation de l'utilité de savoir rédiger un certificat de soins sans consentement pour votre pratique professionnelle

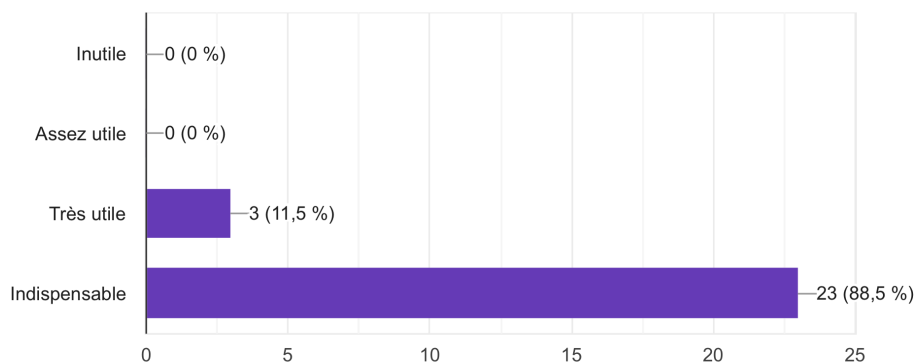
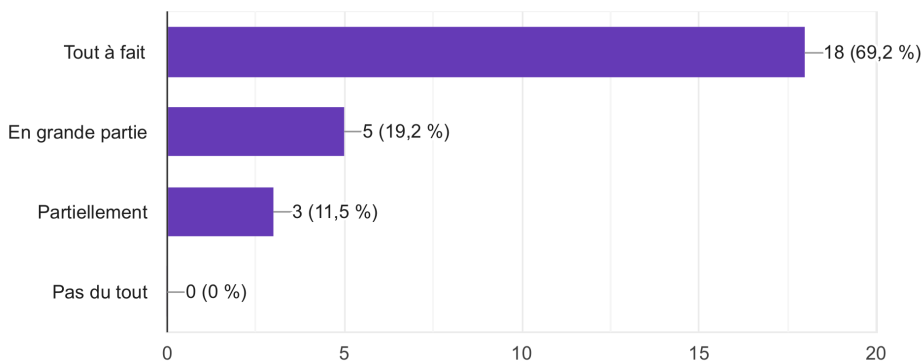


Figure 30 : Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?



### 3.3 Commentaires des JLD

Les JLD ont apporté des commentaires libres sur les certificats.

Pour le pré-test, un seul certificat apportait la mention du refus de soin par la patiente.

La plupart des certificats étaient trop laconiques. Leur motivation était souvent mise en cause par l'usage d'une formulation conditionnelle ou dubitative (par exemple « il semble »).

Pour le post-test, les constatations médicales étaient plus détaillées, par des illustrations et contextualisations. Certaines conditions de l'hospitalisation sous contrainte en péril imminent étaient peu caractérisées (impossibilité de consentir aux soins, absence de tiers). L'existence d'un péril imminent n'étaient caractérisée que pour deux certificats.

Pour le post-test tardif, les magistrats relevaient qu'ils étaient d'une qualité bien supérieure aux précédents, et à ceux qu'ils examinent habituellement.

## 4 Discussion

### 4.1 Limites

Il est surprenant que les expériences et formations antérieures n'aient pas eu d'effet significatif sur la qualité des certificats. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette observation.

D'abord, la population n'était peut-être pas suffisamment grande pour obtenir un effet significatif, d'autant que quatre étudiants n'ont pas répondu à cette question. Ensuite, la formation en question suivie par les étudiants concerne les certificats médicaux de manière générale. Les certificats médicaux de soins psychiatriques sans consentement y sont donc abordés succinctement, alors que leur rédaction nécessite non seulement des connaissances sur la forme à respecter, mais aussi la capacité de repérer des troubles mentaux, de les décrire de façon suffisamment précise, d'expliquer en quoi ils nécessitent des soins sans consentement, et de préciser sous quelle forme.

Enfin, les expériences de stage en psychiatrie concernaient le deuxième cycle des études médicales. Les étudiants sont alors en grande partie observateurs et ne sont pas amenés à rédiger des certificats.

