

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

Que pensent les étudiants de 3^e cycle de médecine générale de leur place auprès des patients en santé mentale ?

Étude qualitative à la faculté d'Angers

DUPIN de BEYSSAT Marie

Née le 16 mai 1994 à Tours (37)

Sous la direction du Pr. ANGOULVANT Cécile

Membres du jury

Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine | Présidente

Madame la Professeure ANGOULVANT Cécile | Directrice

Madame la Docteure TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | Membre

Madame la Docteure CAILLIEZ Apolline | Membre

Soutenue publiquement le :
11 Juillet 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DUPIN de BEYSSAT Marie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **21/04/2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) 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 (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine

MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie- Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine

LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie

CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

A Madame la Professeure Christine TESSIER-CAZENEUVE :

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Madame la Professeure Cécile ANGOULVANT

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, ainsi que pour la confiance que vous m'avez accordé en me confiant ce projet de thèse. Je vous remercie chaleureusement pour votre implication, votre écoute, vos précieux conseils et votre bienveillance. Cela a été un plaisir de travailler avec vous.

A Madame la Docteure Gaëlle TEXIER-LEGENDE :

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, je vous remercie d'avoir si gentiment accepté d'y participer. Je vous exprime toute ma gratitude.

A Madame la Docteure Apolline CAILLIEZ :

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, je vous remercie d'avoir si gentiment accepté d'y participer. Je vous exprime toute ma gratitude.

Aux internes volontaires qui m'ont offert un peu de leur temps pour être interrogés et ont ainsi rendu ce travail possible merci. Merci pour la confiance que vous m'avez accordé en vous livrant ainsi. J'espère avec ce travail et ces longues heures d'analyse pouvoir faire entendre au mieux vos perceptions et vos attentes vis à vis du patient en santé mentale

Aux enseignants depuis mon plus jeune âge et jusqu'à aujourd'hui, aux maîtres de stage que j'ai pu rencontrer durant ces 3 années d'internat, merci de m'avoir transmis vos connaissances et vos valeurs. Une attention particulière pour l'incroyable **équipe de gériatre à Saumur** qui m'ont partagé bien plus que leurs compétences médicales. Vos valeurs humaines et votre bienveillance vis à vis des patients sont pour moi un véritable exemple.

A mes trois MSU de SASPAS: Dr Veillerot, Dr Tardy et Dr Laurent, qui sont arrivés à un moment où le monde hospitalier et les gardes devenaient un peu pesant, vous m'avez redonné le sourire et conforté dans le fait que la médecine générale est la plus belle des spécialités.

A mes amis de collège et lycée Clemence V, Claire Dlc, Mathilde H, Lucie H, Marie G, Julien R, Eli M, Arthur N. Même si on s'est peut être perdu de vue, je garde précieusement tous ces moments passés ensemble. Les cours d'espagnol à Sainte Marie, la préparation du TPE, les révisions du bac, les cours à Mathelan, les déjeuners au self ... Arthur, toi qui nous regarde de la haut, on ne t'oublie pas.

A Nordman mon petit poney depuis mes 11 ans. Merci de m'avoir fait vivre tant d'émotions, de m'avoir permis de réaliser mes rêves d'enfant, de m'avoir donné le goût de la persévérance et de la compétition.

A mes amis de l'externat Camille D, Chloé G, Pauline C, Mathilde M, Marine M, Gaëlle Q, Irène C, Constance M. Lorsque les journées à la BU ou au B1A de Bretonneau me paraissaient interminables, il y avait toujours le petit rendez-vous du midi au RU, une séance de course à pied ou une soirée médecine pour décompresser. Vous avez permis de rendre ces années pas toujours évidentes à vivre quotidien, tout simplement belles.

A mes formidables streptocop's: Aurore, Sarah, Astrid, Justine, Elisa, Emma, Capucine, Lucie, Clément, Étienne. Merci pour vos sourires, pour la bonne humeur du groupe à toute épreuve et l'entraide sans faille. Le confinement à l'internat et le stage aux urgences du Mans n'auraient pas eu la même saveur sans vous.

Aurore et Sarah, nous les "stressées du bocal", malheureusement à 30 ans on ne va pas se refaire, mais merci de toujours être là dans les bons comme dans les moments plus durs pour partager nos petits tracas. #groupeBalint.

PS: spéciale dédicace à Sarah et Emma, mes fidèles relectrices de thèse !!

REMERCIEMENTS

Au SCO Triathlon d'Angers qui m'a permis de rencontrer des personnes formidables. Vous étiez une vraie soupape de décompression en sortant de stage ou en lendemain de garde. Faustine et Margaux , je suis tellement contente de vous avoir rencontrées. Merci pour ces beaux moments de sport, ces fous-rires, ces discussions interminables sur le vélo. Vous allez tellement me manquer l'an prochain.

"Aux Darons et aux Daronnes à Vélo", Thomas et Pierre merci d'avoir mis un certain François sur ma route pendant ces années d'externat. Marion fraîche nouvelle recrue de ce groupe, merci de venir mettre un peu de sérénité et de douceur avec ces trois zigotos. Votre amitié à tous les trois est un véritable appui pour François et moi. Je sais qu'on pourra toujours compter sur vous.

A mes incroyables témoins, Chanel, Clara, Maryne et Lucie. Je ne saurais par où commencer. Merci la vie de m'avoir permis de croiser vos chemins.

Chanel, merci d'avoir cru en moi dès le début, de m'avoir conforté dans le choix de faire médecine (en effet je n'aurais jamais pu devenir pilote de chasse vu la myopie qui m'a rattrapé, ou journaliste vu mon niveau en Français ^^). Même si on ne se voit plus autant qu'avant je sais que rien ne change.

Clara mon rayon de soleil , toujours là pour me remonter le moral, nos psychothérapies mutuelles auront fini par payer. Et maintenant qu'on est arrivé au bout, je confirme: il faut être un peu fou pour faire médecine, mais c'est une jolie folie.

Ma Maryne, merci de m'avoir toujours poussé à me dépasser, à prendre confiance en moi, à sortir de ma coquille. A tous ces souvenirs: à la fac, en voyage (Barcelone, Rome, Florence ...), en course à pied. A nos discussions interminables au téléphone à parler de nos journées de consultations ... J'ai hâte de voir la suite.

Lucie, merci pour ta sérénité, pour ton oreille attentive toujours présente. Big UP à ses longues heures de révisions au B1A et aux ecchymoses des ischions après des soirées de folies à danser aux barrières.

A ma belle famille, merci de m'accueillir parmi vous. Merci pour votre confiance et votre soutien pendant ces années. Je n'oublierai jamais ce premier remplacement à Varennes-sur-Loire où vous m'avez permis de trouver un peu de douceur et de réconfort le soir en rentrant de ces premières journées un peu stressantes.

A mon Loulou, mon frère, mon jumeau. Comme disait un célèbre film: " ils n'étaient pas toujours d'accord, enfaîte, ils n'étaient jamais d'accord sur rien, ils se bagarraient tout le temps. Mais en dépit de leurs différences, ils n'étaient rien l'un sans l'autre " . Merci pour les souvenirs, merci de m'avoir transmis ton goût pour la musique qui fut un réel soutien pendant ces années. Je t'aime.

A mes parents, tout d'abord je vous aime infiniment. Merci pour la belle enfance et adolescence que vous m'avez offert, de m'avoir permis de m'épanouir dans mes passions. Merci pour l'éducation et les belles valeurs que vous m'avez transmis, elles sont la base de tout. Enfin, merci de m'avoir supportée et soutenue pendant toutes ces années de médecine. Rien n'aurait été possible sans vous.

Maman, toutes ces années à crapahuter sur les routes de France avec Nordmanou, sont des souvenirs à jamais gravés. Ta force et ton courage au quotidien, ainsi que ton dévouement pour ton travail d'urgentiste m'a toujours rendu admirative, tu es une source d'inspiration.

Papa, nos discussions philosophiques sur la vie m'ont tellement apporté. Merci de toujours être là , de me faire rire même quand ça va pas. Ta résilience et ton optimisme sont un véritable exemple.

A François, mon Bibou. Arrivé au début de la D4 dans ma vie, tu n'auras rien lâché. Malgré mes sautes d'humeur et mes angoisses avant l'ECN puis par la suite durant les 3 années d'internat. Merci de me soutenir au quotidien, de croire en moi quand je n'en ai plus la force, de m'apaiser dans les moments de doute et de me pousser à sortir de ma zone de confort quand c'est nécessaire. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve. Je t'aime infiniment.

Enfin, aux patients que j'ai rencontré pendant toutes ces années et à ceux que je prendrais en charge : merci pour votre confiance, ce travail de thèse vous est dédié. Je sais que ça ne sera pas tous les jours facile, mais je suis prête une nouvelle fois à y mettre tout mon cœur.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Participants

2. Recueil de données

3. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

2. Données recueillies

DISCUSSION

1. Les Forces

2. Les Limites

3. Distinction de deux populations de patients en santé mentale

4. La crainte de l'urgence psychiatrique

5. Mieux connaître le réseau de soins pour gagner en aisance dans la pratique

6. Importance de la notion de « contre-transfert » dans ces consultations

7. Ambivalence des étudiants dans leurs attentes en terme de formation vis à vis de l'offre proposée

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

« Pose des questions, mais surtout écoute les réponses. »

Antoine de Saint-Exupéry – Le Petit Prince

INTRODUCTION

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). Sur le plan épidémiologique, en France, presque un individu sur cinq souffre d'au moins un trouble psychiatrique, soit 12 millions de personnes. En consultation de médecine générale la prévalence des troubles psychiatriques est élevée (environ 25%). Les pathologies relevant de la psychiatrie sont au 3e rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardiovasculaires (2). Depuis plusieurs années et encore plus depuis la crise sanitaire, le pourcentage de population en souffrance mentale ne fait que croître aussi bien chez les adultes que chez les adolescents (3).

