



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**MEDECINS GENERALISTES ET SOINS PSYCHIATRIQUES SOUS
CONTRAINTE : DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PRATICIENS
POUR INITIER CES MESURES**

Etude descriptive réalisée auprès de 165 médecins du Sud Réunion

Présentée et soutenue publiquement le 14 février 2013

Au pôle Recherche de la Faculté

Par Natacha BONNECHERE

Jury

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Renaud JARDRI

Madame le Docteur Betty CIUPA

Directeur de thèse : Madame le Docteur Karine GOSSELIN

Table des matières

1. PREAMBULE.....	12
1.1 ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS.....	12
1.2 PLACE DE LA SANTE MENTALE.....	14
1.2.1 <i>Au sein du système de santé, dans le monde et en France</i>	14
1.2.2 <i>En médecine générale</i>	15
2. INTRODUCTION	17
2.1 LA CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE.....	17
2.1.1 <i>L'urgence psychiatrique</i>	17
2.1.2 <i>Les soins sous contrainte</i>	18
2.2 PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LES SOINS SOUS CONTRAINTE.....	21
2.3 ENQUETE PRELIMINAIRE.....	23
2.4 OBJECTIFS.....	25
2.5 HYPOTHESES.....	25
3. MATERIELS ET METHODES	26
3.1. TYPE D'ETUDE	26
3.2. POPULATION	26
3.3. METHODES.....	27
3.3.1 <i>Recueil de données</i>	27
3.3.2 <i>Analyse statistique</i>	28
4. RESULTATS.....	29
4.1 POPULATION ETUDIEE.....	29
4.2. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	30

4.3 FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES EN PSYCHIATRIE.....	36
4.3.1 Généralités.....	36
4.3.2 Stage pendant les études médicales.....	39
4.3.3 Formation médicale continue.....	39
4.3.4 Connaissance de la contrainte en psychiatrie.....	40
5. DISCUSSION.....	41
5.1 RESULTATS PRINCIPAUX ET IMPLICATIONS.....	41
5.1.1 De l'analyse statistique.....	41
5.1.1.1 La répartition par sexe.....	41
5.1.1.2 La répartition par mode d'exercice.....	41
5.1.1.3 La répartition par ancienneté d'installation.....	41
5.1.2 Le médecin généraliste et la contrainte en psychiatrie.....	42
5.1.2.1 Leurs difficultés.....	42
5.1.2.2 Leur formation.....	47
5.2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	52
5.2.1 L'intérêt de l'étude.....	52
5.2.2 Les limites de l'étude.....	53
5.2.2.1 Une spécificité réunionnaise ?.....	53
5.2.2.2 Les biais.....	53
5.3 PERSPECTIVES D'AVENIR.....	54
6. CONCLUSION.....	56
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
8. ANNEXE 1.....	68
9. LEXIQUE.....	70

1. PREAMBULE

1.1 Rôle du médecin généraliste dans le système de santé français

Devenue une spécialité depuis quelques années [1], la médecine générale conserve néanmoins une position particulière au sein de notre système de santé. Longtemps négligé par la profession, le médecin généraliste se place aujourd'hui comme un acteur incontournable dans le parcours de soin du patient. Grâce à l'instauration du médecin traitant en 2004 [2], ce sentiment de considération et d'importance s'est trouvé renforcé. Le médecin traitant, généralement médecin généraliste, devient officiellement le pivot de la coordination des soins. Il est chargé de faire le lien avec les autres spécialités. Longtemps cantonné au seul rôle d'orienter les patients, ses attributions sont donc maintenant plus nombreuses.

Seule la consultation de quelques spécialistes, sans orientation préalable par le médecin traitant, est remboursée normalement par la sécurité sociale. C'est le cas pour la gynécologie ou l'ophtalmologie mais uniquement pour la réalisation d'actes précis. Il en est de même pour la consultation avec un psychiatre qui est possible sans passer par le médecin traitant entre 16 et 25 ans. Après 25 ans, et pour la première consultation, le remboursement à un taux maximal de la consultation n'est réalisé que si c'est le médecin traitant qui oriente le patient vers ce spécialiste [3].

Dans son traité de 2002, l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes/Médecins de Famille précise les caractéristiques de la discipline Médecine Générale et énumère les compétences de ceux qui l'exercent [4]. Le médecin généraliste est ainsi défini comme le spécialiste des soins primaires, point d'entrée du patient dans le réseau de soins. En première ligne, il est l'interlocuteur privilégié pour l'ensemble des problèmes de santé quelle que soit la spécialité. Son rôle est donc essentiel. Il oriente les patients, coordonne

les soins, assure le suivi et la continuité de la prise en charge. Il participe à la prévention et au dépistage des maladies. Il joue également un rôle dans l'éducation à la santé des patients.

Selon les données fournies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2011, les 67 843 médecins généralistes libéraux recensés constituent, dans le monde médical, la spécialité la plus représentée sur le territoire. Leur densité est de 109 médecins pour 100 000 habitants [5].

Une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) rapporte que plus de 99% de la population habitent à moins de 15 minutes de trajet d'un cabinet de médecine générale [6]. La proximité et l'accessibilité du médecin généraliste sont donc bien réelles et incitent les patients à venir le rencontrer. On se confie volontiers à lui. En bon «médecin de famille», son rôle dépasse la simple expertise médicale. Son approche centrée sur la personne, incluant la dimension bio psycho sociale et culturelle, lui permet de l'évaluer dans sa globalité [4] et d'adapter la prise en charge à chaque situation personnelle.

Admis dans l'intimité des gens lors de ses visites à domicile, il est le mieux placé pour appréhender les enjeux liés à la maladie et à la santé en général qui se jouent au sein des familles.

Ce rôle complexe semble apprécié des patients. Ainsi, lors d'une enquête BVA réalisée pour l'Académie Nationale de Médecine en 2008, le médecin généraliste est décrit par la population générale comme « disponible, proche des gens et à l'écoute ». Plus de 9 personnes interrogées sur 10 ont une opinion favorable à son sujet [7].

Sa position centrale dans le réseau de soins et sa bonne connaissance du patient et de son environnement lui permettent donc d'occuper une place prépondérante dans notre système de santé.

1.2 Place de la Santé Mentale

1.2.1 Au sein du système de santé, dans le monde et en France

Au cours de sa soixante-cinquième session, en mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA 65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux et a demandé à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'élaborer un plan d'action global sur la santé mentale [8].

Le constat est fait : le poids de la maladie mentale dans le monde est considérable. Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en terme de prévalence et sont responsables de plus d'un quart des invalidités [9].

Cet enjeu de santé majeur devient un enjeu politique important. Différentes campagnes et pistes de réflexion ont été lancées afin de sensibiliser l'opinion publique à la Santé Mentale [10,11]. C'est notamment l'objectif de la journée mondiale de la Santé Mentale qui a lieu tous les ans, le 10 octobre, depuis 1992 [12]. En 2009, le thème de cette journée était la promotion de la santé mentale au sein de la population générale [13].

Une vaste étude épidémiologique européenne des troubles mentaux nommée ESEMeD a été réalisée de 2001 à 2003 sous l'égide de l'OMS [14]. Il s'agit d'une enquête transversale en population générale réalisée dans six pays européens et s'intéressant à des sujets âgés de plus de 18 ans, non institutionnalisés et ayant un domicile fixe. Un échantillon représentatif de la population a été sélectionné par tirage au sort. Ces sujets ont reçu à leur domicile des enquêteurs de l'institut IPSOS chargés de recueillir les données de l'enquête. Grâce à une technique d'interview assistée par ordinateur et à partir d'un outil permettant un entretien diagnostique structuré spécifiquement élaboré pour l'occasion (WMH-CIDI), les enquêteurs ont pu poser les diagnostics de troubles psychiatriques selon les critères du DSM-IV. 2894 sujets ont été inclus en France métropolitaine avec un taux de participation de 45,9%. Les résultats montrent que plus

d'un tiers des personnes (38%) a présenté au moins un diagnostic d'un trouble mental dans sa vie. Ce sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs qui sont les plus fréquents (respectivement 22% et 21%) puis les troubles de l'impulsion et les troubles des substances (respectivement 8 et 7%). Parmi les troubles de l'anxiété, la phobie spécifique est le trouble le plus rencontré (11%) suivi de l'anxiété généralisée (5%) et de la phobie sociale (4%). La prévalence de l'abus d'alcool est de 7%.

1.2.2 En médecine générale

Devant cette grande prévalence des troubles psychiques dans la population générale, il paraît logique que les médecins généralistes soient régulièrement confrontés à la pathologie mentale lors de leur exercice professionnel. En 2010, le centre collaborateur de l'OMS a réalisé une enquête nationale afin d'évaluer la place de la santé mentale en médecine générale. Des questionnaires ont été envoyés aux médecins généralistes par l'intermédiaire des secteurs de la psychiatrie publique. Les résultats montrent que les troubles psychiques représentent environ un tiers de l'activité d'un médecin généraliste [15].

A l'heure actuelle et malgré les efforts effectués pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation du malade et de la maladie mentale [16] grâce à des campagnes d'affichage et la distribution de livrets d'information [17], celle-ci souffre d'une image négative [18].

Selon une étude à grande échelle réalisée dans la population générale française en 2004 [19], les notions de «fou» et de «malade mental» sont majoritairement associées à des comportements violents et agressifs. Ces patients sont perçus comme relevant d'un traitement médicamenteux pour des maladies qui ne sont pas curables. La psychiatrie et

les malades présentant des troubles mentaux continuent donc d'effrayer les gens.

Les médecins généralistes semblent ne pas déroger à ce constat. Une enquête locale réalisée par le troisième secteur de psychiatrie adulte et le deuxième secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Meurthe-et-Moselle avec l'aide de l'École de Santé Publique de Nancy a été réalisée en 1997 [20]. L'objectif principal de cette étude était d'analyser la représentation qu'ont les médecins généralistes sur les services de santé mentale. Les médecins généralistes de trois villes de Meurthe-et-Moselle ont été rencontrés et interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire. Les résultats montrent que pour 8 médecins généralistes sur 10, la maladie mentale est liée à la dangerosité sans que l'étude précise si il s'agit d'une dangerosité pour le patient, les proches ou le médecin. La majorité d'entre eux déclare avoir une représentation négative du secteur psychiatrique aussi bien des structures de soins que des pratiques des psychiatres. De cette même enquête, il ressort que les médecins généralistes ont conscience du poids que représente la maladie mentale dans leur pratique quotidienne et du rôle primordial qu'ils ont à jouer notamment pour accompagner les patients dans les démarches de soins appropriées. Mais ce rôle paraît compliqué à tenir. Une étude qualitative s'intéressant à la consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale a été réalisée par le département de médecine générale de Paris Diderot en 2008 [21]. Des entretiens individuels ont été menés auprès de médecins généralistes de la banlieue parisienne et de la Haute-Normandie. Les médecins généralistes expliquent se retrouver confrontés à la peur des psychiatres et de la maladie mentale qu'expriment les patients. L'orientation vers le secteur spécialisé semble donc plus difficile que dans les autres spécialités.

2. INTRODUCTION

2.1 La contrainte en psychiatrie

2.1.1 L'urgence psychiatrique

Un groupe de travail de la commission des maladies mentales a proposé en 1991 une définition de l'urgence psychiatrique qui a été reprise dans la circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques [22] :

L'urgence psychiatrique est « une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin. Elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. »

L'urgence psychiatrique recouvre deux grandes catégories d'états pathologiques qui sont repris dans cette même circulaire du 30 juillet 1992 [22, 23] :

- l'urgence psychiatrique pure ou « psychiatrie en urgence » qui correspond à la décompensation d'une affection psychiatrique lourde telle que les psychoses, les troubles bipolaires et les troubles de la personnalité
- les états aigus transitoires ou « situation de crise » qui correspondent à un débordement d'apparence psychiatrique lié à un dysfonctionnement du contexte de vie du patient.