Peu de certificats remplissent tous les critères de forme, même après la formation. Cela peut être expliqué par le fait que la difficulté des tests pour les étudiants résidait d'abord dans la rédaction de la description clinique. Nous n'avions pas insisté sur l'importance de remplir tous les champs du certificat. Nous n'avions d'ailleurs pas précisé la date de naissance des patients ni le lieu de l'entretien vidéo.

Un étudiant est insatisfait de la formation, sa principale remarque étant que les notions de compétences relationnelles abordées lors de cette formation sont superflues, car



déjà acquises en fin de DES. Il nous semble au contraire que ces compétences non-techniques ne sauraient être assez développées. De nombreux patients se plaignent du manque d'humanité des médecins, et il est souvent reproché à la formation médicale en France d'enseigner la médecine sans enseigner la façon d'être médecin (39–41). Ces compétences ne sont pas seulement instinctives et nécessitent un apprentissage. C'est un des axes de formation prioritaire choisis par la faculté de médecine de Nancy dans le cadre de la réforme du deuxième cycle. L'utilisation de la simulation avec un patient standardisé se développe de plus en plus sur ces thématiques, y compris dans notre faculté (42).

En ce qui concerne le post-test, nous avons été d'abord surpris que les étudiants nous interrogent sur l'existence d'un péril imminent pour ce patient. Lors de la rédaction du scénario, ce péril imminent nous semblait caractérisé par l'isolement social de ce patient sans domicile fixe, conséquence d'une errance pathologique de plusieurs mois. Le questionnement des étudiants peut être lié au fait que la formation théorique enseignait d'utiliser les SPPI avec prudence. Nous avons insisté sur ce point en raison de la problématique de l'usage abusif du SPPI. En effet, cette mesure a été créée en 2011 pour permettre la prise en charge des patients isolés, en l'absence de tiers joignable. Elle tend cependant à être utilisée de façon abusive pour éviter de rechercher un tiers, ou lorsque un tiers hésite à demander les soins au risque que cela nuise à sa relation avec le patient (26). Nous avons précisé par mail notre raisonnement auprès des étudiants nous ayant posé la question.

La qualité des certificats du post-test tardif, observée par les magistrats, peut être liée au fait que les étudiants ayant répondu soient les plus appliqués. Cela pourrait aussi être lié à la nature du scénario. Les mesures décidées par le représentant de l'état ont des caractéristiques différentes des autres en ce qui concerne la symptomatologie

psychiatrique (43). Il est possible que les certificats de SPDRE soient moins détaillés que pour les autres mesures de façon générale.

## 4.2 Perspectives

### 4.2.1 Contenu de la formation

Nous pourrions insister davantage sur insister sur la nécessité de caractériser les critères d'admission. En effet, nous avons observé que la régularité générale des certificats s'améliore et que la description clinique, en particulier, est plus fournie et mieux illustrée, indiquant que la capacité des étudiants à repérer les troubles mentaux et à les décrire est améliorée. En revanche, il persiste des difficultés pour préciser explicitement ce en quoi ces troubles nécessitent des soins sans consentement.

### 4.2.2 Former un plus grand nombre d'étudiants

Nous avons vu que la grande majorité des étudiants sont demandeurs d'une formation sur ce thème. Cependant, sous la forme présentée ici, l'EMBS ne peut être proposé qu'à des groupes de petite taille. Pour proposer une formation à plus grande échelle, nous pourrions élaborer une formation reposant sur le visionnage des entretiens psychiatriques simulés, suivi d'une correction dynamique des certificats proposés. Cette formation pourrait être diffusée à un grand nombre d'étudiants, et elle est aussi une méthode d'apprentissage actif (44). Elle permettrait la mise en pratique des connaissances et pourrait entraîner efficacement les étudiants à repérer et décrire des troubles psychiatriques. Reste la question de la correction du certificat proposé, qu'on pourrait imaginer en grand groupe, même si cela perdrait en interactivité, et probablement en qualité de l'apprentissage pour l'ensemble du groupe.