Le médecin généraliste (MG) constitue un des acteurs principaux des soins en santé primaire. Celui-ci joue un rôle central dans la prise en charge des troubles mentaux. Il est souvent le premier recours des patients en raison du lien de confiance particulier qu'il entretient et la difficulté d'accès aux psychiatres. Il joue un rôle central dans l'instauration d'un traitement (psychothérapie ou médicamenteux) et de son suivi ainsi que dans la coordination du réseau de soins (4;5). Actuellement en France l'enseignement de la psychiatrie dans le cursus universitaire de médecine générale reste très limité et très hétérogène d'une région à une autre de l'hexagone. Or la qualité des soins est devenue une exigence sociétale. Un groupe de travail national des niveaux de compétences en médecine générale sous l'égide du CNGE a abouti grâce à un processus de consensus d'experts à la production d'une « marguerite » évoquant 6 compétences dont celle « approche globale du patient, prise en compte de la complexité » renvoie à

la problématique de santé mentale (6). De plus le CNGE a défini 11 familles de situations cliniques qui décrivent le champ disciplinaire de la médecine générale (7). Les attendus sont que les étudiants de 3^e cycle (E3C) rencontrent toutes ces situations durant leurs formations et qu'ils développent les compétences nécessaires à la prise en charge des patients. Lorsqu'on regarde en détails ces différentes familles, il n'y en a pas une où l'on ne peut être confronté à une problématique de santé mentale. Par exemple la situation autour de patients souffrant de pathologies chroniques ou de poly morbidité à forte prévalence renvoie à la dimension psychologique du patient face à la maladie. Ceci montre bien à quel point cette problématique est omniprésente dans la pratique. Conformément à l'arrêté du 22 septembre 2004, il est désormais obligatoire dans le cadre du DES de médecine générale de réaliser un temps équivalent à un semestre consacré aux problématiques de santé mentale (8). A Angers cela est organisé sous forme de demi-journées dans une structure de soins, de préférence hors hôpital, où sont accueillis des patients présentant des plaintes traduisant une souffrance psychique ou des troubles psychiatriques. Au total 4 stages de 8 demi-journées par semestre doivent être effectués durant les trois années de DES (9). Dans leur formation, les E3C sont également tenus de rédiger des RSCA (récit de situation complexe et authentique). Le but de cet exercice est d'analyser une situation vécue par l'E3C pour identifier les questionnements que cela soulève sur sa pratique. A partir de là, l'E3C recherche des éléments de réponses et des pistes de réflexion pour répondre à ces questionnements. Durant le stage de niveau 1 en ambulatoire, au moins un RSCA doit porter sur une problématique de santé mentale. Dans la littérature scientifique française peu de données existent sur la formation à la psychiatrie des E3C de médecine générale (10;11). Cependant il existe tout de même quelques travaux de thèse qui font un état

des lieux de cette formation. Tous s'accordent à dire qu'il existe des lacunes dans la formation en santé mentale et notamment en formation spécifiquement théorique à la psychiatrie (12;13;14). L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des E3C sur leur place auprès des patients relevant d'une problématique de santé mentale. L'objectif secondaire était de mettre en évidence leurs attentes en termes de formation.

MÉTHODES

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, auprès des étudiants de 3^e cycle de médecine générale de la faculté d'Angers a été réalisée entre avril 2022 et juillet 2023.

1-Participants

La population cible était les E3C de phase d'approfondissement du DES de médecine générale de la faculté de santé d'Angers sur l'année 2021-2022. Potentiellement ils avaient tous été confrontés à des situations cliniques les mettant en relation avec des patients relevant d'une problématique de santé mentale. L'échantillonnage était raisonné et homogène quant au vécu du phénomène étudié, c'est à dire l'exposition des E3C aux situations cliniques de patients porteurs d'une pathologie mentale.

Le recrutement était réalisé sur la base du volontariat suite à une sollicitation par mail envoyé via le secrétariat du département de médecine générale. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

2-Recueil de données

Le recueil de données s'est déroulé sur la période d'avril 2022 à juillet 2023. Chaque entretien individuel était réalisé dans le lieu qui convenait le mieux au participant (domicile du participant, de l'investigatrice, lieu public, ou visio-conférence). Les entretiens étaient semi dirigés, c'est à dire que l'investigatrice s'appuyait sur un guide d'entretien construit à partir de la littérature et des présupposés de recherche (annexe I). Les hypothèses de départ étaient les suivantes: « 1) Les E3C ne se sentent pas

légitimes, et pas assez formés à la prise en charge des patients souffrant d'une pathologie mentale. 2) Le patient relevant d'une problématique de santé mentale effraie ».

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de l'application « dictaphone » d'un téléphone portable. Au début de chaque entretien le consentement oral des participants était recueilli. Pendant les entretiens, l'investigatrice adoptait une position neutre, une écoute active et relançait le participant chaque fois que nécessaire afin de l'aider à partager son expérience. Les données étaient recueillies jusqu'à atteindre un seuil de suffisance des données, c'est à dire lorsque les réponses et les informations délivrées par les participants au cours de l'entretien étaient devenues redondantes et sans nouvel apport pour l'étude.

3-Analyse des données

Une approche par analyse interprétative phénoménologique (IPA) a été choisie. L'IPA a pour objet d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue. Cette méthode semblait la plus pertinente au vu des objectifs de l'étude.

Les données ont été analysées au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de pouvoir affiner le guide d'entretien si nécessaire.

Les enregistrements ont été retranscrits mot-à-mot de façon intégrale et de manière anonyme par l'investigatrice afin de constituer les verbatims de l'étude. Chaque participant était identifié à l'aide de la lettre E pour « entretien », suivi d'un numéro

correspondant à l'ordre de participation. Par exemple l'entretien du 3^e participant était défini par « E3 ».

La retranscription des données a été effectuée manuellement par l'investigatrice à l'aide d'un logiciel de traitement de texte « Libre Office Writer ». Cela permettait une première familiarisation et contextualisation des données. Chaque verbatim a ensuite été importé dans un tableau à l'aide du logiciel « Libre Office Calc » pour y réaliser le codage.

Un premier codage a été réalisé par l'investigatrice. Ce codage a ensuite été confronté à un double codage afin de vérifier la concordance des unités de sens codées conformément au principe de triangulation.

Les éléments ainsi codés ont ensuite été réarrangés et catégorisés jusqu'à émergence de thèmes « super-ordonnés » donnant un sens commun à tous les participants afin de proposer un modèle explicatif. Cette réorganisation du codage a été réalisée via des cartes mentales pour chaque entretien sur le site en ligne « MindMeister ».

RÉSULTATS

1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Au total 9 entretiens ont été réalisés. L'ensemble des caractéristiques des internes interrogés sont répertoriées dans le tableau I.

Sur les 9 internes interrogés, 7 étaient des femmes et 2 des hommes. Ils étaient âgés de 26 à 29 ans. Sur l'ensemble des internes interrogés, deux étudiants avaient déjà réalisé leur stage de SASPAS, 6 y étaient lors de la réalisation de l'entretien et 1 étudiant n'avait pas encore réalisé ce stage. La durée moyenne de l'ensemble des entretiens était de 19 minutes, s'échelonnant de 12 minutes au plus court, à 33 minutes au plus long. Huit des 9 entretiens ont pu être réalisés en présentiel et 1 en visioconférence.

Tableau I: Caractéristiques des participants

	Sexe	Age (années)	Semestre d'étude	Stage au moment de l'entretien	Durée de l'entretien (minutes)	Stage psychiatrie*	Lieu de l'entretien
E 1	F	28	S5	SASPAS	16	Oui	Domicile de l'investigatrice
E 2	F	27	S5	SASPAS	20	Non	Domicile du participant
E 3	F	27	S6	SASPAS	21	Non	Domicile du participant
E 4	M	27	S6	SASPAS	33	Non	Domicile du participant
E 5	F	27	S6	Stage Libre	22	Non	Domicile du participant
E 6	F	27	S6	Stage libre	12	Non	Lieu public
E 7	M	26	S4	Médecine polyvalente	19	Oui	Lieu public
E8	F	27	S6	SASPAS	16	Oui	Visio
E9	F	26	S6	SASPAS	14	Non	Lieu public

** réalisation d'un stage de psychiatrie pendant l'externat ou l'internat (autre que les demi-journées de stages de souffrance psychique)*

2. DONNÉES RECUEILLIES

L'analyse des données a permis d'identifier dix résultats principaux relatifs au ressenti des E3C lorsqu'ils ont été amenés à prendre en charge un patient relevant d'une problématique de santé mentale.

2.1 La présence d'une multitude de traits singuliers chez le patient en santé mentale le rendait complexe par rapport aux autres patients de médecine générale

Les E3C qualifiaient les consultations avec des patients venant pour une problématique de santé mentale comme étant « *des consultations qui sont difficiles pour plusieurs raisons* » (E3).

2.1.1 La symptomatologie

Certains étudiants mettaient en avant le fait que parfois les patients venaient pour une problématique différente du réel problème sous-jacent :

« *Quand je commence à l'interroger je sens bien que le problème ce n'est pas la douleur de ventre* » (E3).

Ils parlaient alors de « *motif caché* » (E2). Cela pouvait se traduire par différentes manifestations somatiques :

« *Des arrêts de travail un peu répétés, ou des motifs un peu particuliers où tous les examens ont été fait comme des lombalgies avec des scanners ou des IRMs qui ne montrent rien du tout* » (E2).

Ainsi toute la difficulté de la consultation était de dépasser ces problématiques de façade pour faire émerger le problème de fond :

« Au final quand on creuse, on trouve des problématiques au travail, des choses comme ça » (E2).

Dans ce contexte, les étudiants exprimaient leurs difficultés à interpréter les symptômes physiques chez les patients en santé mentale. Ces symptômes pouvant être à la fois l'expression somatique de leur mal être psychique comme expliqué précédemment ou alors un réel problème organique sous-jacent. La crainte principale était alors de faire une erreur de diagnostic :

« Et là il ne faut pas passer à côté de quelque chose, car au début on sait pas trop si c'est lié à la souffrance psychique ou si il y a un réel trouble organique derrière » (E8).

Cette crainte de l'erreur était renforcée par le fait que souvent les patients venaient avec *« des plaintes multiples »* (E7). Ces plaintes multiples pouvaient parfois induire une certaine lassitude chez les soignants et donc une baisse de vigilance :

« Je veux dire ... pas qu'il ne faut croire ou pas croire mais heu ... je veux dire qu'on ne prend peut-être pas toujours la plainte avec le même niveau de sérieux, même si j'essaie toujours de prendre la plainte au premier degré (...) Mais c'est vrai que quand ça se répète, et ça se répète bah ... c'est compliqué » (E7).