On peut ajouter à ces deux catégories les urgences psychiatriques mixtes qui regroupent les malades présentant des manifestations organiques et psychiatriques simultanées.

Quelle que soit la catégorie auquel le patient appartient, son état clinique peut amener le médecin qui le prend en charge à déclencher une procédure de soins psychiatriques sous contrainte afin de le protéger.

2.1.2 Les soins sous contrainte

La loi du 4 mars 2002 du code de la santé publique relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » [24].

En psychiatrie, il existe la possibilité d'admettre un patient qui le nécessite sous un mode spécifique de soins appelé « soins sous contrainte » c'est-à-dire sans obtenir le consentement de la personne malade.

Cette procédure est très clairement définie par le cadre légal. La loi 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 différencie trois modes d'hospitalisations sous contrainte [25] : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), l'hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence (HDTU) et l'hospitalisation d'office.

Le 05 juillet 2011, une nouvelle loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est promulguée [26]. Dans cette loi, le terme d'hospitalisation sous contrainte est remplacé par le terme plus global de soins sous contrainte. L'HDT est donc désormais appelée soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT). L'HDTU correspond aux soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU). L'hospitalisation d'office devient les soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat. Les démarches permettant le déclenchement de l'une de ces trois procédures de soins sous contrainte restent les mêmes malgré le changement de loi.

Par ailleurs, cette loi introduit un quatrième mode de soins sous contrainte : les soins psychiatriques en cas de péril imminent.

Notre étude, réalisée sur les deux années 2010 et 2011, couvre ce changement de loi.

Nous laissons volontairement de côté les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat et les soins psychiatriques en cas de péril imminent qui ne nécessitent pas de tiers et qui ne sont pas concernés par l'étude.

Il reste les deux modes de soins sous contrainte qui requièrent un tiers : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ex HDT) et les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (ex HDTU).

Une personne atteinte de troubles mentaux ne pouvait faire l'objet d'HDT et ne peut maintenant faire l'objet de SPDT que si ses troubles rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier [25,26].

Pour être conforme, l'admission d'un patient en HDT ou en SPDT nécessite la rédaction de deux certificats médicaux initiaux circonstanciés datant de moins de quinze jours associés à une demande manuscrite d'un tiers. Les certificats médicaux doivent être rédigés par deux médecins distincts, n'ayant aucun lien de parenté ni avec le directeur de l'hôpital d'accueil ni avec le patient. Le premier certificat ne peut en aucun cas être réalisé par un médecin de l'établissement d'accueil. Le tiers est défini comme toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Il peut s'agir d'un membre de sa famille ou une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande d'hospitalisation, à l'exclusion du personnel soignant dès lors qu'il exerce dans l'établissement d'accueil [25,26].

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence ne doivent être déclenchés qu'en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient. Cette procédure requiert un seul certificat médical initial qui peut être fait par un médecin de l'établissement d'accueil du patient, accompagné par la demande de tiers.

Le texte de loi du 05 juillet 2011 définit d'ailleurs de façon très précise l'admission des patients en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence:

« *Art. L. 3212-3.* – En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement [26]. »

Cet extrait du texte de loi montre l'exception qui doit être réservée au déclenchement des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence. En effet, cette mesure pose un problème éthique. Sur demande d'un tiers et sur la production d'un seul certificat médical initial, une personne peut se retrouver hospitalisée sans son consentement. Le non respect du caractère exceptionnel de cette mesure pourrait conduire à des placements sous contrainte « abusifs ».

Lorsque l'une de ces mesures de soins sous contrainte est mise en route, il y a obligation légale d'observer le patient en hospitalisation complète, c'est-à-dire dans un secteur fermé de psychiatrie, avant de pouvoir le laisser sortir si nécessaire avec la mise en place d'un programme de soins en ambulatoire [26]. L'admission en soins psychiatriques sous contrainte est donc une procédure lourde de conséquences puisqu'elle aboutit à une privation temporaire des libertés fondamentales d'une personne.

La procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers avec la production de deux certificats médicaux initiaux permet de conserver une sécurité pour le patient, une sorte de « garde-fou » empêchant la contrainte arbitraire. Si l'un des deux certificats médicaux initiaux ne retient pas l'indication d'une admission en soins sous contrainte alors la procédure est abandonnée [26].

2.2 Place du médecin généraliste dans les soins sous contrainte

Peu d'études ont été réalisées sur la place du médecin généraliste dans les soins psychiatriques sous contrainte. Pourtant, comme expliqué dans le préambule, le médecin généraliste est amené à jouer un rôle essentiel dans l'admission d'un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Sa bonne connaissance du malade et de son environnement familial est un atout décisif.

Deux travaux de recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale se sont intéressés aux médecins généralistes et aux soins psychiatriques sous contrainte.

Le premier travail, soutenu en 2010 à la faculté de médecine de Nantes par Stanislas Kowalski, s'intéressait plus particulièrement à la relation médecin-malade. Il cherchait à évaluer l'impact sur l'alliance thérapeutique d'une hospitalisation sous contrainte par le médecin traitant. Des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés afin de recueillir le ressenti du médecin généraliste sur l'évolution de cette relation après le placement sous contrainte du patient [27]. En premier lieu, ce travail met en évidence la difficulté qu'ont les médecins généralistes à s'exprimer sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. Il faut dire que relation médecin-malade est difficile, intersubjective mais indispensable aux soins. Elle représente le socle de la consultation médicale [28]. Basée sur une confiance réciproque, elle nécessite l'instauration d'un temps d'échange et de partage grâce à l'écoute et au dialogue entre les deux intervenants. Son caractère est fondamentalement inégalitaire entre un médecin détenteur du savoir et un malade en demande d'aide. Malgré cela, elle doit se construire autour d'un respect mutuel. Le bon fondement de cette relation conditionne la qualité des soins [29]. Le médecin doit s'efforcer d'associer et de faire adhérer le malade à sa prise en charge afin d'optimiser son observance à tous les niveaux. Cette adhésion est possible grâce à la négociation qui permet l'adéquation entre

les désirs et les limites des deux interlocuteurs. La relation médecin-malade qui se joue au sein d'un cabinet de médecine générale est tout à fait singulière. Cette singularité est liée à deux éléments essentiels. Tout d'abord, le libre choix du médecin par le patient. Au delà des compétences médicales, le patient met en avant les qualités relationnelles du médecin comme facteur de choix décisif [29]. Ensuite, la position centrale du médecin. Comme nous l'avons vu dans le préambule, son rôle dans le suivi des soins mais aussi en tant que coordinateur du parcours de santé lui permet d'avoir une vue d'ensemble du patient et de son environnement. Il est donc le mieux placé pour apprécier les besoins du patient et pour appréhender ses éventuelles craintes ou difficultés. Dans un second temps, lors des entretiens individuels, les médecins généralistes étaient réticents à parler de leur implication dans le placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. Ils expliquaient néanmoins que le déclenchement d'une procédure de contrainte s'effectuait dans un but de protection du patient ou de ses proches. Ils exprimaient un sentiment de solitude face à cette démarche qui renforçait le sentiment de crainte lié à la situation. Le troisième point soulevé par ce travail concernait l'influence sur les composantes de l'alliance thérapeutique que peut avoir l'hospitalisation sous contrainte d'un patient par son médecin traitant. Le lien peut être soit renforcé soit rompu.

Le deuxième travail de recherche, soutenu en 2010 à la faculté de Saint-Etienne par Bérangère Crespel [30], essayait de comprendre la place du médecin généraliste dans l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Il évaluait, à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes, les facteurs décisionnels incitant à déclencher une procédure d'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers par le médecin généraliste. Malheureusement, nous n'avons pu consulter que partiellement ce document dont les résultats semblaient peu concluants. Ils semblaient mettre en évidence la prépondérance des éléments médico légaux et des facteurs extérieurs dans la prise de décision sans

cependant en préciser la teneur.

2.3 Enquête préliminaire

Nous avons commencé par réaliser une enquête statistique préliminaire au sein du CHU Sud Réunion afin d'évaluer le nombre de patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence et préalablement adressés par leur médecin généraliste.

Nous avons effectué une étude rétrospective portant sur l'ensemble des personnes hospitalisées sous contrainte en HDT, SPDT, HDTU, SPDTU à l'issue de leur passage aux urgences après entretien avec le psychiatre. L'étude s'est portée sur deux années : 2010 et 2011.

Le département d'information médicale de l'hôpital a fourni la liste des numéros d'identifiant permanent des patients entrés en soins sous contrainte du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011. Un numéro d'identifiant permanent patient peut correspondre à plusieurs admissions en soins psychiatriques sous contrainte.

Selon le principe de non opposition, nous avons pu consulter les dossiers médicaux sans l'autorisation des patients. La recherche d'un avis contraire exprimé par écrit par les patients n'a été trouvé dans aucun dossier médical consulté.

Les critères d'exclusion sont les suivants:

- les patients entrés en soins psychiatriques libres et placés secondairement en HDT, SPDT, HDTU ou SPDTU
- les patients réintégrés en HDT, SPDT, HDTU ou SPDTU
- les patients admis en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat ou en cas de péril imminent.

A partir de cette liste, deux groupes ont été séparés : celui des patients entrés en HDT/SPDT et celui des patients entrés en HDTU/SPDTU. Parmi les patients de ce deuxième groupe, une vérification informatique puis papier a été effectuée afin de s'assurer de la présence ou non d'une lettre de médecin traitant adressant le patient aux urgences psychiatriques.

Le biais principal de cette étude est lié au mode de transport du patient vers la structure hospitalière. En effet, les patients amenés par le SMUR ou par les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) suite à une crise d'agitation à domicile ou dans un lieu public ne passent généralement pas par le médecin traitant. Si une mesure de contrainte est nécessaire, elle se fera donc en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence avec rédaction du certificat médical initial par le psychiatre de l'hôpital et non en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Les résultats montrent que 318 mesures de contrainte nécessitant un tiers ont été prises sur ces deux années : 44 mesures d'HDT ou de SPDT et 274 mesures d'HDTU ou de SPDTU.

Parmi les mesures d'HDTU ou de SPDTU, 45 ont été réalisées pour des patients déjà hospitalisés dans un service du CHU Sud Réunion (au centre d'accueil des urgences médico psychologiques, à l'unité de courte durée d'hospitalisation, dans un autre service de l'hôpital par l'intermédiaire de l'unité psychiatrique de liaison) ou adressés par le psychiatre d'un centre médico psychologique du secteur et 229 mesures correspondent à des patients « venant de l'extérieur ».

Parmi ces 229 patients, 83 sont adressés par le médecin traitant dont :

- 30 avaient un premier certificat d'HDT ou de SPDT non conforme
- 46 avaient une lettre du médecin traitant demandant une hospitalisation ou un

simple avis psychiatrique

- 7 avaient un certificat d'HDTU ou de SPDTU rédigé par le médecin traitant ou SOS médecins.

A noter que 7 mesures d'HDT ou de SPDT initiées par le médecin traitant n'ont pas été confirmées par le psychiatre des urgences.

2.4 Objectifs

Comme le montre cette étude préliminaire, au CHU Sud Réunion, la majorité des patients admis en soins sous contrainte à la demande d'un tiers le sont sous la procédure d'urgence ne nécessitant la rédaction que d'un seul certificat.

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors du placement sous contrainte des patients psychiatriques.