### 4.2.3 Coût de la formation

Cette formation nécessite des enseignants formés en psychiatrie, formés à la simulation, formés en médecine légale, ainsi que l'intervention d'un acteur formé à l'EMBS. Elle nécessite une infrastructure adaptée, comme celle du CUESim. Elle nécessite enfin des étudiants disponibles pendant deux demi-journées. Nous n'avons cependant pas pu évaluer précisément son coût.

Il pourrait être intéressant de mettre le coût de cette formation en perspective avec le coût que représente la mainlevée d'une mesure de soins, à la suite d'un certificat irrégulier. Cette mainlevée, ordonnée avant la guérison, peut entraîner une rupture thérapeutique et donc l'aggravation des troubles du patient, avant la réalisation d'une nouvelle mesure de soins sans consentement.

### 4.2.4 Autres pistes d'amélioration de la formation des médecins généralistes

Il pourrait être utile de repenser la place du stage en psychiatrie dans le DES de médecine générale. Alors que les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge de nombreuses pathologies psychiatriques, il existe peu de postes de stage en psychiatrie, et il n'est pas obligatoire d'en réaliser un. Les étudiants en médecine générale qui les choisissent sont souvent affectés aux soins somatiques. Ils ne sont pas amenés à réaliser des entretiens psychiatriques ni à rédiger des certificats médicaux. Ces stages de mise en pratique permettraient pourtant au futur praticien de mieux connaître les indications de soins sous contrainte, mais aussi plus généralement les pathologies psychiatriques, les conduites à tenir pour les situations d'urgence, la gestion des psychotropes, les situations nécessitant une prise en charge spécialisée, la filière de soin...

Il pourrait être utile de proposer, au sein même du département de médecine générale, une formation dédiée à la gestion de l'agressivité, comme il en existe actuellement (45). En effet, plusieurs étudiants suggéraient que la simulation concerne un patient agressif et ils pourront être confrontés à ces situations en cabinet libéral (46). Il ne nous semble pas opportun de modifier la situation clinique de la simulation, car la situation de crise suicidaire est particulièrement adaptée pour l'apprentissage des indications de soins sans consentement, et l'agitation n'est pas spécifique aux troubles mentaux.

#### 4.2.5 Poursuite de l'étude

Cette étude, pilote, pourrait être suivie d'études similaires, avec une méthodologie comparable. La présence d'un échantillon plus large permettrait d'améliorer la significativité statistique des résultats, et d'évaluer l'impact que pourrait avoir la généralisation de ce type de formation sur le nombre de mainlevées en France.

Dans ces études, il serait intéressant de faire évaluer ces certificats par un avocat habitué à cet exercice. En effet, c'est lui qui soulève durant l'audience les irrégularités de la procédure ou des certificats.

## 5 Conclusion

La réalisation de cette étude nous a intéressés à plus d'un titre. Les disciplines abordées sont multiples, enseignement, psychiatrie, médecine générale, médecine légale.

Parmi toutes les spécialités médicales, la formation en médecine générale est peut-être la plus exigeante, par son ambition holistique de prendre en charge les aspects physiques, psychologiques, sociaux, culturels et existentiels (47).

Ainsi élaborer cette formation pour des médecins généralistes a été particulièrement motivant, joignant les satisfactions d'une action pédagogique et l'intérêt d'une contribution à une meilleure collaboration interdisciplinaire avec nos confrères.

Nous avons bénéficié d'échanges riches et fructueux avec les juges des libertés et de la détention. Leur travail nous est peu présenté au cours de nos études de médecine, alors que leur intervention est essentielle à la prise en charge de nos patients. Leurs audiences sont publiques et y assister permet non seulement de mieux comprendre le travail du magistrat, mais aussi de mieux apaiser l'éventuelle appréhension du patient qui rencontrera un juge pour la première fois. C'est l'intérêt du patient que les acteurs qui le prennent en charge collaborent harmonieusement.