2.1.2 Le manque de compliance et d'observance aux soins

Les étudiants évoquaient une certaine difficulté à prendre en charge ces patients du fait de leur manque de compliance aux soins :

« Parfois les patients ont tendance à oublier les rendez-vous, ou ne pas venir parce que finalement, ils ne veulent plus » (E8).

Ce comportement induisait une complexité supplémentaire *« à la prise en charge pour l'intégrer dans le planning »* (E8).

Certains décrivaient aussi un manque d'observance de la part de ces patients dans les traitements mis en place et donc la sensation d'être démunis pour les prendre en charge :

« Il ne voulait pas de traitement particulier (...) il refusait les benzo, donc j'avais pas trop de solution à lui apporter » (E9).

2.1.3 Nécessité d'une prise en charge globale

Enfin ces patients étaient décrits comme nécessitant une prise en charge globale, car ils s'inscrivaient dans ce qu'on appelle « *le modèle bio-psycho-social* » (E4).

C'est à dire que d'un problème initial découlait très souvent d'autres problématiques pouvant être somatiques, psychiques ou sociales.

Un interne évoquait le fait que selon lui « *les patients avec un problème de santé mentale, ce sont les patients pour lesquels on nous parle souvent "du modèle bio-psycho- social". Ce sont les patients qui selon moi, représentent le plus ce modèle-là* » (E4).

2.2 Appréciation ambivalente de la place des accompagnants lors des consultations en santé mentale selon la situation

Dans certaines des consultations relatées, les patients venaient accompagnés par un proche. Souvent il s'agissait d'un membre de la famille. Certains étudiants semblaient percevoir cet accompagnement comme une contrainte.

Un étudiant mentionnait comme exemple une consultation de pédiatrie, où la relation triangulaire était omniprésente et pas toujours évidente pour faciliter la communication:

« J'avais fait revenir le papa, j'avais essayé d'expliquer un peu la situation mais le papa était dans le déni total et il n'y avait pas de discours possible entre les deux (le père et le fils) » (E3).

Une autre étudiante mentionnait une consultation avec une personne âgée souffrant d'une déficience auditive, accompagnée par sa fille :

« Je me suis sentie un peu démunie au début car je ne connaissais pas la patiente, (...) elle avait des troubles de l'audition donc il y avait sa fille qui était là mais elle me donnait pas toujours des infos très claires » (E8).

Cependant ces difficultés ne semblaient pas propres aux consultations de santé mentale.

A contrario une autre interne mentionnait tout de même l'importance des proches et semblait valoriser la présence de l'entourage dans ces prises en charge complexes :

« Elle est quand même bien entourée, par sa famille, par ses amis, par son petit copain aussi » (E1).

Cette difficulté rencontrée avec l'entourage pouvait en partie être attribuée au statut de « médecin de famille » qui fait que le médecin (en l'occurrence l'étudiant ici) suivait souvent plusieurs membres de la famille :

« J'avais un peu plus de mal à lui demander sur le contexte familial parce que du coup j'avais vu sa mère le matin même en consultation » (E1).

Ainsi l'entourage semblait jouer un rôle clé dans ces prises en charges mais pouvant être vécu par l'étudiant soit comme un soutien, soit comme une difficulté supplémentaire selon la position adoptée par l'accompagnant.

2.3 Impact non négligeable de la charge mentale induite chez les étudiants par les consultations de santé mentale

Une expérience commune à tous les E3C et qui revenait souvent semblait être la charge mentale importante induite par ces consultations.

Un étudiant exprimait le fait que *« par rapport à une consultation classique, c'est une consultation qui va un peu m'épuiser mentalement »* (E4).

En effet ces consultations demandaient une écoute active plus importante de la part des E3C et étaient donc consommatrice d'énergie :

« Il faut être bien à l'écoute de ces patients, donc ça prend pas mal de temps et d'énergie » (E8).

2.3.1 : Le risque suicidaire

Une arrière-pensée des E3C qui revenait fréquemment était la crainte du risque suicidaire. Cette crainte était à la fois vis à vis du patient concerné, et vis à vis des conséquences que cela pourrait avoir sur l'entourage du patient :

« Parce qu'on a toujours la peur derrière quand même que ... baaaaah c'est pas rien la dépression ... il peut y avoir des risques de passage à l'acte. Elle est jeune, elle a 2 enfants donc ... » (E4).

Les E3C devaient aussi parfois faire face à des menaces d'hétéro-agressivité :

« Après il a dit que c'est sa femme qu'il pousserait dans l'eau » (E2).

Il arrivait même parfois que le patient s'en prenne directement à l'étudiant, mais celui-ci semblait réussir à mettre une certaine distance :

« Et il avait fini par dire: « oui c'est vous qui finirez dans l'eau » (...) Bon je ne m'inquiétais pas trop pour moi car je me disais qu'il n'allait rien m'arriver » (E2).

Cependant toutes ces menaces étaient pourvoyeuses d'une charge mentale importante chez l'étudiant : « *J'avoue que ça m'a quand même trotté dans la tête tout l'après-midi cette consultation* » (E2).

2.3.2 Confrontation à des situations difficiles

Certains étudiants mentionnaient ne pas toujours être à l'aise vis à vis de certaines situations auxquelles ils étaient confrontés. Cela pouvait faire écho à leur vie personnelle :

« *C'est tellement une mauvaise passe dans la vie de tout le monde de passer par l'adolescence !* » (E1).

Ou alors ils renvoyaient au fait que certaines situations étaient tout simplement trop difficiles à entendre et ce même pour un soignant :

« *Il y a des histoires baaaaah... j'aurais pas forcément eu envie de les entendre.* » (E3).

Ainsi une étudiante évoquait le fait qu'elle essayait « *de se blinder, de se mettre une carapace* », pour se protéger, mais ces consultations restaient malgré tout « *difficile d'un point de vu émotionnel* » (E3).

2.4 Sentiment d'isolement dans les prises en charges

Les étudiants interrogés évoquaient l'importance d'un « *suivi conjoint avec un psychiatre* », notamment pour « *les pathologies plus sévères comme les troubles psychotiques* » (E9). Cela semblait important pour eux de ne pas « *rester seul dans la prise en charge* » (E4).

Cependant les médecins psychiatres principalement et dans une moindre mesure les psychologues étaient souvent décrits comme difficiles d'accès. Les étudiants disaient

« être face à des mois énormes de délais » (E4). Et ce, même pour obtenir un avis dans une prise en charge : « c'est hyper dur d'avoir même juste un avis » (E3).

Cette difficulté d'accès aux spécialistes créait un sentiment d'isolement chez les E3C :

« Donc on peut parfois être un peu seul » (E5).

Cependant malgré cette difficulté d'accès aux soins psychiques, on constatait que le patient restait au cœur de leurs priorités et qu'ils essayaient à chaque fois de faire le maximum :

« On prend les choses en main même si parfois on aimerait bien avoir quand même l'avis du spécialiste... » (E4).

Une étudiante mentionnait également le manque de communication entre les psychiatres et le médecin traitant :

« J'avais pas eu le compte rendu (...) ça ne facilite pas les choses » (E5).

Par ailleurs comme les E3C changeaient de terrain de stage tous les 6 mois, ils ne se sentaient pas toujours à l'aise avec le réseau de soins du territoire où ils exerçaient :

« C'est hyper compliqué car comme on change de stage tous les 6 mois, lorsque les patients nous demandent « est ce que vous avez un psychologue à me conseiller ? » Nous on sait pas, parce qu'on ne connaît pas forcément toujours la région » (E3).

Cependant certaines structures telles que les CMP et les CSAPA étaient présentées comme une valeur sûre et un véritable appui pour les E3C du fait de leur existence au niveau nationale :

« Globalement, il y a toujours les CMP et les CSAPA, ça, ça existe au niveau national » (E8).

2.5 Difficulté à intégrer ces patients dans le planning d'un médecin généraliste

Au fil des entretiens, on a pu constater que les E3C décrivaient les consultations de santé mentale comme « *chronophages* » (E8). Le temps apparaissait comme un élément central de la consultation :

« En général les consultations durent un quart d'heure, là tu sais que facilement, ça va aller sur du 20/25 minutes si il faut. Mais en vrai ça nécessiterait 45 minutes voire une heure de discussion » (E7).

Lors des entretiens, la plupart des étudiants mettaient en avant le fait qu'il fallait du temps pour obtenir une compréhension précise du mode de fonctionnement du patient :

« Chez les patients qui sont sous neuroleptiques ou qui ont des troubles du comportement ou autre, le lien ne va pas se faire de la même manière , il faut prendre le temps de comprendre comment fonctionne le patient » (E6).

Et qu'il fallait également du temps pour offrir une écoute la plus appropriée au patient :

« On sait que ça va durer une heure car on sait qu'ils ont besoin de parler » (E1).

Ce facteur temps était vécu comme une contrainte car difficile à intégrer dans le planning d'un médecin généraliste déjà surchargé :

« Ça représente une difficulté pour la gestion du planning ces gens-là » (E3).

Et surtout cela pouvait induire une certaine frustration chez l'étudiant qui ne pouvait pas prendre autant de temps qu'il l'aurait souhaité pour répondre aux attentes du patient:

« Ils arrivent avec toutes leurs souffrances et on se rend compte en fait qu'on va pas prendre 15 min. Donc ça, c'est compliqué » (E3).

2.6 Identification claire des rôles à jouer auprès de ces patients selon les compétences de chacun

Les E3C étaient unanimes quant à l'importance de leur rôle à jouer auprès des patients porteurs d'une pathologie mentale. Ils décrivaient les patients en santé mentale comme étant « *des patients chroniques* » (E4), c'est à dire qui nécessitaient d'avoir un « *suivi régulier* » (E6).

Ce suivi régulier permettait d'avoir un rôle de « *dépistage* » (E8) et de prévention vis à vis des troubles psychiatriques. Ils avaient également un rôle « *d'orientation si il y a besoin d'un avis spécialisé ou d'un suivi particulier* » (E8).

Enfin les E3C soulignait l'importance du suivi somatique chez ces patients trop souvent délaissés :

« *J'essaie d'avoir une approche globale du patient, c'est à dire, de ne pas m'occuper uniquement de la sphère psychiatrique (...) car on sait que ce sont des gens qui sont moins bien soigné de manière générale* » (E6).