L'objectif secondaire est d'entrevoir des solutions afin d'améliorer leur participation à cette procédure avec l'évaluation notamment de l'intérêt du stage initial en psychiatrie pendant les études et de la formation médicale continue en psychiatrie.

2.5 Hypothèses

Les hypothèses de départ sont les suivantes : les médecins généralistes qui ont effectué un stage dans un service de psychiatrie pendant leurs études médicales initiales et/ou ont participé à une formation médicale continue en psychiatrie par la suite se sentent mieux formés aux indications et aux démarches de placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux que ceux n'en ayant pas effectué.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale menée sur l'île de la Réunion au premier semestre 2012.

Un questionnaire relatif aux difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans la procédure de placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux a été élaboré par nos soins en collaboration avec les psychiatres travaillant dans les centres médico psychologiques, aux urgences psychiatriques ou dans les secteurs fermés de psychiatrie du CHU Sud Réunion. Ils sont les premiers sollicités par les médecins généralistes en cas de difficultés dans cette procédure.

La liste des difficultés proposées dans ce questionnaire a été soumise pour avis et amélioration à une dizaine de médecins généralistes réunis lors d'une soirée de formation en psychiatrie.

Le questionnaire, confidentiel et anonyme, a été envoyé par voie postale. Une relance a été effectuée un mois après le premier envoi.

3.2. Population

Étaient inclus dans l'étude tous les médecins généralistes libéraux exerçant dans le secteur géographique correspondant au secteur psychiatrique du CHU Sud Réunion.

Après refus des instances officielles et des syndicats de médecins, la liste de ces médecins a été obtenue après recoupement des données entre l'annuaire papier des professionnels de santé libéraux et l'annuaire virtuel. Une vérification téléphonique a été effectuée lorsqu'il y avait une discordance de noms ou d'adresse entre les deux supports.

Nous n'avons pas établi de critère d'exclusion particulier.

3.3. Méthodes

3.3.1 Recueil de données

Le questionnaire à destination des médecins généralistes recense :

- Les données démographiques :
 - le sexe
 - le mode d'exercice
 - l'année d'installation en libéral.

- Les données relatives à leur formation en psychiatrie et à leur ressenti sur celle-ci :
 - la réalisation d'un stage initial pendant les études médicales
 - la participation à une formation médicale continue
 - le sentiment sur la qualité de leur formation concernant les indications d'une mise sous contrainte d'un patient
 - le sentiment sur la qualité de leur formation concernant les démarches d'une mise sous contrainte d'un patient.

- Les données relatives à leur pratique concernant les soins psychiatriques sous contrainte :
 - le nombre de situations de mise sous contrainte rencontrées
 - le nombre de fois où un patient a été envoyé avec un premier certificat médical initial de mise sous contrainte
 - les trois principales difficultés rencontrées lors de la mise sous contrainte d'un patient (la

sélection de plus de trois réponses à cette question l'annulait lors de la saisie des résultats)

- le contact d'un psychiatre en cas de difficultés.

• Les données relatives à leur connaissance des soins psychiatriques sous contrainte :

- utilisation d'un modèle de certificat médical initial de soins sous contrainte

- information sur le changement récent de loi

- interrogation sur la durée de validité du certificat médical initial de soins sous contrainte.

3.3.2 Analyse statistique

Chacune des hypothèses testées correspond à la comparaison de groupes indépendants sur des variables nominales (sentiment d'être mieux formés aux indications et aux démarches de soins psychiatriques à la demande d'un tiers) ou ordinales (nombre de certificats établis). En conséquence, les tests utilisés sont respectivement des tests de χ^2 ou des U de Mann-Whitney.

4. RESULTATS

Au total, 294 questionnaires ont été envoyés. En incluant la relance, nous avons obtenu 165 réponses soit un taux de participation de 56,1%.

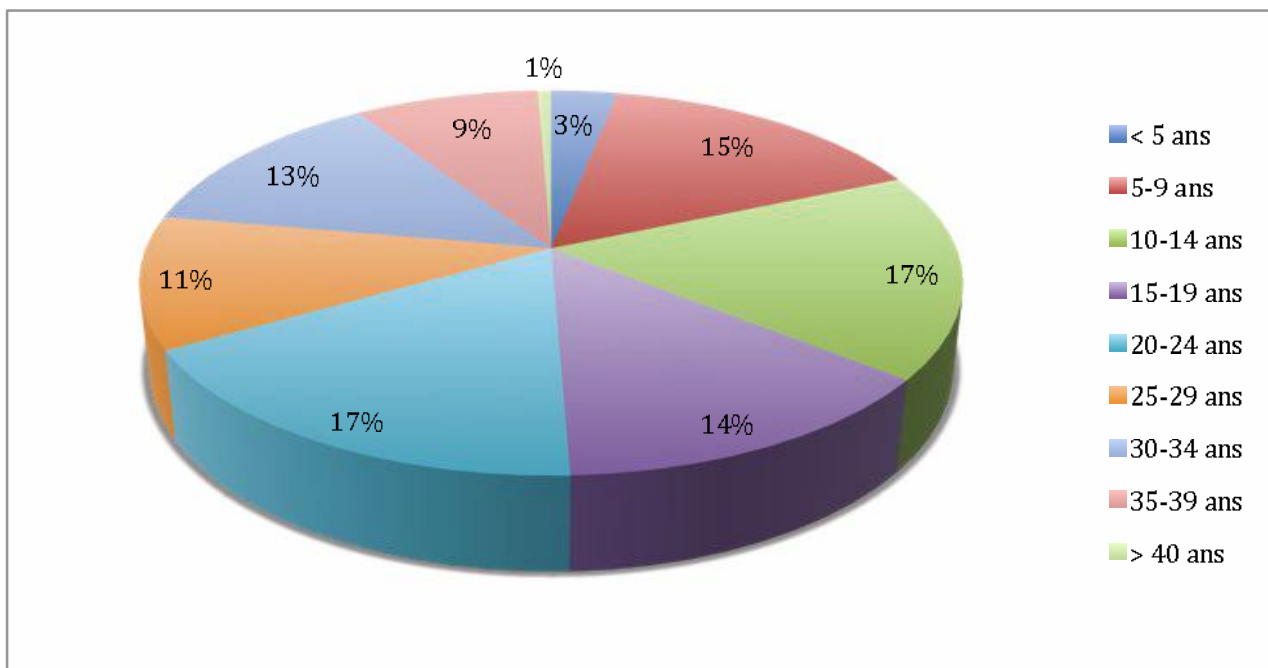
4.1 Population étudiée

Parmi les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire :

- 117 sont des hommes, 47 sont des femmes, 1 personne n'a pas précisé son sexe
- 68 exercent seuls, 90 travaillent dans un cabinet de groupe, 7 personnes n'ont pas précisé leur mode d'exercice
- 119 sont des médecins généralistes installés, 4 sont des remplaçants, 42 personnes n'ont pas répondu à cette question.

Les 165 médecins généralistes ont communiqué leur année d'installation en libéral. Les résultats sont exposés dans le graphique 1.

Graphique 1 : Ancienneté d'installation des médecins généralistes (en pourcentage)



4.2. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes

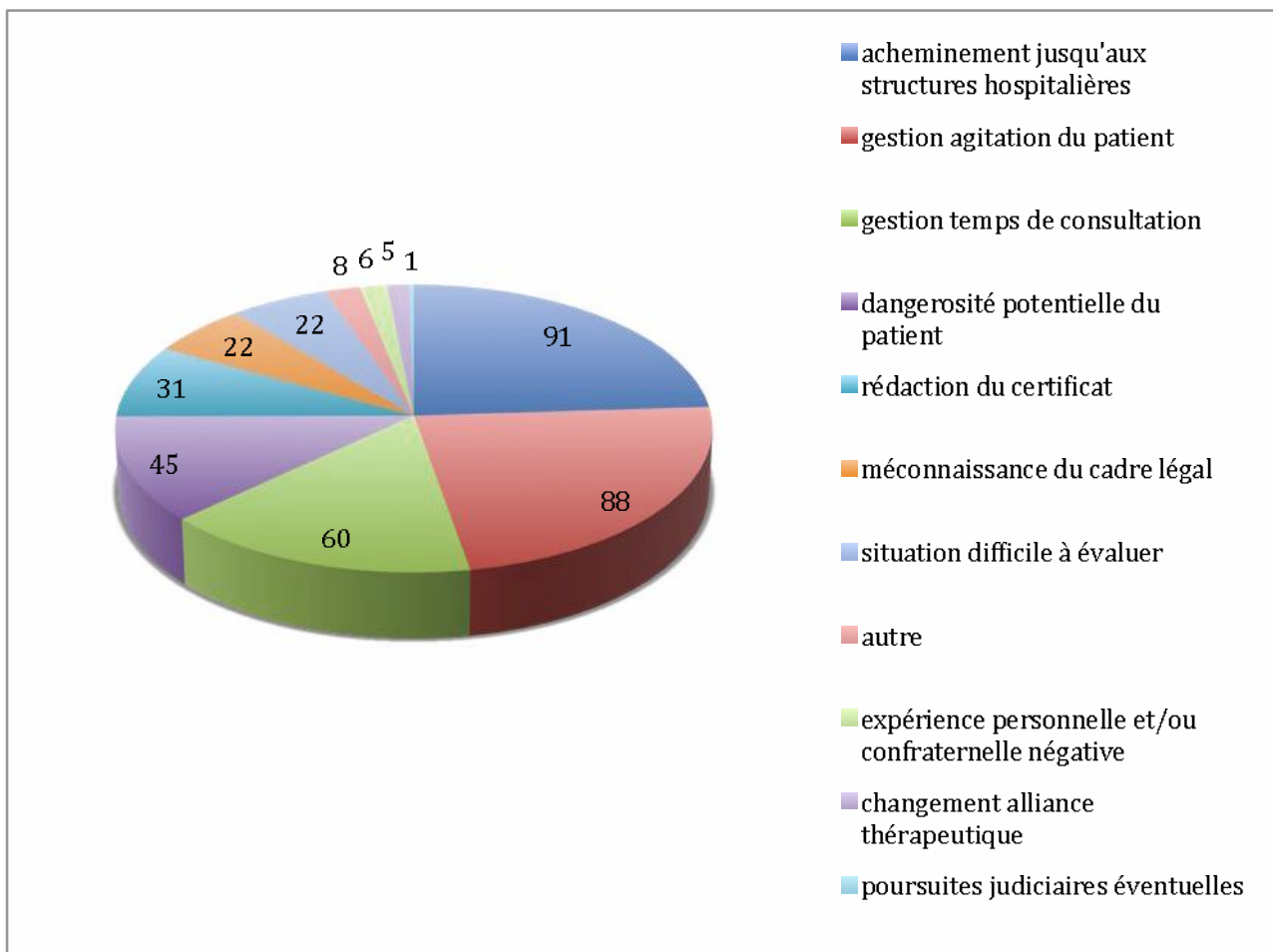
Dans le questionnaire, les médecins généralistes devaient choisir les trois principales difficultés rencontrées lors du placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux, sans hiérarchiser leurs réponses.

Les trois principales difficultés choisies par l'ensemble des médecins par ordre décroissant sont :

- l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières
- la gestion de l'agitation du patient
- la gestion du temps de consultation

Toutes les difficultés, par ordre décroissant de choix, exprimées par les médecins généralistes sont reprises dans le graphique 2.