## 6 Références bibliographiques

1. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 2011.
2. Depardon R. 12 jours. 2017.
3. Quéтел C. La loi de 1838 sur les aliénés. In: Histoire de la folie [Internet]. Paris: Tallandier; 2012. p. 275-94. (Texte). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la-folie--9782847349276-p-275.htm>
4. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
5. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
6. Code de la santé publique - Article L3212-1. Code de la santé publique.
7. Code de la santé publique - Article L3212-3. Code de la santé publique.
8. Haute Autorité de Santé - Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux)
9. Code de la santé publique - Article L3213-1. Code de la santé publique.
10. Masson E. Sémiologie du consentement [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/962759/semiologie-du-consentement>
11. Constitution du 4 octobre 1958 - Article 66.
12. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. avr 2012;170(3):211-5.
13. Callu M-F. Le juge des libertés et de la détention : un garant juridique et éthique en psychiatrie. Éthique & Santé. 1 déc 2016;13(4):215-8.
14. 2019-06-12 (artj) 7 000 mainlevées judiciaires d'hospitalisations sans consentement en 2018 et en 2017 - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/2019-06-12-artj-7-000-mainlevees-judiciaires-d-hospitalisations-sans-consentement-en-2018-et-en-2017>
15. Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 [Internet]. Questions d'économie de la santé. 2017. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>
16. Grandfils R. Soins contraints : un premier bilan statistique dérangeant ? J'essaime. Pour une autre Justice. nov 2012;24:8-14.
17. 2014-03-21 (artj) Hospimedia : Les hospitalisations sans consentement faisant l'objet d'une mainlevée sont en hausse en 2013 - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/2014-03-21-artj-Hospimedia-Les-hospitalisations-sans-consentement-faisant-l-objet-d-une-mainlevee-sont-en-hausse-en-2013>
18. Beaucoup de zones d'ombre demeurent sur les programmes de soins sans consentement • HOSPI MEDIA [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20190611-psychiatrie-beaucoup-de-zones-d-ombre-demeurent-sur>
19. Legohérel D. Étude sur les soins psychiatriques sans consentement [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/IMG/pdf/2014-12-31-etude-sur-les-soins-sans->

20. Horn M, Frasca J, Amad A, Vaiva G, Thomas P, Fovet T. Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. juill 2018;S0013700618300885.
21. Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement: Étude des motifs de mainlevées de 117 mesures = Involuntary psychiatric admission: A study about release motives for 117 involuntary psychiatric admissions. *Annales Médico-Psychologiques*. oct 2017;175(8):679-84.
22. N° 4486 - Rapport d'information de MM. Denys Robiliard et Denis Jacquat déposé en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
23. Godet T, Niveau G. Admission en soins psychiatriques sans consentement : place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial. *La Revue de Médecine Légale*. mai 2019;10(2):50-6.
24. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encephale*. 1 janv 2009;35(6):560-9.
25. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
26. Berly A, Manaouil C. Mise au point: Les soins sans consentement en psychiatrie : rédaction du certificat initial. *La Presse Médicale*. 1 avr 2018;47(Part 1):384-98.
27. Haute Autorité de Santé - Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement - Note de cadrage [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2023149/fr/protocoles-pour-la-redaction-des-certificats-dans-le-cadre-des-soins-sans-consentement-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2023149/fr/protocoles-pour-la-redaction-des-certificats-dans-le-cadre-des-soins-sans-consentement-note-de-cadrage)
28. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. *Annales médico-psychologiques*. 1 janv 2018;176(1):48-54.
29. Rolland B, Fovet T, Poissy J, Eichholtzer C, Lesage M, Thomas P, et al. Evaluation by undergraduate medical students of a role-playing training program on the management of acute states of agitation. *L'Encéphale*. 1 avr 2018;44(2):101-5.
30. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Acad Med*. août 2003;78(8):783-8.
31. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mt Sinai J Med*. août 2009;76(4):330-43.
32. Guyomar L, Lombardo P. L'apprentissage par simulation et professionnalisation. *Soins Cadres*. déc 2018;27(108):S18-20.
33. Mery J, Horrach P, Pham-Dinh Loux C. Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé. 2017.; 2017.
34. Pham-Dinh Loux C. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. *Eléments de littérature et étude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence*. 2015;135.
35. Price A, Wieman C, Perkins K. TEACHING WITH SIMULATIONS: Teachers use simulations for student motivation, content learning, and engagement in science practices. *The Science Teacher*. 2019;(7):46.
36. Auman C. Using Simulation Games to Increase Student and Instructor Engagement. *College Teaching*. 1 oct 2011;59(4):154-61.