Cette diversité de rôle était permise parce qu'ils se décrivaient comme étant plus accessibles que les psychiatres : « *On est souvent en première ligne* » (E8). Ceci renvoi à la notion de médecin de premier recours, ici les E3C utilisaient le terme de « *médecin de proximité* » (E6).

Ceci était particulièrement vrai notamment pour les syndromes anxio-dépressifs. Les E3C présentaient ces troubles comme les plus fréquents rencontrés au cabinet de médecine générale :

« Le trouble anxio-dépressif au final il arrive facilement au cabinet et ... euuuh ... c'est nous qui essayons les premières thérapeutiques et les psychothérapies » (E3).

De plus les étudiants mentionnaient aussi le fait que le statut de « médecin traitant » ou « médecin de famille » leur conférait un rôle d'écoute privilégié car ils avaient l'avantage d'avoir un lien particulier avec ces patients qu'ils suivaient en général depuis longtemps contrairement aux psychiatres.

« Ils disent souvent qu'il n'y a pas la même écoute que avec le médecin généraliste (...) Le médecin généraliste il les connaît bien. Il les suit souvent depuis un peu plus longtemps et donc ils ont besoin de cette écoute-là » (E3).

L'importance de ce lien permettait *« de garder un lien dans le milieu de soins avec ces patients qui peuvent parfois être un peu délaissés » (E8).*

Tous étaient également unanimes pour dire qu'ils avaient un rôle clé dans l'évaluation de l'urgence psychiatrique.

« Le fait d'évaluer le risque de passage à l'acte, le risque hétéro ou auto-agressif, sur la nécessité d'une hospitalisation ou pas, là ça va » (E6).

Ils se disaient majoritairement à l'aise avec cette pratique et ce quel que soit le contexte :

« Je savais faire et je pense que même si ça n'était pas une dépression, si c'était par exemple quelqu'un de délirant on saurait repérer en gros s'il a un danger immédiat ou pas » (E4) .

2.7 Manque d'aisance dans certains domaines précis

Au fur et à mesure des entretiens, les E3C évoquaient certaines difficultés dans des domaines précis.

2.7.1 : La communication

Certains étudiants mentionnaient des difficultés de communication et ce à plusieurs niveaux.

Un premier étudiant mentionnait des difficultés à développer un entretien avec le patient:

« Et ce sont des consultations qui demandent aussi je pense, une certaine capacité d'écoute, d'empathie, d'entretien motivationnel. Savoir rebondir, savoir où on veut emmener le patient. Parce si on s'arrête à "bon comment ça va ?" ... » (E4).

D'autres avaient des difficultés notamment avec les adolescents :

« Elle ne me regardait pas. Elle avait la tête ... enfin le regard baissé dans les cuisses quoi. Hum ... et donc en fait quand on lui posait une question elle répondait par oui ou non et elle n'avait pas du tout d'explications à donner. Donc ça a été très dure cette première consultation parce qu'il a fallu ... (souffle, soupire) vraiment creuser, se dépatouiller du truc quoi ! » (E5).

Une autre encore mentionnait sa difficulté à *« comment arriver à établir un dialogue on va dire d'égal à égal avec un patient psychotique ? Ce sont des patients qui sont quand même difficiles à aborder, à comprendre » (E2).*

2.7.2 : Les patients plus lourds tels que bipolaires ou psychotiques

Certains étudiants ne pensaient pas avoir de compétences pour prendre en charge ces patients :

« Tout ce qui est troubles bipolaires, schizophrénie et tout, je ne vois pas ce que je pourrais apporter la dedans » (E1).

Souvent les E3C mettaient en avant le fait qu'ils avaient finalement été assez peu confrontés à ces patients durant leur formation :

« J'ai pas eu l'occasion d'avoir des patients avec des pathologies psychiatriques plus lourdes comme la schizophrénie » (E1).

Mais lorsque l'on creusait un peu, on se rendait compte qu'ils en avaient parfois déjà vu mais lors de consultations pour des motifs somatiques avec ainsi des patients équilibrés:

« Par exemple, je n'ai pas vu ... ou peut être une fois si j'ai vu un schizophrène (en consultation de médecine générale). Mais PAS pour un renouvellement de traitement ou une décompensation » (E5).

Finalement la crainte principale des internes était la décompensation aiguë de la pathologie :

« Gérer les crises aiguës, ça s'est quelque chose sur lequel que je ne me sens pas à l'aise. Et c'est bête mais ça fait plus peur aussi » (E3).

De plus dans certains entretiens les E3C relataient le fait qu'il y avait souvent une volonté de la part des maîtres de stage de les protéger de ces patients lorsqu'ils étaient en décompensation.

Et ce à la fois en milieu hospitalier :

« Après aux urgences y avait forcément les fins de nuit où il y avait toujours un schizophrène, un addict dans le coin mais au final on les met un peu de côté en attendant le lendemain que l'équipe psy passe » (E1).

Ou en stage ambulatoire :

« Du coup on en a pas mal parlé avec mon maître de stage et en fait de base c'est un patient que les internes ne doivent pas voir car c'est vraiment très compliqué avec lui » (E2).

2.8 Ambivalence vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses

Un autre point central qui semblait mettre plus ou moins en difficulté les étudiants selon les individus interrogés était l'acte de prescription médicamenteuse.

Les E3C reconnaissaient la prescription de médicament comme étant un de leur rôle clé auprès du patient en santé mentale. Cependant tous semblaient être en difficulté à un moment donné. Cette difficulté était variable selon le type de patient pris en charge, ou le type de traitement à prescrire en initiation ou en renouvellement.

2.8.1 : Les neuroleptiques, antipsychotiques et thymorégulateurs

Tous étaient unanimes pour dire qu'ils ne se sentaient pas compétents pour gérer ces traitements. Et ce aussi bien dans l'instauration du traitement :

« Ce n'est pas nous qui introduisons ce genre de traitement, tout ce qui est antipsychotique, c'est vraiment plus les psychiatres » (E2).

Que dans le renouvellement :

« Pas à l'aise du tout, même pour renouveler les traitements en soit (...) je saurais pas si il faut changer quelque chose ou pas ... ouai pas très à l'aise avec ces thérapeutiques-là » (E9).

Cependant on constate que malgré leur manque d'aisance ils arrivaient quand même à prendre la responsabilité de renouveler le traitement :

« Bon bien sur je les renouvellerais comme je sais que c'est le psychiatre qui les a prescrit » (E9).

Et si besoin d'aller chercher l'information qui leur manquait pour être le plus efficient possible :

« Donc j'étais embêtée, j'ai cherché sur le Vidal, mais voilà ce n'est pas un traitement que j'ai l'habitude de manier (la Quétiapine) » (E8).

2.8.2 : Les anxiolytiques et antidépresseurs

Pour ce qui est de la prescription des anxiolytiques et des antidépresseurs, la position était plus nuancée. Certains internes se disaient mal à l'aise vis à vis de ces prescriptions mais reconnaissaient que malgré tout ils y étaient souvent confrontés :

« Les traitements médicamenteux qu'on utilise en médecine générale : les anxiolytiques, les hypnotiques, les anti-dépresseurs, ce sont des choses avec lesquelles je suis pas forcément à l'aise. Si demain je dois introduire un antidépresseur, je vais pas mal hésiter, je vais pas savoir lequel choisir » (E8).

Ceci était lié notamment à la crainte des interactions médicamenteuses et aux effets indésirables induits par ces médicaments, notamment au niveau cardiaque :

« J'ai mis Escitalopram sans penser à lui faire un ECG pour vérifier l'intervalle QT (...) finalement même les effets indésirables, je ne les connais pas non plus énormément » (E4).

Cependant certains déclaraient que les connaissances et l'assurance vis-à-vis de ces prescriptions étaient acquises au fur et à mesure avec la pratique durant l'internat :

« Surtout en début d'internat, j'étais assez frileux sur les traitements. Je le suis moins maintenant » (E7).

Enfin d'autres semblaient encore plus réticents à introduire ces traitements chez des adolescents.

« Moi je savais pas trop si je pouvais introduire ou non des médicaments parce que 15 ans ... il avait un peu ... enfin physiquement il avait un profil adulte mais il a que 15 ans quoi. Donc j'ai rien introduit » (E3).

2.9 Importance de la place du travail et de la scolarité dans les problématiques de santé mentale

Comme expliqué dans la première sous partie de ces résultats, les E3C définissaient les prises en charge des patients en santé mentale comme « globale ».

Dans cette « globalité » on retrouvait souvent une place importante de la sphère professionnelle.

Certains internes relataient le travail comme pourvoyeur de souffrance, ils parlaient alors de « *Burn out* » (E7). Ceci pouvait être dû à un surmenage :

« J'avais à faire à quelqu'un qui était débordé de travail (...) il était totalement submergé par sa sphère professionnelle » (E7).

Ou alors cela pouvait être lié à un conflit avec des collègues :

« Dernièrement j'ai suivi une patiente pour harcèlement moral à l'école, c'est une enseignante » (E2).

Un parallèle similaire pouvait être fait chez les enfants et les adolescents avec la scolarité :

« Elle n'arrive pas à gérer l'anxiété due au bac qui arrive et la pression de savoir ce qu'elle va faire de sa vie après » (E1).

D'autres mentionnaient le travail non pas comme un élément à l'origine de la souffrance du patient, mais comme un facteur à prendre en compte dans son environnement lorsque celui-ci était en souffrance :

« Ma prat lui avait mis un traitement symptomatique par benzo et lui avait fait un arrêt de travail car il voulait taper sur ses collègues ... enfin bref c'était compliqué donc elle lui avait fait un arrêt pour qu'il puisse se poser, faire son sevrage » (E9).

Ainsi quelle que soit la situation, travail et santé mentale était souvent perçu comme indissociable. Ainsi les E3C étaient fréquemment amenés à réaliser une prescription d'arrêt de travail :

« Souvent il y a l'arrêt de travail qui va avec, c'est ça qui est complet » (E4).

Surtout dans les burn-out où *« la première prise en charge c'était l'arrêt de travail pour faire une extraction du milieu professionnel (E7) »*.

Cette mise en arrêt était alors souvent prolongée du fait du processus lent de guérison en santé mentale. C'était alors parfois difficile à accepter de la part du patient :

« C'est toujours compliqué hein parce que généralement on sait qu'il va falloir un mois mais c'est pas très bien accepté » (E7).