Graphique 2 : Difficultés exprimées par l'ensemble des médecins généralistes (en valeur absolue)



Comme il est illustré dans le graphique 2, huit médecins généralistes ont sélectionné, pour l'une de leurs trois difficultés principales, la réponse « autre ». Le choix de cette réponse leur permettait de noter, de façon manuscrite, une difficulté qui n'était pas reprise dans les autres propositions. Parmi ces réponses « autre » :

- deux médecins généralistes ont souligné des difficultés relationnelles avec le psychiatre hospitalier lors d'un contact téléphonique pour obtenir de l'aide dans cette démarche de placement sous contrainte
- un médecin généraliste a mis en avant la difficulté à gérer l'entourage du patient
- un médecin généraliste a pointé la difficulté à trouver un tiers
- deux médecins généralistes ont souligné des difficultés avec le cadre légal qu'ils

jugent insuffisant avec notamment le refus des forces publiques ou des ambulanciers d'intervenir au domicile du patient

- un médecin généraliste s'est trouvé en difficulté devant la complexité des démarches administratives notamment la rédaction du certificat médical initial, ce qui s'apparente à notre proposition « méconnaissance du cadre légal »
- un médecin généraliste s'est trouvé en difficulté devant l'agitation du patient avec refus des ambulanciers de le transporter jusqu'à l'hôpital, ce qui s'apparente à notre proposition « acheminement du patient ».

Pour ces deux dernières difficultés exprimées librement par les médecins généralistes, nous avons décidé de les laisser dans la catégorie « autre » choisie par ces mêmes médecins. Nous aurions pu également les comptabiliser dans les autres catégories s'approchant de l'idée développée.

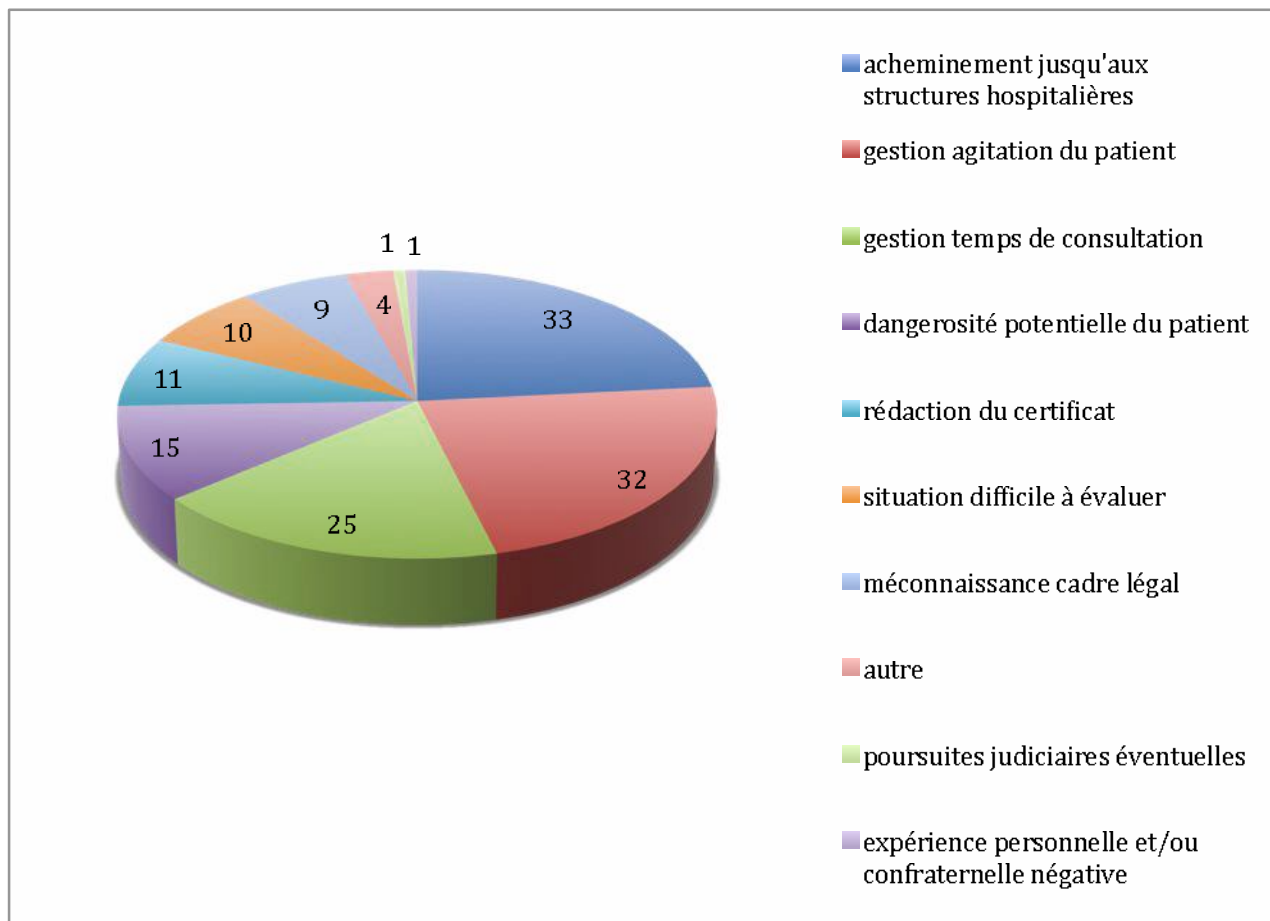
Après cette vue d'ensemble des difficultés exprimées par l'ensemble des médecins généralistes, nous allons les réexaminer en prenant en compte deux variables : la réalisation d'un stage en psychiatrie pendant les études médicales et/ou la participation à une formation médicale continue en psychiatrie.

Les médecins généralistes n'ayant ni fait de stage en psychiatrie pendant leurs études ni suivi de formation médicale continue en psychiatrie sont au nombre de 60. Pour eux, les trois principales difficultés sont, par ordre décroissant :

- l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières
- la gestion de l'agitation du patient
- la gestion du temps de consultation

Le reste des résultats par ordre décroissant est résumé dans le graphique 3.

Graphique 3 : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes n'ayant ni fait de stage en psychiatrie pendant leurs études ni assisté à des formations médicales continues en psychiatrie (en valeur absolue)



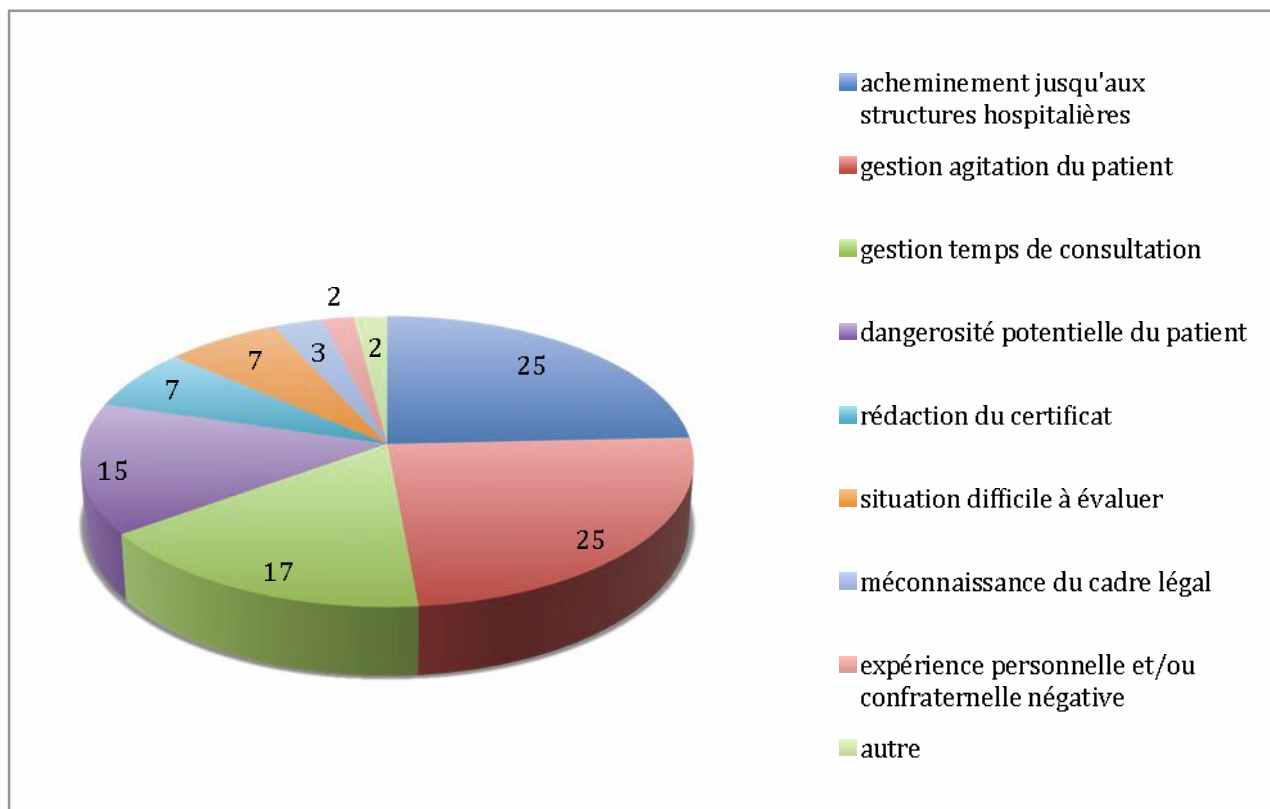
41 médecins généralistes ont effectué à la fois un stage en psychiatrie pendant leurs études et au moins une formation médicale continue en psychiatrie.

Les concernant, les trois principales difficultés rencontrées sont, par ordre décroissant :

- l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières
- la gestion de l'agitation du patient
- la gestion du temps de consultation

Le reste des résultats est donné dans le graphique 4.

Graphique 4 : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes ayant effectué à la fois un stage en psychiatrie pendant leurs études et une formation médicale continue en psychiatrie (en valeur absolue)



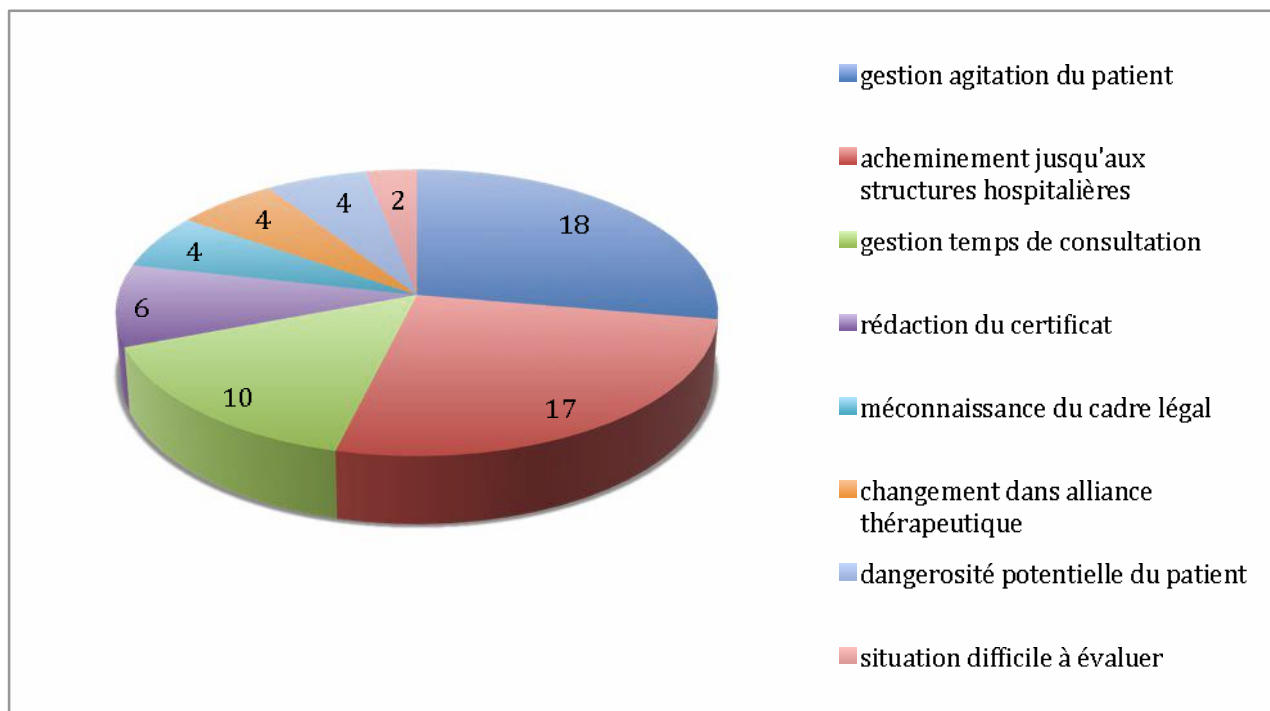
Les médecins généralistes ayant accompli un stage dans un service de psychiatrie pendant leurs études médicales mais n'ayant pas assisté à une formation médicale continue en psychiatrie sont au nombre de 35.