37. Raemer D, Anderson M, Cheng A, Fanning R, Nadkarni V, Savoldelli G. Research Regarding Debriefing as Part of the Learning Process. *Simulation in Healthcare*. août 2011;6(7):S52.
38. Savoldelli GL, Naik VN, Park J, Joo HS, Chow R, Hamstra SJ. Value of Debriefing during Simulated Crisis Management Oral versus Video-assisted Oral Feedback. *Anesthes*. 1 août 2006;105(2):279-85.
39. Winckler M. *Les Brutes en blanc*. Flammarion; 2016.
40. Seznec J-C, Rohant S. *Médecine en danger*. 2016.
41. Beaulieu B. *Alors voilà - Les 1001 vies des urgences*. 2015.
42. Bourgeois G. LA FORMATION DES ETUDIANTS EN MEDECINE A LA PSYCHOLOGIE MEDICALE : UNE EXPERIENCE NANCEIENNE UTILISANT LA SIMULATION. :101.
43. Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré J-B, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement: Suivi à deux mois de 510 cas = Involuntary commitment for the mentally ill: Two months' follow-up of 510 cases. *Annales Médico-Psychologiques*. mars 2018;176(3):249-55.
44. Bromley P. Active Learning Strategies for Diverse Learning Styles: Simulations Are Only One Method. *PS: Political Science and Politics*. 2013;46(4):818-22.
45. Boyer R, Guay S, Goncalves J. La formation Oméga, ça marche ! :3.
46. Clinet M-L, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens. *La Presse Médicale*. 1 nov 2015;44(11):e321-9.
47. SAMDARRA O. L'ambition holistique de la médecine générale [Internet]. Site Internet du ORSPERE SAMDARRA. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n22-la-medecine-generale-a-corps-et-a-cris/lambition-holistique-de-la-medecine-generale-1815.html>



## 7 Annexes

### 7.1 Annexe 1 – Scénario pré-test (SPDT)

<b>Contextualisation</b>	Rédacteur	Pierre Balaesque, Caroline Pham-Dinh, Pierre Horrach	
	Mail	<a href="mailto:formationspdt@gmail.com">formationspdt@gmail.com</a>	
	Public cible	Étudiants en DES de médecine générale	
<b>Objectifs pédagogiques</b>	<b>Rédaction d'un certificat de SPDT</b>		
	Décrire le trouble psychiatrique		
	Caractériser la nécessité de soins psychiatriques immédiats		
	Caractériser l'impossibilité de consentir aux soins		
<b>Ressources</b>	Matériel	Vignette clinique vidéo : entretien entre le patient (acteur) et le psychiatre. Durée 6min	
<b>Déroulement de session</b>	Nom du Patient	Mme Marina Block	
	<b>Résumé complet du scénario</b>		
	Exposé (contexte, histoire clinique, anamnèse, ATCD) : individualisé, commun	Vous êtes remplaçant en cabinet. Vous recevez Mme Block, et vous décidez de joindre son conjoint pour envisager une mesure de SPDT. Vous rédigez un certificat en ce sens.	
	ATCD médicaux	aucun	
	ATCD psy personnels	Schizophrénie paranoïde sous Risperdal Consta. Plusieurs hospitalisations	
	ATCD psy familiaux	Inconnus	
	Biographie	Vit en couple avec Bob, son compagnon.	
	Attitude	Patiente désorganisée, visage et gestuelle figés. Quelques mouvements stéréotypiques. Elle n'est pas agressive mais peut crier facilement. Elle s'oppose aux soins psychiatriques.	
	Histoire récente	Elle n'a pas respecté sa dernière injection de Risperdal Consta. Apparition progressives d'hallucinations auditives et conviction délirante	
	Délire	Conviction délirante de filiation, de mécanisme imaginatif et hallucinatoire auditif en réseau, avec forte participation affective congruente à l'humeur. Marina pense être enceinte de jumeaux sauveurs de l'humanité et a vu une dizaine de gynécologues ces derniers jours. Elle dit être l'élue.	
	Consentement aux soins	Instable, imprévisibilité du comportement et troubles du jugement en lien avec son délire. S'oppose aux soins.	
	recherche de tiers	Bob, le compagnon, est demandeur	
	Déroulé de session	Visualisation de la vidéo et rédaction du certificat.	
	Post session	Certificat type rédigé par les formateurs et transmis aux étudiants après leur participation à l'exercice	