Parfois même, il fallait voir plus loin que le simple arrêt de travail et envisager un changement de profession : « *Elle avait quitté son job* » (E4).

2.10 Attentes en termes de formation

Sur la formation globale au sein du DES de médecine générale, plusieurs axes principaux se dégageaient au sein de cette analyse.

2.10.1 : Les E3C décrivaient l'existence de plusieurs modalités de formations

Tous les étudiants évoquaient une expérience acquise essentiellement au cours des stages :

« *Je suis à l'aise parce que j'en ai fait beaucoup, mais c'est lié plus à mon stage, parce que j'ai vu beaucoup de patients* » (E3).

Ils mettaient en avant l'aspect indispensable de la pratique pour progresser :

« *Après pour être plus à l'aise sur les consultations, et bien ... il faut pratiquer* » (E4).

Ils mentionnaient également l'importance du compagnonnage de leurs MSU lors de ses stages :

« *Et puis bah en SASPAS lors des débriefing le soir , on pose facilement des questions donc ça aide bien* » (E2).

Ainsi que l'importance de leur travail personnel :

« *Et sinon je me forme par moi-même, je lis «Prescrire» ou des choses comme ça pour me former, surtout pour la partie thérapeutique* » (E9).

Tous ont mentionné l'existence des stages de souffrance psychique. Parfois de façon positive :

« *Les stages de souffrance psy qui mine de rien sont quand même pas mal* » (E2).

Ou alors de façon plus mitigée comme cette étudiante qui avait effectué un stage en institut psychothérapique pour adolescents. Elle déplorait surtout l'accueil et l'attention qu'on lui avait porté durant ce stage :

« Il y a les stages de prise en compte de la souffrance psychique à Angers. Pour moi personnellement ça ne m'a pas apporté grand-chose (...) Les médecins qui étaient sur place n'étaient pas très investies, parfois ils ne savaient même pas que je venais, donc c'était pas hyper bien organisé. J'ai passé pas mal de temps sur une chaise à attendre dans le bureau de soins. » (E8).

Certains voyaient ce stage comme une bonne occasion de découvrir le réseau de soins :

« Ça a quand même permis de me faire connaître le réseau de soins (...) parce que j'ai des amis qui en ont fait au CAMPS, d'autres à la MDA. Et du coup, en discutant avec mes co internes on se dit "Ah, ça existe ça ? Et du coup t'as vu quoi ? Ah OK, on peut orienter les ados là-bas" » (E4).

Cependant certains évoquaient quand même une sensation de trop grande autonomie qui semblait pesante :

« Au final j'ai l'impression quand même qu'on doit beaucoup se débrouiller par nous-même » (E7).

On a pu constater qu'aucun étudiant n'a fait allusion aux RCSA.

2. 10. 2 : Impact du milieu d'exercice dans la formation

Une étudiante mettait en avant le fait que finalement les problématiques de santé mentale étaient omniprésentes en stage, que ce soit à l'hôpital ou en ville. Ainsi selon elle on pouvait se former partout :

« Pendant l'internat , bah ... des patients avec des problématiques de santé mentale finalement on en voit sur tous les stages » (E8).

Mais paradoxalement, comme évoqué précédemment, lorsque qu'on interrogeait les internes sur les stages de souffrance psychique, certains évoquaient des stages comme moins pertinents que d'autres pour leur pratique :

« Ils sont plus ou moins bien. Moi j'en ai fait deux en pédo-psy et deux où c'était en fait des stages de soins palliatifs et donc du coup ils étaient considérés comme de la souffrance psychique mais on avait pas de formation sur vraiment de la psy » (E3).

Quelques-uns prônaient l'importance d'avoir une formation surtout ambulatoire :

« Je pense qu'il faudrait vraiment aller soit en CMP ou avec une équipe de psychologues (...) Plus en consult' qu'en hospitalisation finalement, parce que ce n'est pas trop la patientèle qu'on voit » (E5).

D'autres valorisaient le fait d'avoir une formation diversifiée, cela leur permettait d'être confrontés à des cas qu'ils avaient moins l'habitude de voir en médecine générale comme les patients lourds type schizophrènes ou bipolaires en cours de décompensation :

« à X , c'était de la psy pure, j'étais en secteur fermé donc avec des cas assez lourds en hospitalisation. C'était intéressant, car ce n'est pas des cas qu'on voit tout le temps, c'est pas mal d'en avoir vu (E9) ».

2. 10. 3 : Proposition d'axes d'améliorations de la formation

Beaucoup d'E3C soulevaient le manque de formation théorique :

« Après sur le plan théorique pure je trouve qu'il n'y a pas tant de cours de que ça à la fac » (E8).

Lors des entretiens, les étudiants étaient demandeurs d'une formation dite « *pratico-pratique* » (E8), c'est à dire adaptée à leur pratique de la médecine générale.

Ils mettaient notamment tous l'accent sur le souhait d'être mieux formés sur les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses :

« *Vraiment les deux gros axes on va dire qu'il faudrait approfondir sont : les thérapies médicamenteuses (...) Et le deuxième axe, ça serait tout ce qui est paramédical qui pourrait nous aider à accompagner les patients* » (E2).

Pour expliciter cet aspect « *pratico-pratique* », ils mentionnaient le fait que leurs attentes en termes de formation évoluaient en fonction de leur semestre d'études :

« *Alors je pense que nous les internes au départ la première année, on est souvent plus à la recherche de pratique quand on est un peu stressé en consultations (...) être à l'aise avec le diagnostic, les molécules, le réseau de soins* » (E4).

Ce même étudiant qui avait eu comme stage de souffrance psychique un groupe Balint dès le 2^e semestre disait ne pas en avoir pleinement profité :

« *Clairement c'était en décalage* » (E4).

Cependant il admettait que cela lui aurait été beaucoup plus bénéfique en phase d'approfondissement :

« *Là je pense que du coup en 2^e partie, en phase d'approfondissement c'est là où le Balint est le plus intéressant* » (E4).

En finalité, tous valorisaient une formation avec la participation de plusieurs intervenants, comme il s'agissait de prise en charge pluridisciplinaire :

« *Ce sont des prises en charge qui ne sont pas uniquement médicales, donc vraiment avoir une prise en charge globale avec d'autres intervenants* » (E2).

Une étudiante évoquait l'importance de la présence de psychologue « *parce qu'on envoie pas tout le monde chez le psychiatre* » (E1).

Une autre mentionnait l'importance d'avoir le point de vu de psychiatres afin qu'ils puissent « *apporter leur propre expertise en tant que spécialiste, notamment sur les traitements, à quel moment orienter le patient* » (E8).

Cependant le but premier était toujours d'être le plus efficient dans sa pratique de médecin généraliste :

« *Le psychiatre seul aurait trop un œil spécialisé, il ne voit pas comment nous on fait nos consultations* » (E1).

DISCUSSION

1. Forces

Plusieurs forces peuvent être attribuées à cette étude. Premièrement, suite à une revue de la littérature scientifique française, il a été constaté qu'il n'existait jusqu'à présent que peu de données sur la formation et encore moins sur le vécu des E3C à la prise en charge des patients en santé mentale. Plusieurs travaux de thèse au niveau loco-régional ont été réalisés (12 ;13 ;14). Cependant sur ces 10 dernières années, au niveau national, seulement deux études s'intéressaient à la formation des médecins généralistes en santé mentale (10 ;11).

L'analyse IPA utilisée était une méthode d'analyse qualitative du discours propice à la compréhension de l'expérience vécue et du sens que les individus donnaient à leurs événements de vie. Elle permettait de recueillir des données au plus près de la réalité. L'utilisation d'un guide d'entretien permettait une expression libre et autonome des E3C tout en gardant un fil conducteur.

Le nombre d'entretien réalisé a été conditionné par la notion de suffisance des données. En pratique, cela se traduisait par l'absence de nouveaux points émergeant lors de la réalisation des cartes mentales.

L'objectivité de l'étude a été favorisée par la triangulation des données.

Les résultats obtenus étaient différents des thématiques abordées dans le guide d'entretien, ce qui représente un gage de qualité.

Des résultats inattendus ont émergé comme l'impact de la place du travail et de la scolarité dans les problématiques de santé mentale.

Enfin le travail rédigé était conforme aux lignes directrices COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) pour l'écriture des rapports de recherche qualitative (16) (Annexe II).

2. Les Limites

Malgré ces forces, il existe néanmoins des limites. Les E3C interrogés pour notre étude étaient des étudiants du DES de médecine générale de la faculté d'Angers. Les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des E3C du DES de médecine générale de France. Cependant il a été identifié dans la littérature, une étude semblable utilisant une méthodologie différente, étude qualitative par analyse thématique, réalisée à Grenoble en 2019 et présentant des résultats similaires (12).

Par ailleurs, les E3C interrogés, étaient sans doute des internes ayant un attrait pour la santé mentale, ce qui peut induire une certaine limite.

Il s'agissait du premier travail de recherche de l'investigatrice, cela a donc pu potentiellement affecter la qualité des entretiens et de l'analyse.

Enfin, l'absence de relecture des verbatims par les participants a pu potentiellement conduire à une perte de signification de certains verbatims lors de leur analyse malgré la retranscription mot-à-mot effectuée.

3. Distinction de deux populations de patients en santé mentale

Pour rappel dans nos hypothèses de départ nous supposions que « le patient en santé mental était effrayant et que l'E3C ne se sentait pas légitime pour le prendre en charge ». Les résultats de cette étude ont partiellement corroboré ces hypothèses.

A la lecture des résultats nous pouvons constater que les E3C avaient tendance à distinguer deux catégories de patients en santé mentale.

D'une part les patients souffrant de syndrome anxio-dépressif vis à vis des quels les E3C se disaient majoritairement à l'aise et légitimes. D'autre part des patients dits plus « lourds » comme les troubles psychotiques ou bipolaires vis à vis des quels les E3C étaient plus réticents à les prendre en charge et donc moins légitimes.

Les données de littérature vont dans ce sens. Le travail de thèse réalisé à Grenoble en 2019 chez les E3C confirmait cette vision dichotomique des troubles psychiques. Ils qualifiaient les troubles anxio-dépressifs comme relevant de la pratique courante (12).

3.1 Une prise en charge plus assurée des troubles anxio-dépressifs mais perfectible

Cette aisance vient sans doute du caractère plus fréquent des troubles anxio-dépressifs en médecine générale en comparaison aux troubles psychiques plus lourds.