Les trois principales difficultés qu'ils expriment sont, par ordre décroissant :

- la gestion de l'agitation du patient
- l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières
- la gestion du temps de consultation.

Tous les résultats sont donnés dans le graphique 5.

Graphique 5 : Difficultés exprimées par les médecins généralistes ayant effectué un stage en psychiatrie pendant leurs études mais n'ayant jamais participé à une formation médicale continue (en valeur absolue)



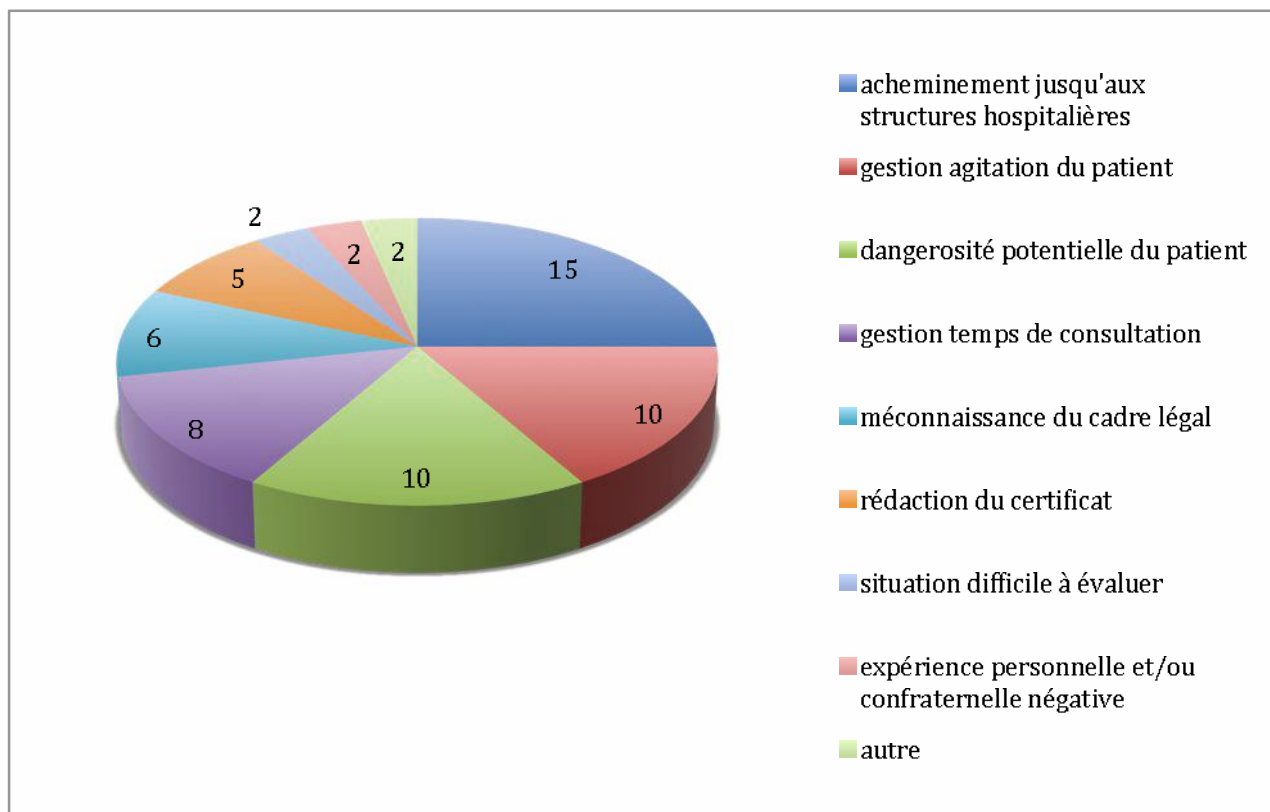
26 médecins généralistes déclarent n'avoir pas fait de stage en psychiatrie pendant leurs études médicales mais ont déjà assisté à une formation médicale continue en psychiatrie.

Par ordre décroissant, les trois principales difficultés qu'ils ont rencontrées sont :

- l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières
- la gestion de l'agitation du patient ex æquo avec
- la dangerosité potentielle du patient

Le reste des résultats est communiqué dans le graphique 6.

Graphique 6 : Difficultés exprimées par les médecins généralistes qui ont déjà suivi une formation médicale continue mais n'ont pas fait de stage en psychiatrie pendant leurs études (en valeur absolue)



4.3 Formation des médecins généralistes en psychiatrie

4.3.1 Généralités

56 médecins généralistes (33,9%) se disent être suffisamment formés quant aux indications nécessitant la mise en soins sous contrainte d'un patient présentant des troubles psychiatriques. 108 médecins généralistes (65,5%) pensent ne pas l'être. Un médecin généraliste ne s'est pas prononcé sur cette question.

46 médecins généralistes (27,9%) se disent être suffisamment formés quant aux démarches nécessaires afin de placer un patient présentant des troubles psychiatriques en soins sous contrainte. 119 médecins généralistes (72,1%) pensent ne pas l'être.

91 médecins généralistes (55,2%) déclarent avoir déjà contacté un médecin psychiatre afin de les aider dans la procédure de déclenchement de soins sous contrainte pour un patient atteint de troubles mentaux. 74 médecins généralistes (44,8%) ne l'ont jamais fait.

Dans les tableaux 1 et 2, nous avons repris les réponses des médecins généralistes concernant le nombre de fois où ils se sont retrouvés devant une situation nécessitant des soins psychiatriques à la demande d'un tiers et le nombre de fois où ils ont rédigé le premier certificat initiant la contrainte.

Tableau 1 : Fréquence des situations rencontrées par les médecins généralistes nécessitant des SPDT (en valeur absolue)

	0 fois	1 à 5 fois	6 à 10 fois	11 à 15 fois	16 à 20 fois	> 20 fois
Nombre de médecins généralistes ayant déclaré s'être retrouvés devant une situation nécessitant des SPDT	8	84	40	13	8	11

Tableau 2 : Fréquence de rédaction du premier certificat médical initial de SPDT par le médecin généraliste (en valeur absolue)

	0 fois	1 à 5 fois	6 à 10 fois	11 à 15 fois	16 à 20 fois	> 20 fois
Nombre de médecins généralistes ayant déclaré avoir rédigé le premier certificat médical initial de SPDT	9	91	38	11	7	8

On peut comparer ces deux résultats en résonnant par catégories :

- 4 médecins généralistes ont déclaré avoir rédigé un certificat médical initial plus souvent qu'ils n'ont vécu de situation le nécessitant pour le placement d'un patient sous contrainte.
- Pour 136 médecins généralistes, le nombre de situation nécessitant le placement d'un patient sous contrainte et le nombre de fois où ils ont effectivement rédigé un certificat médical initial sont concordants.
- 24 médecins généralistes ont déclaré s'être plus souvent retrouvé devant des situations nécessitant le placement d'un patient sous contrainte qu'ils n'ont rédigé de certificats.

Par ailleurs, il existe une différence significative entre le nombre de situations rencontrées nécessitant des soins psychiatriques à la demande d'un tiers et le nombre de fois où ils ont rédigé le premier certificat ($\chi^2=128.50$, $p<0.05$).

4.3.2 Stage pendant les études médicales

77 médecins généralistes (46,7%) ont déclaré avoir effectué un stage dans un service de psychiatrie pendant leurs études médicales. 86 (52,1%) ont déclaré ne pas en avoir fait un. Deux médecins généralistes n'ont pas répondu à cette question.

Les médecins généralistes ayant fait un stage dans un service de psychiatrie se déclarent significativement être mieux formés aux indications des soins psychiatriques à la demande d'un tiers que les médecins généralistes n'ayant pas effectué ce stage ($\chi^2=5.96$, $p<0.05$).

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins généralistes ayant fait un stage dans un service de psychiatrie et ceux n'en ayant pas fait en ce qui concerne le sentiment d'être formé aux démarches des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ($\chi^2=1.30$, $p>0.05$).

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins généralistes ayant fait un stage de psychiatrie et ceux n'ayant pas fait de stage de psychiatrie quant au nombre de certificats établis (MW = 3158.00, $p>0.05$).

4.3.3 Formation médicale continue

68 médecins généralistes (41,2%) ont déclaré avoir participé à une formation médicale en psychiatrie. 95 médecins généralistes (57,6%) n'en ont pas suivi. Deux médecins généralistes n'ont pas répondu à cette question.

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins généralistes ayant suivi une formation médicale continue et ceux n'en ayant pas suivi pour ce qui concerne le

sentiment d'être mieux formés aux indications des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ($\chi^2=0.15$, $p>0.05$).

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins généralistes ayant suivi une formation médicale continue et ceux n'en ayant pas suivi pour ce qui concerne le sentiment d'être mieux formés quant aux démarches nécessaires pour placer un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ($\chi^2=1.81$, $p>0.05$).

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins généralistes ayant suivi une formation médicale continue et ceux n'en ayant pas suivi quant au nombre de certificats établis (MW = 2900.00, $p>0.05$).

4.3.4 Connaissance de la contrainte en psychiatrie

69 médecins généralistes (41,8%) se disaient informés du changement récent de loi relative aux personnes faisant l'objet de soins sous contrainte. 96 médecins généralistes (58,2%) ne l'étaient pas.

17 médecins généralistes (10,3%) connaissaient la durée de validité du certificat médical initial nécessaire à la mise en soins psychiatriques sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. 148 médecins généralistes (89,7%) ont mal répondu à cette question.

140 médecins généralistes (84,8%) utilisent un modèle de certificat lors de la rédaction du certificat médical initial permettant les soins sous contrainte. 18 médecins généralistes (10,9%) ne s'en servent pas. Sept médecins généralistes n'ont pas répondu à cette question.

5. DISCUSSION

5.1 Résultats principaux et implications

5.1.1 De l'analyse statistique

5.1.1.1 La répartition par sexe

La DREES publie chaque année des statistiques sur la démographie des médecins. Selon son dernier rapport, au 1^{er} janvier 2012, dans l'Océan Indien, les femmes médecins généralistes installées en libéral représentent 32,5% de l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés [31].

Dans notre étude, elles représentent 28,6% des médecins ayant répondu, pourcentage proche de celui de la DREES.

5.1.1.2 La répartition par mode d'exercice

Selon le baromètre santé des médecins généralistes, publié en 2009 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [32], 54% des médecins généralistes libéraux en secteur 1 exerçaient en cabinet de groupe.

Selon les données fournies par l'Assurance Maladie, en 2011, 10,4% des médecins généralistes libéraux exerçaient en secteur 2 [33].