## 7.2 Annexe 2 – Scénario post-test (SPPI)

<b>Contextualisation</b>	Rédacteur	Pierre Balaesque, Caroline Pham-Dinh, Pierre Horrach
	Mail	<a href="mailto:formationspdt@gmail.com">formationspdt@gmail.com</a>
	Public cible	Étudiants en DES de médecine générale
<b>Objectifs pédagogiques</b>	<b>Rédaction d'un certificat de SPPI</b>	
	Décrire le trouble psychiatrique	
	Caractériser la nécessité de soins psychiatriques immédiats	
	Caractériser l'impossibilité de consentir aux soins	
	Caractériser l'impossibilité de joindre un tiers	
	Caractériser l'existence d'un péril imminent	
<b>Ressources</b>	Matériel	Vignette clinique vidéo : entretien entre le patient (acteur) et le psychiatre. Durée 6min
<b>Déroulement de session</b>	Nom du Patient	M. Gaël Rackham
	<b>Résumé complet du scénario</b>	
	Exposé (contexte, histoire clinique, anamnèse, ATCD) : individualisé, commun	Vous prenez en charge un patient qui vient d'être amené aux urgences par les pompiers en raison d'un comportement étrange. Il était immobile devant la caserne et dit être en danger. L'examen somatique, les examens complémentaires, sont normaux. Sur la base de la vidéo de l'entretien avec le psychiatre, vous décidez de rédiger un certificat de SPPI.
	ATCD médicaux	aucun
	ATCD psy personnels	Hospitalisation en 2017 à Bordeaux pour décompensation psychotique avec délire paranoïaque.
	ATCD psy familiaux	Inconnus
	Biographie	A un fils de 5 ans, toute sa famille est à Brest. En instance de divorce. Sans emploi. Sans domicile. Errance pathologique depuis plus de 2 ans.
	Présentation clinique	Tension psychique, anxiété voire hypervigilance, sans agitation motrice.
	Attitude	Plutôt compliant, il est résigné à ce que les médecins ne le croient pas. Un peu apaisé d'être à l'Hôpital, il reste tout de même inquiet que son agresseur puisse le rattraper aux urgences.
	Histoire récente	Amené par les pompiers aux urgences, il se tenait debout devant l'entrée du commissariat depuis plusieurs heures et s'apprêtait à y passer la nuit.
	Délire	Paranoïaque, en secteur, Interprétatif et imaginatif. Également délire de référence. Convaincu d'être menacé par une personne qu'il a insulté dans un contexte d'intoxication au cannabis, il y a quelques années, et ce malgré ses excuses et la réassurance du persécuteur. Déjà hospitalisé pour ce motif en 2017, rupture thérapeutique dès la sortie d'hospitalisation et voyage pathologique pour échapper au persécuteur.

		Errance depuis, isolement social, sans domicile, dort devant les caméras de sécurité pour se protéger.
	Consentement aux soins	Instable, imprévisibilité du comportement et troubles du jugement en lien avec son délire
	Danger imminent	Errance pathologique
	recherche de tiers	Pas de tiers joignable, la famille étant à Brest
	Déroulé de session	Visualisation de la vidéo et rédaction du certificat.
	Post session	Certificat type rédigé par les formateurs et transmis aux étudiants après leur participation à l'exercice