Une étude nationale réalisée en 2018 sur la prise en charge de la dépression en médecine de ville montrait son caractère omniprésent dans la pratique (38). La majorité des MG de ville déclarait prendre en charge, chaque semaine, des patients présentant une souffrance psychique (72 %), des troubles anxieux (82 %) ou un état dépressif (67 %). Neuf MG sur dix s'estimaient efficaces dans la prise en charge de la dépression et 8 MG sur 10 initiaient eux même un traitement médicamenteux, lors de dépressions, toutes sévérités confondues. Cependant bien que plus à l'aise, nous avons pu constater au travers de ce travail de thèse que les E3C se disaient désireux d'améliorer leurs prises en charge notamment vis à vis de leurs connaissances de la thérapeutique à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse. L'étude nationale de 2018 montrait que

l'antidépresseur était le traitement le plus fréquemment proposé, y compris dans les dépressions d'intensité légère à modérée (38). De plus un anxiolytique ou un hypnotique y était fréquemment associé. Or nous savons depuis plusieurs années que la population française recourt plus facilement aux psychotropes que celles des autres pays européens (39).

Un des points soulevés par les E3C, était une réelle volonté de se former à la psychothérapie. Cette volonté était exprimée dans l'étude nationale de 2018 puisque les MG mentionnaient des opinions favorables sur les psychothérapies, qu'ils estimaient efficaces pour traiter les dépressions d'intensité légère à modérée (38). Cependant à l'instar des difficultés évoqués par les E3C, ils les décrivaient comme difficiles d'accès et qu'elles convenaient davantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevée. La variété des psychothérapies était aussi une source de difficulté pour les MG, qui reconnaissaient ne pas bien savoir les distinguer. Ainsi il semble crucial, devant la fréquence des troubles anxio-dépressifs et les enjeux de santé publique actuel, à savoir réduire la consommation de psychotropes, de développer la formation aux psychothérapies chez les E3C.

3.2 Démystifier le patient lourd et redéfinir le rôle du MG auprès de ces populations

Une des appréhensions à l'égard des patients dit lourds qui renforçait ce sentiment de non légitimité était le fait que les E3C ne semblaient pas toujours voir ce qu'ils pouvaient leur apporter en tant que généraliste. Selon eux, ces patients relevaient de prises en charge spécialisées :

« Tout ce qui est troubles bipolaires, schizophrénie et tout, je ne vois pas ce que je pourrais apporter la dedans » E1.

Les données de la littérature vont dans ce sens. Un travail de thèse réalisé en 2017 sur la place du MG dans la prise en charge des troubles bipolaires révélait que presque tous les médecins interrogés éprouvaient la sensation d'un manque de compétences professionnelles en matière de prise en charge psychiatrique (17). La plupart ne se sentaient pas performants, et disaient ne pas pouvoir aider ces patients « comme le psychiatre ». Un autre travail de thèse réalisé en 2018 sur la place des MG dans le dépistage précoce de la schizophrénie montrait que la grande majorité des praticiens estimaient ne pas se sentir à l'aise devant le manque de formation (67,4%) (18).

De la même façon 30,2% des MG estimaient que la dimension psychiatrique des patients était trop compliquée à gérer et 32,6% se sentaient mal à l'aise au contact de ces patients. Ces données viennent appuyer les résultats retrouvés dans cette étude lorsque les E3C évoquaient leurs difficultés de communication avec cette population.

Pour démystifier ces prises en charge il paraissait donc intéressant de redéfinir ce qui est attendu d'un médecin généraliste à l'égard de ces populations.

En 2018 la HAS a publié un guide qui réalise un état des lieux et donne des repères ainsi que des outils pour améliorer la coordination entre les médecins généralistes et les acteurs de soins en santé mentale (19). Il en ressort que les médecins généralistes ont 2 grands rôles à jouer envers ces populations atteintes de pathologies plus « lourdes » :

- 1) Assurer la détection précoce des troubles graves. Ceci est permis par leur bonne connaissance du système familial ainsi que le fait qu'il y a souvent une alliance positive avec la personne et son entourage depuis des années (20).

- 2) Accompagner sur le plan psychiatrique et somatique les troubles graves (lourds) stabilisés, dans le cadre d'une prise en charge globale.

De ce fait, lorsqu'on compare ces rôles avec les propres rôles énoncés par les E3C dans les résultats de l'étude à savoir : un rôle de dépistage et de prévention, un rôle de 1^{er} recours, un rôle d'évaluation des urgences psychiatrique, d'orientation, de lien patient - MT et de prise en charge des maladie chroniques. On remarque que finalement ils en sont très proches. Ainsi, il semble important de rassurer les étudiants à l'égard de leurs compétences qui sont belles et bien présentes et assimilées puisqu'ils arrivent à identifier leurs rôles. De plus l'étude de la littérature a également révélée que ces craintes persistaient chez les médecins installés. Il semble important de rappeler que les prises en charge en médecine générale à l'égard de ces patients n'ont pas pour but d'être similaires à celles proposées par un psychiatre mais complémentaires. Il est évident que le médecin généraliste ne soigne pas « comme le psychiatre » comme le mentionnait un participant dans le travail de thèse de 2017, mais cela ne veut pas dire qu'il n'a pas quelque chose à apporter (17). Il est important que les E3C, médecins de demain prennent conscience de leur valeur auprès de ces patients pour pouvoir les prendre en charge au mieux et limiter leur marginalisation.

3. 3 Mettre en avant le rôle du MG sur le plan somatique

Face à ces rôles qui sont confiés aux médecins généralistes, une attention particulière doit tout de même être portée quant au lien entre les troubles mentaux sévères et les comorbidités somatiques. Les E3C relevaient dans cette étude avoir du mal à interpréter et parfois prendre en charge correctement les symptômes somatiques chez ces patients. Ceci n'est pas sans conséquence. En effet, l'espérance de vie d'un patient souffrant de

pathologie psychiatrique sévère est de 20% inférieure à celle constatée en population générale (21).

Cependant les E3C avaient tout même bien identifiés le caractère dit « chronique » de ces patients et avaient bien conscience qu'ils sont parfois un peu délaissés sur le plan des dépistages organisés ou de la prévention et donc qu'il fallait accroître leur vigilance dans ces prises en charge. En effet bien que la surmortalité par suicide de ces patients a longtemps été la principale préoccupation des médecins, ces patients présentent également des pathologies chroniques non négligeables comme le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète, des maladies cardiovasculaires et des maladies pulmonaires (21). Ainsi au-delà du rôle sur le plan psychiatrique pure qui peut parfois paraître un peu flou ou difficile, la prise en charge somatique et le suivi des maladies chroniques de ces patients doit être une priorité pour les médecins généralistes et les E3C.

4. La crainte de l'urgence psychiatrique

Une seconde appréhension était mise en avant par les étudiants dans cette étude à savoir la notion d'instabilité de ces patients. Ce trait de caractère est spécifique à la patientèle de santé mentale et en fait toute sa complexité.

« Gérer les crises aiguës, ça c'est quelque chose sur lequel que je ne me sens pas à l'aise. Et c'est bête mais ça fait plus peur aussi » E3.

Encore une fois, les données de la littérature corroborent cette crainte. Dans l'étude de 2017 sur la bipolarité les médecins disaient que, bien que peu fréquente, la prise en charge de l'urgence psychiatrique en médecine générale n'était jamais facile, et source d'appréhension (17).

Un groupe de travail de la commission des maladies mentales a proposé en 1991 une définition de l'urgence en psychiatrie : « c'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 » (22).

Une des principales urgences en psychiatrie est la crise suicidaire. Dans cette étude les E3C se disaient majoritairement à l'aise avec l'évaluation du risque suicidaire. La difficulté ne semblait pas résider dans l'évaluation du risque suicidaire en tant que tel, mais dans l'adhésion du patient à la prise en charge proposée. Cette prise en charge pouvant aboutir à la mise en place d'un suivi rapproché en consultation, d'une orientation vers un psychiatre ou parfois même une hospitalisation. C'est cette adhésion aux soins de la part du patient qui pouvait se révéler parfois plus difficile.

De nos jours la majorité des prises en charge en santé mentale et donc des urgences psychiatriques sont consenties par les patients. Ils disposent donc des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que des personnes soignées pour toute autre pathologie (23). Cependant selon la loi (24 ;25) dans certains cas très spécifiques et très encadrés, les patients relevant d'une problématique de santé mentale peuvent parfois être hospitalisés sans leur consentement. Il paraissait intéressant de constater que dans ce travail de thèse, aucun interne n'a mentionné les soins sous contraintes en santé mentale. Ceci est sans doute à mettre en lien avec le fait que les soins consentis restent tout de même majoritaires d'une part. D'autre part, les résultats de cette étude ont aussi mis en évidence une volonté des MSU de protéger les étudiants des patients qui pouvaient aboutir à de telles situations.

Cependant une étude réalisée au CHU de Tours en 2018 montrait que les médecins non psychiatres et en particulier les médecins généralistes étaient à l'origine de presque un tiers des certificats médicaux initiaux de soins psychiatriques sans consentement (26). Il paraît donc important d'être préparé à ce genre de situation. Cette formation pourrait avoir un effet bénéfique sur l'appréhension ressentie par les étudiants à l'égard des patients lourds, jugés plus instables. L'étude de 2017 révélait que les hospitalisations sous contrainte étaient associées à un vécu difficile pour les médecins (17). Une étude réalisée en 2012 à la Réunion avait pour but d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors du placement sous contraintes de patients psychiatriques (27). Les résultats retrouvés évoquaient sans surprise un manque de formation théorique notamment sur les indications (65,5%) et les démarches administratives (72,1%) liées aux soins sous contraintes. Ils évoquaient également des difficultés dans les démarches pratiques comme l'acheminement du patient à l'hôpital, la gestion de l'agitation et la gestion du temps de consultation. Cette étude ayant été réalisée sur des médecins installés, il pourrait être intéressant de réaliser une étude similaire qui s'adresserait directement aux E3C de médecine générale pour étudier leur perception des soins sous contrainte et voir comment ils voudraient y être formés.