Dans notre étude, le secteur de l'omnipraticien n'a pas été demandé. Nous retrouvons des chiffres d'exercice en cabinet de groupe similaire à la moyenne nationale avec 54,5% des médecins généralistes se déclarant travaillant dans un cabinet de groupe.

5.1.1.3 La répartition par ancienneté d'installation

Il est facile de trouver des données relatives à la répartition des médecins généralistes libéraux selon leur âge. Par contre, nous n'avons pas trouvé de données concernant

l'ancienneté de leur installation en libéral.

Nous avons pris le parti de ne pas raisonner selon l'âge des médecins généralistes, peu informatif pour l'étude, mais plutôt en fonction de l'ancienneté d'installation en libéral reflétant leur expérience en tant que médecin traitant susceptible de se retrouver face à une situation de placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. Les résultats montrent une répartition homogène des médecins généralistes quant à leurs années d'ancienneté.

A noter que 34% des répondeurs exercent depuis plus de 25 ans et ont connu consécutivement la promulgation de la loi de 1990 puis plus récemment celle de 2011. Ils ont dû s'adapter à une législation qui n'était pas encore en vigueur lors de leur formation initiale par leurs pairs.

5.1.2 Le médecin généraliste et la contrainte en psychiatrie

5.1.2.1 Leurs difficultés

Qu'ils aient eu ou non une expérience de la psychiatrie via un stage ou la formation continue, les médecins généralistes interrogés rapportent les trois mêmes difficultés principales par rapport au placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. A savoir, par ordre décroissant, l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières, la gestion de l'agitation du patient et la gestion du temps de consultation.

L'ensemble des médecins interrogés pointe comme difficulté première l'acheminement du patient jusqu'à l'hôpital. Pourtant le cadre légal est défini. L'article L.3222-1.1 du code de la santé publique explique les modalités de transport d'un patient placé sous contrainte : « Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, [...], peuvent être transportées à l'établissement de santé d'accueil sans leur consentement et lorsque cela est strictement

nécessaire, par des moyens adaptés à l'état de la personne. Ce transport est assuré par un transporteur sanitaire agréé [...] ».

Pour les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, le transport ne peut être déclenché qu'une fois le premier certificat médical initial et la demande de tiers effectués [34].

La loi du 05 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 précise ces conditions de transport en plaçant l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme coordinatrice de la prise en charge.

« Art. L. 3222-1-1-A. — Dans chaque territoire de santé, l'Agence Régionale de Santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, [...]. Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé [...] » [34].

La législation tend donc à essayer de trouver des solutions afin de faciliter le transport du patient faisant l'objet de soins psychiatriques jusqu'à l'hôpital. Cette loi, promulguée le 05 juillet 2011, n'est globalement pas encore appliquée dans les différentes régions de France notamment à la Réunion. Actuellement, seules quelques agences régionales de santé, comme celle de Lorraine [35], commencent à s'intéresser à leur nouvelle fonction et effectuent un état des lieux de la situation.

Il serait intéressant de refaire l'étude une fois les dispositifs de transport bien établis afin d'évaluer si cela a un impact sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes

lors du placement sous contrainte des patients présentant des troubles mentaux et sur le nombre de certificats établis proportionnellement au nombre de situation le nécessitant.

Il est à noter que le certificat médical initial établi par le médecin généraliste est valable 15 jours [26]. On peut donc imaginer, en dehors de tout état d'agitation aiguë et de tout danger immédiat pour le patient ou ses proches, l'acheminement différé (par rapport à la rédaction du certificat médical) du patient à l'hôpital, lorsque la situation est plus propice.

La deuxième difficulté mise en avant par les médecins est la gestion de l'agitation du patient.

Un patient en état d'agitation aiguë, que cet état soit d'origine psychiatrique ou non, est une urgence manifeste relevant d'une prise en charge adéquate avec si nécessaire intervention du SMUR [36].

Au sein d'une structure hospitalière, avec les moyens humains et matériels, il est plus facile de gérer ce type de situation qu'en ville. Au cabinet ou au domicile du patient, les médecins généralistes se retrouvent seuls avec un arsenal médicamenteux limité.

Par exemple, le Loxapac® injectable, régulièrement utilisé aux urgences pour sédaté un patient n'est pas disponible en extrahospitalier. De plus, le temps de l'injection du produit sédatif, le patient doit rester immobile, ce qui est rarement le cas pour un malade agité. Un autre exemple est celui de la contention physique, parfois derniers recours pour « gérer l'agitation » quand les « contentions » verbale et médicamenteuse restent inefficaces. Celle-ci est difficile à mettre en place au sein du cabinet ou chez le patient.

La 9^{ème} conférence de consensus sur l'agitation en urgence, établie par la société francophone de médecine d'urgence en 2002 [36], essaie de cadrer l'attitude à avoir et les médicaments à utiliser en cas d'agitation d'un patient selon le contexte (domicile ou

hôpital). Elle insiste notamment sur l'approche relationnelle du soignant qui doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et vers le passage à des actes auto ou hétéro agressifs. Cependant, dans certains cas le patient reste inaccessible à toute tentative d'apaisement verbal de par sa pathologie mentale. La contention chimique et/ou physique s'avère alors nécessaire.

Rompre la solitude du médecin généraliste était l'un des objectifs du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 élaboré par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Il visait à développer la coordination avec le secteur spécialisé notamment avec les psychiatres et à améliorer la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes en psychiatrie [11].

Aucun plan concret n'a été mis en œuvre pour atteindre l'objectif [37] et celui-ci a donc été reconduit dans le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [38].

Cette difficulté exprimée par les médecins (gérer une agitation en ambulatoire) est donc compréhensible.

Les médecins généralistes placent en troisième difficulté la gestion du temps de consultation.

Le temps de consultation est souvent limité par une charge de travail importante. Lorsqu'une situation d'urgence se produit, celle-ci est nécessairement chronophage et implique de la traiter en priorité. L'enchaînement des consultations s'en retrouve perturbé.

Selon la nomenclature des actes de médecine générale établie par la caisse de l'Assurance Maladie [39], une visite en urgence le jour (avec départ en urgence du cabinet) est cotée 44,60 euros (V = 22 euros, MU = 22,60 euros). La cotation d'un acte d'urgence le jour au cabinet rapporte 74,88 euros. (YYYY010 = 48 euros + M = 26,88 euros). YYYY010 correspond au traitement de premier recours de cas nécessitant un acte technique et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins)

dans des situations précises incluant l'état d'agitation aiguë.

Donc, traiter la situation d'urgence psychiatrique prend du temps mais l'acte est valorisé par une cotation spécifique.

Par contre, la gestion de cette situation d'urgence modifie l'emploi du temps du médecin et décale ses consultations programmées, s'il en a. Ceci n'est pas toujours bien perçu par les malades qui ont pris rendez-vous et s'impatientent, avec le risque de perdre une partie de sa clientèle.

La peur d'une dangerosité éventuelle du patient arrive en quatrième position des difficultés exprimées par les médecins généralistes. Celle-ci paraît légitime.

En 2011, le conseil national de l'ordre des médecins a recensé, à travers son observatoire pour la sécurité des médecins, 822 déclarations d'incidents dont 12% d'agressions physiques. 60% des médecins ayant déclaré un incident sont des médecins généralistes alors qu'ils ne représentent que 55% de la population médicale [40]. Les médecins généralistes semblent donc être une population à risque d'agressions.

Les autres difficultés, notamment celles relatives aux connaissances théoriques (rédaction du certificat, symptomatologie fruste - difficile à évaluer, méconnaissance du cadre légal), n'arrivent que loin derrière celles relatives aux « démarches pratiques » à effectuer pour placer un patient en soins psychiatriques sous contrainte.

Ce résultat est étonnant lorsqu'on le compare aux réponses des médecins généralistes concernant leurs connaissances théoriques. Il nous met en garde sur deux points :

- limiter la formation psychiatrique des généralistes à la seule partie théorique et rédactionnelle ne réglerait pas le défaut actuel de certificat initial car ce n'est pas la difficulté majeure soulignée par nos confrères.
- l'implication des agences régionales de santé doit être concomitante à la formation

continue des médecins.

Lorsqu'ils ont coché la case « autre », deux médecins généralistes ont expliqué s'être trouvés en difficulté devant une situation nécessitant un placement sous contrainte mais avec un patient refusant l'accès à son domicile. Les forces de l'ordre ou les transports sanitaires n'avaient alors pas voulu intervenir et ainsi pénétrer de force le domicile du patient. La loi prévoit des circonstances particulières permettant de déroger à la règle d'inviolabilité du domicile notamment en cas de danger immédiat pour une personne. Selon l'article 122-7 du code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace » [41]. Néanmoins, cet article de loi reste très général. Il appartient au code pénal et n'est pas repris dans le code de la santé publique. Cette loi s'applique à tout citoyen et on peut se demander si les patients nécessitant des soins sous contrainte peuvent être inclus dans ce cadre légal.

Certaines professions, comme les sapeurs-pompiers, ont une ligne directrice plus précise. Dans leur règlement d'Instruction et de manœuvre, il est stipulé que le commandant des opérations de secours a « l'initiative de prendre sur les lieux du sinistre le droit et le devoir de pénétrer, même malgré le refus des occupants, dans les locaux où il le juge utile pour les opérations suivantes : reconnaissance, sauvetage, établissement, attaque et protection. Le cas échéant, les portes sont enfoncées ou forcées » [42].

Concernant les forces de l'ordre, et après vérification téléphonique auprès d'un des commissariats de police de Lille, nous n'avons rien trouvé d'équivalent. Ils sont donc soumis à l'article 122-7 du code pénal comme tout citoyen.

5.1.2.2 Leur formation

Les médecins généralistes se déclarent majoritairement insuffisamment formés aux indications (65,5%) et aux démarches (72,1%) permettant de placer un patient présentant des troubles mentaux en soins sous contrainte.

Leurs mauvaises réponses aux questions théoriques notamment sur la durée de validité du certificat médical initial (89,7%) vont dans ce sens. Ils sont nombreux à ne pas avoir été informés du changement de loi sur les soins psychiatriques du 05 juillet 2011 (58,2%).

L'absence de communication dans les revues à destination des médecins généralistes peut être une explication. Sa promulgation et sa mise en place au cours de la période estivale (synonyme de nombreux congés) peuvent en être une autre.

Par contre, la majorité d'entre eux (84,8%) utilise les modèles de certificat. Le problème est qu'ils utilisent souvent un modèle obsolète resté dans leur cabinet ou trouvé sur internet sans vérification de sa validité actuelle.

Dans notre étude, 4 médecins généralistes ont déclaré avoir rédigé plus de certificats médicaux initiaux permettant le placement d'un patient sous contrainte qu'ils n'ont rencontré de situations le nécessitant. Par exemple, un médecin généraliste aurait rencontré 1 à 5 situations nécessitant des soins sous contrainte et aurait rédigé plus de 20 certificats médicaux initiaux permettant d'initier cette procédure. Ce résultat est déroutant. On peut s'interroger sur le fait que ce médecin n'a peut-être pas compris la question mais également sur la possibilité que certains médecins généralistes aient rédigé des certificats de façon abusive. Cette deuxième hypothèse semble moins probable.

De même, pour 136 médecins généralistes, le nombre de situation nécessitant le placement d'un patient sous contrainte et le nombre de fois où ils ont effectivement rédigé un certificat médical initial sont concordants. C'est donc qu'à priori, ils estiment évaluer les indications de placement d'un patient sous contrainte et initier les démarches permettant de lancer la procédure en rédigeant le premier certificat correctement. C'est du moins ce

qu'ils pensent. Lorsque l'on compare ce résultat à ceux obtenus lors de l'enquête préliminaire, on se rend compte que peu de dossiers de patients hospitalisés en HDT ou SPDT et adressés par le médecin traitant contenaient un certificat médical initial. Lorsque celui-ci était présent, il était souvent non valide. Il semble que les médecins généralistes, soient mal formés à la procédure permettant de placer un patient le nécessitant sous contrainte.