### 7.3 Annexe 3 – Scénario post-test tardif (SPDRE)

<b>Contextualisation</b>	Rédacteur	Pierre Balaesque, Caroline Pham-Dinh, Pierre Horrach	
	Mail	<a href="mailto:formationspdt@gmail.com">formationspdt@gmail.com</a>	
	Public cible	Étudiants en DES de médecine générale	
<b>Objectifs pédagogiques</b>	<b>Rédaction d'un certificat de SPDRE</b>		
	Décrire le trouble psychiatrique		
	Caractériser la nécessité de soins psychiatriques immédiats		
	Caractériser l'impossibilité de consentir aux soins		
	Caractériser que les troubles compromettent la sûreté des personnes		
<b>Ressources</b>	Matériel	Vignette clinique vidéo : entretien entre le patient (acteur) et le psychiatre. Durée environ 5 min.	
<b>Déroulement de session</b>	Nom du Patient	Jason Untel	
	<b>Résumé complet du scénario</b>		
	Exposé (contexte, histoire clinique, anamnèse, ATCD) : individualisé, commun	Vous rencontrez M. Untel au domicile de sa mère. Vous étiez venu voir sa mère diabétique pour un suivi médical. À votre arrivée, les pompiers sont présents, et la police est en route. En effet M. Untel a mis le feu au local poubelle de l'immeuble. Vous l'aviez vu plus jeune mais ne l'avez pas suivi depuis.	
	ATCD médicaux	Aucun	
	ATCD psy personnels	Aucun	
	ATCD psy familiaux	Aucun	
	Biographie	Vit chez sa mère. A peu d'activités, mais depuis quelques temps sa mère le trouve changé, plus irritable et méfiant, avec des idées bizarres.	
	Présentation clinique	Tension psychique, semble perdu dans ses pensées.	
	Attitude	Assis sur une chaise, pas hostile au médecin mais s'agite durant l'entretien.	
	Histoire récente	Il a mis le feu ce jour au local poubelle, prétextant que les voisins y avaient mis des cafards pour l'espionner.	
	Délire	Délire à thèmes de persécution, mystique et mégalomanie, de mécanismes hallucinatoire auditif et interprétatif. Il est convaincu de façon pathologique qu'il est espionné par ses voisins (haut-parleurs, cafards) et prévoit de les purifier par le feu. Il n'est accessible à aucune critique, adhère complètement au délire et n'a pas conscience de la gravité de ses troubles.	
	Dangerosité	Passage à l'acte hétéro-agressif planifié à court terme contre ses voisins.	

	Consentement aux soins	Troubles du jugement majeurs. Refuse les soins.
	Recherche de tiers	La mère est opposée à toute forme de soins
	Déroulé de session	Visualisation de la vidéo et rédaction du certificat.
	Post session	Certificat type rédigé par les formateurs et transmis aux étudiants après leur participation à l'exercice



---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

*But de l'étude* : Évaluer l'efficacité d'une formation incluant la simulation à la rédaction de certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement, à destination des étudiants en médecine générale.

*Matériels et méthodes* : en 2019, nous avons formé des étudiants inscrits en diplôme d'études spécialisées de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy en associant théorie et simulation. Nous les avons testés juste avant, juste après et deux mois après la formation. Après avoir visionné la vidéo d'un entretien psychiatrique simulé, ils devaient rédiger un certificat médical d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Ces certificats étaient évalués par des Juges des libertés et de la détention (JLD).

*Résultats* : 28 étudiants ont participé à l'étude. Leurs certificats se sont significativement améliorés après la formation, de façon stable dans le temps. Les formations ou expériences antérieures en psychiatrie n'ont pas eu d'incidence significative sur les résultats. La régularité des certificats était liée à la précision de la description clinique. La participation active des étudiants était associée à une amélioration de leur sentiment de compétence.

*Conclusion* : L'association de la théorie et la simulation est efficace pour former les étudiants en médecine générale à la rédaction des certificats médicaux d'admission en soins psychiatriques sans consentement. La coordination entre JLD et médecins permettrait d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux.

---

## TITRE EN ANGLAIS

Assess the effectiveness of a training including simulation in the writing of initial medical certificates of psychiatric care without consent, Pilot study with 28 general medical students of the Medicine Faculty of Nancy.

---

## THÈSE DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE – PSYCHIATRIE – ANNÉE 2019

---

**MOTS-CLÉS** : certificats médicaux, enseignement, formation médicale, simulation en santé, psychiatrie, médecine générale, France

---

## INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
Faculté de médecine de Nancy  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

---