5. Mieux connaître le réseau de soins pour gagner en aisance dans la pratique

Après l'appréhension, un autre sentiment fort ressenti par les E3C émanait de cette étude. C'était le sentiment de solitude. En effet à plusieurs reprises les E3C ont mentionné leur sentiment d'isolement dans certaines prises en charge en lien avec la

difficulté d'accès aux spécialistes et le manque de communication entre psychiatre et généraliste.

Ce manque de communication semble déjà décrit dans la littérature. En 2010, le Centre National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) avait établi des recommandations de bonnes pratiques validées par la HAS pour améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Cinq ans après ces recommandations, plusieurs travaux de thèses ont été réalisés dans la région Pays de la Loire pour évaluer la communication entre généralistes et psychiatres (28;29). En Maine et Loire et en Mayenne les résultats étaient toujours en faveur d'un manque de communication et à l'origine d'une frustration des deux parties.

Les résultats de notre étude montrent qu'en 2023, l'insatisfaction est toujours présente. Mais alors pourquoi cette communication semble si difficile à établir ?

Au-delà de l'aspect matériel (échange de courrier) et du facteur temps, il existe sans doute une certaine méconnaissance de l'offre de soins en psychiatrie par les E3C et donc les médecins de demain.

Comme mentionné dans la partie résultats, certains étudiants évoquaient comme difficulté le fait de changer de terrain de stage tous les 6 mois. Il était alors difficile pour eux de bien connaître le réseau de soin local et donc d'y avoir recours. Cependant une étudiante a également mis en lumière le caractère immuable des CMP qui existe au niveau national. Ces structures semblent donc être une valeur sûre quel que soit le lieu d'exercice et mériteraient d'être connues. En termes de formation, il pourrait être intéressant de continuer de développer les stages de souffrance psychique, en privilégiant au maximum le passage en CMP des E3C. On sait que quoi qu'il arrive, quel que soit le lieu d'exercice futur de l'étudiant, si celui-ci pratique en libéral, alors le CMP

sera un interlocuteur privilégié. Cependant à défaut de pouvoir proposer un stage à tout le monde, étant donné le nombre de places limitées il pourrait être intéressant de développer cet aspect de réseau de soins au cours d'un GEAP ou RSCA de façon spécifique centré sur la souffrance psychique.

6. Importance de la notion de « contre-transfert » dans ces consultations

Le lien entre consultation en santé mentale et charge mentale induite chez les E3C a été clairement souligné dans cette étude. Cette charge mentale renvoie à la notion de transfert et de contre-transfert. Bien que ces concepts ne soient pas propres aux consultations de santé mentale, ils y sont particulièrement présents.

Le transfert peut être défini comme une intense relation affective entre le patient et son thérapeute. Il a un rôle fondamental dans l'alliance thérapeutique avec le patient ainsi que dans sa « guérison ». Cependant il peut aussi être responsable de résistances ou être considéré comme un frein (30).

Le contre transfert lui, renvoie aux réactions du soignant vis-à-vis du transfert du patient. Il s'agit des émotions, des pensées, des affects ressentis par le soignant qui peuvent être conscients ou inconscients. Le contre transfert est important à conscientiser pour pouvoir être dépassé et éventuellement appliqué positivement dans le cadre de la relation soignant-soigné (31).

Dans cette étude c'est surtout la notion de contre transfert qui est mise en avant et qui semble pesante pour les E3C et à l'origine d'une charge mentale importante. Apprendre à gérer le transfert et le contre transfert chez les soignants n'est pas quelque chose de nouveau, cela a déjà fait ses preuves via la mise en place de groupe Balint. Un travail

de thèse réalisé en 2022 à Caen avait pour but de déterminer les apports de la pratique d'un groupe BALINT chez les E3C de médecine générale (32). Il semblait exister un bénéfice important sur l'équilibre de la vie professionnelle. Grâce au débriefing des situations les E3C disaient se libérer de leur charge mentale induite par le travail. Cet espace était défini comme un exutoire et un outil sur lequel les internes pouvaient se reposer. A Angers c'est à la suite d'un travail de thèse réalisé en 2011, que les premiers groupes d'analyse de pratique de type Balint ont pris forme et se sont intégrés dans le cursus des E3C de médecine générale (33). Actuellement, à Angers les groupes Balint sont proposés aux E3C de façon facultative : soit en phase socle, pendant le stage ambulatoire niveau 1, sous la forme de 8 séances dans le cadre du stage de prise en compte de la souffrance psychique, soit en phase d'approfondissement sur la deuxième année de DES pendant un an, permettant de valider 2 stages de prise en compte de souffrance psychique (sur les 4 proposés par le DES d'Angers).

Cependant dans les résultats de cette étude, un étudiant évoquait avoir eu une participation trop précoce au groupe Balint selon lui (en 2^e semestre) et estimait ne pas en avoir perçu pleinement les bénéfices.

« J'étais affilié aux groupes Balint (...) on va dire que j'en ai pas tiré un gros bénéfice parce que (...) je pense que ça ne m'a pas vraiment servi à ce moment-là. J'étais en stage Prat (phase socle), donc moi à ce moment-là je cherchais à avoir du pratico-pratique comme de la thérapeutique, mieux connaître les molécules, mieux connaître les éléments de sémiologie psychiatrique quoi » (E4).

Il mentionnait le fait que lors de la phase socle, son manque d'expérience l'incitait à s'accrocher à des choses objectives, des conduites à tenir précises, une médecine dite « protocolaire ». La thèse réalisée en 2011 à Angers montrait qu'un certain temps était

nécessaire aux internes pour s'exposer, pour se distancier de leurs habitudes de formation et évoluer petit à petit vers un travail d'élaboration psychique (33).

Ainsi les bénéfices apportés par la pratique de groupe Balint n'étant plus à démontrer, il pourrait être intéressant de s'intéresser au moment où les internes y sont le plus réceptifs. La mise en place des groupes Balint en 2^e année de DES à la faculté d'Angers étant récente, elle n'a pas encore fait l'objet d'une étude. Il pourrait être intéressant d'aller interroger les E3C pour recueillir leur point de vue.

7. Ambivalences des étudiants dans leurs attentes en termes de formation vis à vis de l'offre proposée

Cette étude a révélé une certaine forme d'ambivalence chez les E3C vis-à-vis de la formation proposée. Ils disaient être à la recherche de pratico-pratique, mais ils déploraient tout de même le manque de formation théorique pure notamment sur la formation thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse. Certains mentionnaient une trop grande autonomie, mais reconnaissaient également l'importance de pratiquer par eux même et de faire des recherches personnelles pour progresser. Enfin les E3C évoquaient le caractère omniprésent de la santé mentale quel que soit le lieu de stage et donc la possibilité de se former partout, tout en mettant en balance le faible intérêt de certains stages de prise en compte de la souffrance psychique.

Cette ambivalence semble avoir déjà été décrite dans la littérature. Un travail de thèse réalisé en 2018 à Bordeaux s'intéressait au vécu des E3C au travail (34). Il retrouvait cette ambivalence à l'égard de l'autonomie notamment. Parfois les étudiants percevaient le maître de stage comme trop peu impliqué, les laissant assumer des

responsabilités au-dessus de leurs compétences, parfois comme une personne qui ne leur laissait pas suffisamment d'autonomie.

Cette ambivalence amène à réfléchir au fait que les internes ne se saisissent sans doute pas de tous les éléments de formation qui leur sont proposés. Encore une fois lorsqu'on regarde la littérature, cela a déjà été évoqué : une étude réalisée à Lyon en 2016 sur l'autoformation montrait que les E3C rencontraient des difficultés à s'approprier les outils pédagogiques mis en place par le DMG (35). Ils regrettaient l'inégalité de l'enseignement tuteuré, d'un groupe à l'autre et d'un tuteur à l'autre. Ils ne comprenaient pas l'intérêt du portfolio et le considéraient comme une contrainte.

A Angers plus spécifiquement un travail de thèse réalisé en 2015 avait pour but d'évaluer l'impact des stages de prise en compte de la souffrance psychique sur la formation des E3C en médecine générale (36). Ce travail interrogeait déjà sur l'implication et l'adhésion des étudiants à ces stages. Ces derniers se plaignaient du manque de formation de ces demi-journées mais ne semblaient pourtant que peu acteurs. Par exemple, le contenu de ses objectifs était peu ou pas du tout connu par 71,43% des étudiants interrogés, dont 23,8% qui ne les connaissaient pas du tout.

La question qui interroge est donc « pourquoi les E3C ne sont-ils pas plus acteurs de leur formation ? - Quel impact a le support pédagogique dans l'adhésion des E3C à la formation ? »

Après un travail de recherche, il apparaît que la simulation pourrait être un bon support pour répondre à ces demandes multiples que sont, plus de pratico-pratique, de théorique et une autonomie adaptée.

Un travail de thèse réalisé en 2015 à Nancy propose une revue de la littérature sur l'utilisation de la simulation médicale en psychiatrie ainsi qu'une étude expérimentale de

la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence (37). L'ensemble des étudiants ayant participé à cette étude a trouvé que la situation était adaptée à la pratique clinique. 85% des participants ont considéré avoir acquis de nouvelles compétences lors de l'expérience, 90% ont trouvé le débriefing utile.

L'avantage de la simulation est qu'elle permet de transférer les connaissances théoriques en compétences pratiques et de profiter des erreurs comme source d'apprentissage sans avoir d'impact sur un vrai patient.

L'idée pourrait être de proposer des jeux de rôles sur des thèmes prédéfinis à l'avance (le patient dépressif, la crise suicidaire ...) en présence de médecins expérimentés à la fois généralistes et psychiatres pour répondre à cette demande de formation pluridisciplinaire. Dans le cas de l'étude réalisé à Nancy, un scénario avait été préparé en amont, les étudiants y avaient accès quelques minutes avant le jeu de rôle. Le scénario reposait sur un script précis qui reprenait le mode de vie du patient, les antécédents, les examens somatiques faits aux urgences, mais les étudiants n'y avaient pas accès afin d'évaluer leurs compétences à interroger le patient.

Au total ces jeux de rôles permettraient de mettre en lumière les difficultés ressenties par les étudiants au cours de ces situations, pour pouvoir les débriefer en s'appuyant sur un apport théorique. Par exemple proposer un jeu de rôle sur le patient dépressif et à l'issue proposer un rappel théorique sur les anti-dépresseurs, différentes psychothérapies devant le fort désir exprimé par les E3C de se former à ce niveau.