Il existe donc une insuffisance de formation théorique sur le placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. Celle-ci semble tout de même moins handicapante dans leur exercice quotidien que les difficultés liées aux démarches pratiques de mise en œuvre pour placer un patient sous contrainte.

D'ailleurs, les médecins généralistes rencontrent significativement plus de situations de patients à placer en soins sous contrainte qu'ils ne rédigent de certificat médical initial permettant de lancer la procédure. C'est donc qu'ils arrivent à évaluer les indications d'un placement sous contrainte mais que les démarches à effectuer leur semblent plus compliquées. Ce constat est d'ailleurs corrélé aux difficultés exprimées par les médecins généralistes qui sont majoritairement liées aux démarches d'un placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux.

Le manque de connaissances psychiatriques des médecins généralistes ne se résume malheureusement pas aux situations de contrainte.

Un rapport parlementaire sur le bon usage des psychotropes, publié en 2006 par Madame BRIOT [43], indique que plus de 80% d'entre eux sont prescrits par des médecins généralistes. Par ailleurs, ce rapport fait un constat alarmant :

- la moitié des patients présentant des troubles psychiques n'ont pas de psychotropes dans leur traitement.
- la moitié des patients sous traitement antidépresseur et $\frac{3}{4}$ des patients sous

traitement anxiolytique ou hypnotique n'en ont pas besoin.

- il existe un retard important de prise en charge et de soins des maladies psychiatriques. Par exemple, le délai moyen de prise en charge d'une dépression est 3 ans. Hors le retard diagnostic favorise la chronicisation de la maladie.

Nous comprenons donc mieux l'importance de former correctement les médecins généralistes à la détection et à la prise en charge des troubles mentaux. Depuis de nombreuses années, l'insuffisance de formation des médecins généralistes dans le domaine de la souffrance psychique est connue et exprimée dans différentes revues par les professionnels de santé concernés [44,45]. Un rapport parlementaire présenté en 2009 par Monsieur MILON [18] arrive à la même conclusion et explique l'intérêt du renforcement de la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes. Les conclusions du groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale publié en 2002 par la direction générale de la santé [46] vont dans le même sens. Le gouvernement, à travers ses plans psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et 2011-2015, a repris ces objectifs [11,38].

Pour le moment, aucune mesure concrète n'a été mise en œuvre et les choses restent figées. En effet, le stage dans un service de psychiatrie pendant la formation médicale initiale lors du deuxième cycle des études médicales n'est pas obligatoire [47]. Il ne l'est pas non plus dans la maquette du diplôme d'études spécialisées des internes de médecine générale [48]. Dans notre étude, les médecins généralistes ayant effectué ce stage se sentent mieux formés aux indications des soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Ce stage semble indispensable et devrait donc être rendu obligatoire. D'ailleurs dans notre étude, seulement 46,7% des médecins généralistes ont déclaré avoir effectué un stage en psychiatrie pendant leurs études médicales initiales.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les médecins généralistes ayant

suivi une formation médicale continue en psychiatrie et ceux n'en ayant pas suivi concernant le sentiment d'être mieux formé aux indications et aux démarches d'une mise sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. Cela ne veut pas dire qu'il est inutile d'y participer. Il est possible que, dans notre étude, les formations médicales continues suivies par les médecins généralistes ne concernaient pas spécifiquement les soins sous contrainte.

Une enquête, réalisée en 2010 par le centre collaborateur français pour l'Organisation Mondiale de la Santé [15] sur la place de la santé mentale en médecine générale, rapporte que 2/3 des médecins généralistes se plaignent d'un manque de communication avec le milieu psychiatrique et 3/4 d'entre eux déplorent l'absence de retour d'information des psychiatres. D'autres enquêtes, réalisées à plus petites échelles, corroborent ces données [49,50].

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation de bonne pratique rédigée par le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie [51]. Elle concerne plus précisément les échanges de courriers entre médecins généralistes et psychiatres dans le cadre d'une première demande de consultation du médecin généraliste pour un patient présentant des troubles psychiques. L'objectif de cette recommandation est de favoriser l'échange entre médecins généralistes et psychiatres.

L'amélioration de la communication / coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres fait également partie des objectifs du plan santé mentale 2005-2008 et 2011-2015 mis en place par le gouvernement [11,38].

Le haut conseil de la santé publique, lors de sa présentation à l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et à la commission des affaires sociales du sénat en février 2009 [18], place le centre médico psychologique, le médecin généraliste et la famille au centre de la prise en charge du patient psychiatrique ambulatoire. Il insiste sur

la nécessité d'une collaboration entre ces trois structures afin de proposer une offre de soins coordonnée aux patients atteints de troubles mentaux.

Des efforts sont donc faits pour améliorer les relations entre les médecins généralistes et les psychiatres.

Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes en difficulté a contacté un médecin psychiatre afin de l'aider dans le placement sous contrainte d'un patient présentant des troubles mentaux. Notre enquête ne dit pas comment s'est passé ce contact et notamment comment le médecin psychiatre a réagi à cette sollicitation.

En 2004, le rapport CLERY-MELIN [10] proposait la mise en place d'une astreinte téléphonique dédiée aux médecins généralistes afin de répondre à leurs questions sur la prise en charge psychiatrique. Cela semble une bonne idée qui permettrait de faciliter les relations entre les médecins généralistes et les psychiatres.

5.2 Forces et faiblesses de l'étude

5.2.1 L'intérêt de l'étude

Le taux de participation important des médecins généralistes permet de pouvoir extrapoler les résultats au moins à l'échelle de la Réunion.

Ce travail a le mérite de s'intéresser aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le placement sous contrainte de leurs patients présentant des troubles mentaux. Nous n'avons pas trouvé d'étude similaire ou comparable à celle-ci.

5.2.2 Les limites de l'étude

5.2.2.1 Une spécificité réunionnaise ?

L'étude ayant été effectuée dans un département d'outre-mer, il serait intéressant de réaliser une étude similaire en métropole afin de comparer les résultats.

5.2.2.2 Les biais

Les médecins ayant répondu au questionnaire sont certainement ceux qui se sont sentis le plus concernés par le sujet.

Biais de déclaration : c'est une étude comportant des déclarations de pratiques. Il peut donc exister un décalage entre la réalité des pratiques des médecins généralistes et la représentation que ces mêmes médecins peuvent s'en faire.

Biais de restriction : les questions sont imposées par les auteurs et donc obligatoirement restrictives.

Biais de mesure : le fait de suggérer des réponses peut forcer les médecins à se positionner artificiellement.

Biais de recrutement : la liste des médecins généralistes est non exhaustive et ne prend notamment pas en compte les médecins généralistes récemment installés dans le secteur ni la majorité des médecins remplaçants.

Certains médecins qui ont reçu le questionnaire avaient eu une soirée formation sur les soins sous contrainte environ un mois avant l'envoi du questionnaire.

5.3 Perspectives d'avenir

Depuis la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale [52], le centre médico-psychologique (CMP) est considéré comme le pivot du dispositif de soins en psychiatrie. Il est chargé de coordonner les actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soins et de suivi ambulatoires. En 2004, le rapport CLERY-MELIN intitulé « plans d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » [10] expose une idée intéressante. Il propose de réorganiser l'offre de première ligne en créant le centre médico-psychologique – ressource territoriale (CMP-RT). Ce CMP-RT serait le pivot de soin d'un territoire de santé défini dans chaque région par l'ARS. Le rôle de ce centre serait double. Il garderait la mission d'accueil, d'information et d'orientation des traditionnels CMP auprès des patients. Il serait ouvert six jours sur sept avec la présence d'un psychiatre « conseil » désigné. Sa nouvelle position, centrale dans l'organisation des soins, lui permettrait de « jouer un rôle de coordination et d'organisation de la continuité des soins de proximité entre les pratiques publiques et privées, en établissement et en libéral ». L'idée de créer des CMP-RT n'a pas été reprise dans les plans psychiatrie et santé mentale du gouvernement [11,38].

Sur le terrain, il existe une initiative novatrice développée depuis quelques années par le réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines Sud (RPSM 78) [53]. Dans le cadre d'une prise en charge globale du patient et afin d'améliorer la coordination entre les médecins généralistes et le secteur psychiatrique, ce réseau a créé des consultations d'avis spécialisé et de suivi conjoint. L'objectif est d'évaluer rapidement les demandes et les besoins du patient et du professionnel qui l'adresse. Cela se fait sous la forme d'un entretien infirmier téléphonique. Une réunion pluridisciplinaire est ensuite organisée puis le patient est vu en consultation par un psychiatre ou un psychologue. Après l'obtention de l'accord du patient, le médecin généraliste est systématiquement contacté. Un projet de

soins individualisé est élaboré en collaboration avec le médecin généraliste. Les différents acteurs de ce réseau (professionnels de la santé, patients et famille) semblent satisfaits de cette prise en charge. Cette initiative mériterait d'être développée à une plus grande échelle car finalement, à l'heure actuelle, ce rôle de réseau est celui tenu par le psychiatre des urgences dans la plupart des hôpitaux dans des situations d'attente trop longue au CMP et devant des médecins généralistes dépassés par la situation. Le réseau pourrait permettre à la fois de répondre plus rapidement aux demandes et de désengorger les urgences psychiatriques.

6. CONCLUSION

Dans le cas particulier des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, le médecin généraliste joue un rôle essentiel défini par le cadre légal. Lorsque l'état du patient le nécessite, il est chargé de rédiger le premier certificat médical initial et d'obtenir la demande du tiers permettant le placement sous contrainte et l'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières. Cette procédure, contrairement à celle prévue en cas d'urgence (SPDTU), tend à limiter la contrainte arbitraire puisqu'elle requiert la rédaction d'un deuxième certificat médical initial devant confirmer la contrainte pour que celle-ci soit effective.

Notre étude montre que les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients nécessitant un placement sous contrainte. Même s'ils reconnaissent un manque certain de formation théorique, leurs difficultés principales concernent plutôt les démarches pratiques notamment l'acheminement jusqu'à l'hôpital, la gestion de l'agitation du patient et la gestion du temps de consultation. Ils se sentent souvent seuls face à ce type de situation et peu soutenus par le secteur spécialisé.

La santé mentale représente actuellement une partie non négligeable de l'activité d'un médecin généraliste ; partie qui ne va cesser de s'accroître devant l'augmentation de la demande psychiatrique. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux va donc encore prendre de l'importance.

Le constat est connu des instances législatives et exécutives de notre pays depuis plusieurs années maintenant. Les médecins généralistes sont en difficulté devant des patients présentant des troubles psychiques. Ces difficultés retentissent sur la qualité globale de la prise en charge de ces patients avec notamment un retard diagnostique important et une prescription médicamenteuse inappropriée. Cela entraîne un coût financier supplémentaire indéniable pour notre société, à l'heure des économies de

dépenses de santé, sans parler des répercussions pour le patient et ses proches. Pourtant, aucune mesure concrète n'a été mise en oeuvre afin d'améliorer la situation. Il semble urgent que les ARS se penchent sur le sujet.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (J.O. du 06 octobre 2004). Chapitre 1^{er} : liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. Article 1.

[2]. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (J.O. n°190 du 17 août 2004, p.14598).

[3]. Site internet de l'assurance maladie. Soins et remboursement. Les consultations en métropole.

Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-autorise.php#>

Consulté le 07 janvier 2013

[4]. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice / family medicine. WONCA Europe 2002.

[5]. Professions de santé en 2011. Institut national de la statistique et des études économiques. Disponible sur : http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103

Consulté le 06 novembre 2012

[6]. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007. *Questions d'économie de la santé*. Numéro 164 – Avril 2011. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>

Consulté le 06 novembre 2012

[7]. Hermange MTh, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2008

[8]. Projet zéro de plan d'action mondiale sur la santé mentale 2013-2020. Version datée du 27 août 2012. Organisation Mondiale de la Santé

[9]. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. 2006.

Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

Consulté le 12 novembre 2012

[10]. Cléry-Melin P, Kovess-Masfety V, Pascall JC, Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, *Revue française des affaires sociales*, 2004/1 n°1, p 215-220

[11]. Psychiatrie et santé mentale, Projet de plan soumis à concertation 2005-2008, Ministère de la santé et de la solidarité, p 3-6

[12]. Centre des média. Journée mondiale de la santé mentale. Site de l'organisation mondiale de la santé. Disponible sur :

http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_mental_health_day/fr/index.html&title=Journée%20mondiale%20de%20la%20santé%20mentale

Consulté le 12 novembre 2012

[13]. Journée mondiale de la santé mentale 2009, La santé mentale en soins primaires : améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale. Organisation mondiale de la santé.

Disponible sur :

<http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/FRENCH%20WMHD09.pdf>

Consulté le 15 novembre 2012

[14]. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude ESEMeD/MHEDEA 2000, *L'Encéphale*, 2005;31:182-94.

[15]. Place de la santé mentale en médecine générale, Recherche-Action nationale auprès des médecins généralistes, 2010, Enquête du centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS)

[16]. Couty E, Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports

[17]. Campagne de promotion de la santé mentale en France, « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques », janvier 2005, CCOMS

[18]. Milon A, La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe, Rapport n° 328 sur la prise en charge psychiatrique en France, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2009

[19]. Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale. Premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale. Études et résultats. Drees. 2004;347:1-8

[20]. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C et al., La non communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale, *Santé publique*, 1999, volume 11, n°3, p357-362

[21]. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*. 2008;4(5):279-83

[22]. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

[23]. Walter M, Genest P, Réalités des urgences en psychiatrie, *L'information psychiatrique*, 2006;82:565-70

[24]. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. du 5 mars 2002), p 4118, Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers, Art. L.1111-4

[25]. 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 (J.O. n°150 du 30 juin 1990), page 7664

[26]. 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 (J.O. n°0155 du 6 juillet 2011), page 11705, Titre II : suivi des patients, Art L.3212-1 et L.3212-3

[27]. Kowalski S, L'impact sur l'alliance thérapeutique d'une hospitalisation sous contrainte par le médecin traitant, Th D Méd, Nantes; 2010

[28]. Consoli SM, Relation médecin-malade, *Encyclopédie médico chirurgicale (Elsevier, Paris) Encyclopédie pratique de médecine*, I-0010, 1998, 8 pages

[29]. Rouy JL, Pouchain D, Relation médecin-malade et médecine générale, *AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine*, I-005, 2003, 6 pages

[30]. Crespel B, Place du médecin généraliste dans l'hospitalisation à la demande d'un tiers, Th D Méd, Saint-Etienne ; 2010

[31]. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2011, Institut national de la statistique et des études économiques. Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

Consulté le 28 novembre 2012

[32]. Balcou-Debussche M, Baudier F, Beck F, Bourgueil Y, Buttet P, Évrard I et al., Baromètre santé médecins généralistes 2009, INPES

Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf>

Consulté le 29 novembre 2012

[33]. Site de la sécurité sociale. Partie II : objectifs/résultats. Objectif 1 : assurer un égal accès aux soins. Indicateurs n°1-4. Importance des dépassements tarifaires

Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic1-4-pqemaladie.pdf>

Consulté le 04 décembre 2012

[34]. 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 (J.O. n°0155 du 6 juillet 2011), p11705, Titre III : dispositions diverses, Articles L3222-1-1 et L3222-1-1A

[35]. Séminaire du 26 avril 2012 : perspectives de travail collaboratif, Les pistes de travail à développer, ARS Lorraine. Disponible sur internet :

<http://www.ars.lorraine.sante.fr/Seminaire-du-26-avril-2012-p.142105.0.html>

Consulté le 26 novembre 2012

[36]. Agitation en urgence (petit enfant excepté), 9^{ème} conférence de consensus, texte long, 6 décembre 2002, Société francophone de médecine d'urgence

[37]. Rapport sur l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008. Octobre 2011. Haut conseil de la santé publique

[38]. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015, Ministère chargé de la Santé et des Solidarités

[39]. Nomenclature des actes, n°45, avril-mai-juin 2008. Union nationale des omnipraticiens français. Le syndicat des médecins de famille

Disponible sur : http://www.unof.org/IMG/pdf/mdf_45.pdf

Consulté le 28 novembre 2012

[40]. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents 2011. Conseil national de l'ordre des médecins. IPSOS

[41]. Article 122-7 du code pénal, Livre Ier : dispositions générales, Titre II : de la responsabilité pénale, Chapitre II : des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité

[42]. Règlement d'instruction et de manœuvre des sapeurs-pompiers communaux, Ministère de l'intérieur, 4^{ème} édition, 1978

[43]. Briot M, Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006

[44]. Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M, L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste, *L'Encéphale*, 2008, 34, p. 205-210

[45]. Pommereau X, crise suicidaire : faut-il un suivi à court terme ?

Disponible sur : <http://193.49.126.9/conf&rm/conf/confsuicide/pommereau.html>

Consulté le 28 novembre 2012

[46]. Direction générale de la santé, groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé », avril 2002, Ministère de l'emploi et de la solidarité

[47]. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

[48]. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

[49]. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F et al., Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions, *L'Encéphale*, 2010, 36S, D73-D82

[50]. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Pluriels*, *La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*, n°92/93, octobre/novembre 2011

[51]. Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique, Recommandation de bonne pratique, HAS, février 2011

[52]. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale (J.O. n°79 du 3 avril 1990). Titre III : la transformation du dispositif psychiatrique public. II : objectifs à atteindre en tout secteur psychiatrique dans les cinq années à venir

[53]. Passerieux C, Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78, *Annales médico psychologiques*, 2007

8. ANNEXE 1

Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte

1) Votre sexe ?	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
2) Quel est votre mode d'exercice ?	<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> Groupe
-	<input type="checkbox"/> Installé	<input type="checkbox"/> Remplaçant
3) En quelle année avez-vous commencé l'exercice libéral de la médecine ?	<input type="text"/>	
4) Lors de vos études, avez-vous effectué un stage dans un service de psychiatrie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5) Avez-vous déjà suivi une formation médicale continue en psychiatrie (DU, soirées à thèmes, séminaires...) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

	0	1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25
6-a) Combien de fois avez-vous été confronté à la situation d'hospitaliser l'un de vos patients sous contrainte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-b) Combien de patients avez-vous adressé avec un certificat de mise sous contrainte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte

6-c) Lors de cette démarche, quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées?
Merci d'en choisir 3 et de les classer de 1 à 3, 1 étant la plus grande difficulté

- gestion du temps de la consultation
- gestion de l'agitation du patient
- rédaction du certificat
- difficulté d'acheminement du patient jusqu'aux structures hospitalières
- méconnaissance du cadre légal (articles de loi)
- situation difficile à évaluer, symptomatologie fruste
- risque d'un changement dans l'alliance thérapeutique
- risque d'une dangerosité potentielle du patient
- risque d'éventuelles poursuites judiciaires
- expérience personnelle et/ou confraternelle négative
- autre:

7) Vous sentez-vous suffisamment formé quant aux indications d'une hospitalisation sous contrainte ?

oui

non

8) Vous sentez-vous suffisamment formé quant aux démarches nécessaires à l'hospitalisation sous contrainte?

oui

non

9) Avez-vous déjà contacté un psychiatre afin de vous aider dans cette procédure de déclenchement de soins sous contrainte pour un patient ?

oui

non

10) Avez-vous été informé d'un changement récent de législation relatif aux soins psychiatriques sous contrainte ?

oui

non

11) Quelle est, selon vous, la durée de validité du certificat médical initial permettant les soins sous contrainte ?

12) Lorsque vous rédigez le certificat médical initial de soins sous contrainte d'un patient, utilisez-vous un modèle de certificat ?

oui

non

9. LEXIQUE

INSEE = Institut national de la statistique et des études économiques

DREES = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ESEMeD = European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

WMH-CIDI = World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview

DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

HDT = Hospitalisation à la demande d'un tiers

HDTU = Hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence

SPDT = Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPDTU = Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

CHU = Centre hospitalier universitaire

ARS = Agence Régionale de Santé

SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

HAS = Haute autorité de santé

CMP = Centre médico-psychologique

CMP-RT = Centre médico-psychologique -- ressource territoriale

Nom :	BONNECHERE	Prénom :	Natacha
Date de Soutenance :	14 février 2013		
Titre de la Thèse :	Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte: difficultés rencontrées par les praticiens pour initier ces mesures. Etude descriptive réalisée auprès de 165 médecins du Sud Réunion.		
Thèse, Médecine, Lille, 2013			
Cadre de classement :	Médecine Générale		
Mots-clés :	médecins généralistes, psychiatrie, soins sous contrainte, certificat, agitation, formation		

Résumé:

Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte: difficultés rencontrées par les praticiens pour initier ces mesures. Etude descriptive réalisée auprès de 165 médecins du Sud Réunion.

Le placement d'un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers nécessite soit la production de deux certificats médicaux initiaux dans la procédure dite standard soit la rédaction d'un seul certificat dans la procédure d'urgence. Dans la procédure standard, contrairement à celle en urgence, l'un des certificats ne peut être fait par un médecin de l'établissement d'accueil du patient. En première ligne, c'est généralement le médecin généraliste qui rédige ce certificat. Au CHU Sud Réunion, du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011, 318 mesures de contrainte à la demande d'un tiers ont été effectuées. Parmi elles, 83 mesures correspondent à des patients adressés par le médecin généraliste mais placés en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence avec un certificat médical établi par un médecin hospitalier.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les difficultés de ces médecins généralistes lors du placement sous contrainte des patients présentant des troubles mentaux. L'objectif secondaire est d'évaluer l'intérêt du stage en psychiatrie pendant les études médicales et de la formation médicale continue en psychiatrie afin d'améliorer leurs pratiques.

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des médecins généralistes du Sud Réunion.

L'analyse des 165 questionnaires reçus en réponse montre qu'il existe une différence significative entre le nombre de situations rencontrées nécessitant des soins psychiatriques à la demande d'un tiers et le nombre de fois où les médecins généralistes ont rédigé le premier certificat ($\chi^2=128.50$, $p<0.05$). C'est donc qu'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients nécessitant un placement sous contrainte. Même s'ils reconnaissent un manque certain de formation théorique, leurs difficultés principales concernent les démarches pratiques notamment l'acheminement jusqu'à l'hôpital, la gestion de l'agitation du patient et la gestion du temps de consultation. Par ailleurs, les médecins généralistes ayant fait un stage dans un service de psychiatrie se déclarent significativement être mieux formés aux indications des soins psychiatriques à la demande d'un tiers que les médecins généralistes n'ayant pas effectué ce stage ($\chi^2=5.96$, $p<0.05$).

Devant une prévalence grandissante des troubles psychiques, il est urgent de mieux former et accompagner les médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies mentales.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur VAIVA
Assesseurs : Monsieur le Professeur COTTENCIN
Monsieur le Docteur JARDRI
Madame le Docteur CIUPA
Madame le Docteur GOSSELIN

Adresse de l'auteur :

████████████████████ | |
████████████████████
████████████████████