De plus les jeux de rôles permettent de développer des compétences sur la communication, qui était mentionnée comme parfois difficile par les E3C. L'inconvénient reste cependant la réticence des étudiants à participer à des jeux de rôles.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les résultats de cette étude ont permis de renforcer les hypothèses initiales formulées à partir des données de la littérature : les E3C ne se sentaient pas légitimes auprès des patients en santé mentale notamment pour les patients porteurs de pathologies psychiatriques sévères. Cependant, formuler les présupposés de recherche avant l'étude a permis de s'en détacher pour avoir une analyse plus sincère. Pour rappel l'objectif principal de cette étude était l'exploration des représentations des E3C lorsqu'ils étaient amenés à prendre en charge un patient avec une problématique de santé mentale. L'objectif secondaire était d'explorer leurs attentes vis-à-vis de la formation.

En termes de représentations, les E3C décrivaient le patient en santé mentale comme complexe, distinguant les troubles anxio-dépressifs, qualifiés comme courant en médecine générale contrairement aux troubles sévères (schizophrénie, bipolarité) qui leurs posaient plus de difficultés. Malgré tout, ils identifiaient leurs rôles auprès de ces populations, ainsi que les enjeux des prises en charges somatiques associées.

Les E3C mettaient l'accent sur la charge mentale importante induite par ces consultations, notamment vis à vis de la gestion de l'urgence psychiatrique. Ils exprimaient également un sentiment de solitude à mettre en lien avec les difficultés d'accès aux spécialistes et une méconnaissance du réseau de soin tel que les CMP. Pour réduire cette charge mentale et gagner en confiance, la pratique s'avérait être un outil incontournable. Comme le disait les E3C, ils pouvaient être confrontés à ces situations dans tous les stages du DES, ambulatoires comme hospitaliers. Un autre moyen pour réduire ces tensions était la participation aux groupes Balint, qui apparaissait comme un excellent moyen d'échange et d'analyse, à condition qu'ils soient réalisés en phase d'approfondissement et pas en phase socle.

Leurs attentes en termes de formation étaient ambivalentes. Ils étaient demandeurs de plus de formation à la fois pratico-pratique et théorique (sur les thérapeutiques médicamenteuses et les psychothérapies). Pour autant ils ne saisissaient pas pleinement des formations déjà mises en place comme les stages de prise en compte de la souffrance psychique. Ils émettaient également un souhait de formations avec l'intervention de psychiatres et/ou, psychologues afin d'avoir plus d'échanges avec les différents acteurs du système de soins en santé mentale.

Ainsi il paraît important de questionner les supports pédagogiques actuels pour accroître encore plus l'adhésion et l'investissement des E3C à la formation, et permettre une meilleure prise en charge des patients en santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé mentale [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
2. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
3. Santé mentale et COVID-19 [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-lecontexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
4. HAS - Coordination entre médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients en santé mentale, Septembre 2018 [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
5. Anne-Cécile V, Damien V. ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE : INSATISFACTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES. Nov 2016;51.
6. Attali PC, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez JF, Piriou C, et al. REFERENTIEL des NIVEAUX DE COMPETENCE EN MEDECINE GENERALE. :22.
- 7 Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. 24:5.
8. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Janv 7, 2021
- 9 Gindrey G. Evaluation de la formation à la prise en compte de la souffrance psychique par les internes de médecine générale à Angers. :51.

10. 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. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):319.
11. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France: résultats d'une enquête nationale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* janv 2018;176(1):48-54.
12. ARMAND Alice, MAUCHAMP Vanille. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale de Grenoble : expériences vécues et attentes. 17 déc 2019;109.
13. Gindrey G. Evaluation de la formation à la prise en compte de la souffrance psychique par les internes de médecine générale à Angers. :51.
14. Senez E. Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de psychiatrie à Lille – 2016 [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d2a39285-2935-4edb-b5e3-a284de9bab03>
15. JP LEBEAU- I. AUBIN-AUGER - JS CADWALLADER-J. GILLES DE LA LONDE-M. LUSTMAN-A. MERCIER -A. PELTIER - Initiation à la recherche qualitative en Santé – Janvier 2021 – Coédition Global mondia santé et CNGE
16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* Janv 2015;15(157):50-4
17. FAUCK AG. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles bipolaires. *Déc* 2017;61.
18. DEMARCY A. Place de la médecine générale dans le repérage précoce des sujets à haut risque de schizophrénie. *sept* 2018;76.

19. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Paris : HAS, 2018 6-L'assurance maladie. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne].
20. Kannas S, Hardy-Baylé MC, Reboul G, Milleret G, Hennart C, Ganne-Klodzinski V, et al. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? Pluriels 2011;(92-93).
21. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. FFP-CNPP-HAS, 2015 ; 1-32 www.has-sante.fr
22. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. - APHP DAJDP [Internet]. [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-39-92-dh-pedgs-3-c-du-30-juillet-1992-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences-psychiatriques/>
23. Godet T, Niveau G. Admission en soins psychiatriques sans consentement : place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial. Rev Médecine Légale. 1 mai 2019;10(2):50-6.
24. 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 (J.O. n°150 du 30 juin 1990), page 7664
25. 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
26. Godet T, Niveau G. Admission en soins psychiatriques sans consentement : place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial. Rev Médecine Légale. 1 mai 2019;10(2):50-6.

27. Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contraintes, BONNECHERE Natacha, Février 2013 [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4a28be47-5119-4c15-98ab-b1c13425821b>
28. Pauline A, Ugo B. Etat des lieux de la communication entre psychiatres et médecins généraliste en maine et loire. Nov 2017 ;126.
29. Marc-Antoine A. Echange de courriers entre médecins généralistes et psychiatres en Mayenne. Mai 2016;70.
30. Benarosch J. Transfert et contre transfert dans l'accompagnement vers les soins. Prat En Santé Ment. 2017;63e année(3):49-53.
31. Mécanismes psychologiques et Soins Relationnels JLECLERCQx.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/Mecanismes%20psychologiquesEtSoinsRelationnelsJLECLERCQx.pdf>
32. Aymard N. Apports de la pratique d'un groupe BALINT pour les internes de médecine générale de la subdivision de Caen.
33. MONTECOT C. Expérience d'analyse des pratiques, de type BALINT dans un groupe d'internes de médecine générale : Vers une élaboration psychique. Mai 2011 ; 157
34. Pougnet R, Pougnet L, Dewitte JD, Jousset D, Loddé B. Vécu au travail des internes de médecine : étude qualitative. Arch Mal Prof Environ. 1 avr 2019;80(2):100-7.
35. Michelon L, Sitter AS. Autoformation : Représentations et pratique des internes de médecine générale Lyonnais. Nov 2016 ; 296
36. Gindrey G. Évaluation de la formation à la prise en compte de la souffrance psychique par les internes de médecine générale à Angers. Déc 2015 ;51

37. Pham-Dinh Loux C. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. Éléments de littérature et étude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence. *Fev* 2015;135
38. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):341-52.
39. Le bon usage des médicaments psychotropes, BRIOT Maryvonne, 2006 [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :Caractéristiques des participants	11
--	----

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	4
MÉTHODES.....	7
1. Participants.....	7
2. Recueil de données.....	7
3. Analyse des données.....	8
RÉSULTATS.....	10
1. Caractéristiques des participants.....	10
2. Données recueillies.....	12
2.1. La présence d'une multitude de traits singuliers chez le patient en santé mentale le rendait complexe par rapport aux autres patients de médecine générale.....	12
2.1.1. La symptomatologie.....	12
2.1.2. Le manque de compliance et d'observance aux soins.....	13
2.1.3. Nécessité d'une prise en charge globale	14
2.2. Appréciation ambivalente de la place des accompagnants en consultation en santé mentale selon la situation	14
2.3. Impacte non négligeable de la charge mentale induite chez les étudiants par les consultations de santé mentale.....	16
2.3.1. Le risque suicidaire	16
2.3.2. Confrontation à des situations difficiles.....	17
2.4. Sentiment d'isolement dans les prises en charges.....	17
2.5. Difficultés à intégrer ces patients dans le planning d'un médecin généraliste.....	19
2.6. Identification claire des rôles à jouer auprès de ces patients selon les compétences de chacun.....	20
2.7. Manque d'aisance d'un certains domaines précis.....	22
2.7.1. La communication	22
2.7.2. Les patients plus lourds tel que les bipolaires ou psychotiques	23
2.8. Ambivalence vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses.....	24
2.8.1. Les neuroleptiques, anti-psychotiques et thymo-régulateurs	24
2.8.2. Les anxiolytiques et anti-dépresseurs	25
2.9. Importance de la place du travail et de la scolarité dans les problématiques de santé mentale.....	26
2.10. Attentes en termes de formations.....	28
2.10.1. Les E3C décrivaient l'existence de plusieurs modalités de formations.....	28
2.10.2. Impacte du milieu d'exercice dans la formation.....	29
2.10.3. Propositions d'axes d'améliorations de la formations	30
DISCUSSION.....	33
1. Les Forces.....	33

2. Les Limites.....	34
3. Distinction de deux populations de patients en santé mentale.....	34
3.1. Une prise en charge plus assurée des troubles anxio-dépressifs mais perfectible.....	35
3.2. Démystifier le patient lourd et redéfinir le rôle du MG auprès de ces populations.....	36
3.3. Mettre en avant le rôle du MG sur le plan somatique.....	38
4. La crainte de l'urgence psychiatrique.....	39
5. Mieux connaître les CMP pour gagner en aisance dans le réseau de soins.....	41
6. Importance de la notion de « contre-transfert » dans ces consultations.....	43
7. Ambivalence des étudiants dans leurs attentes en termes de formation vis à vis de l'offre proposée.....	45
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	50
LISTE DES TABLEAUX.....	55
TABLE DES MATIÈRES.....	56
ANNEXES.....	58
I. Guide des entretiens.....	58
II. Grille COREQ	59

ANNEXES

I Guide des entretiens :

Thématiques	Questions
Introduction – Question « Brise Glace » Renvoie à une situation précise.	<p>Peux-tu me parler d'une consultation avec un patient qui venait pour une problématique de santé mentale qui t'as marquée ?</p> <p>Quel était ton ressenti durant cette consultation? => Relance: Qu'as-tu éprouvé durant cette consultation ?</p> <p>Quelles ont été tes difficultés ? => Relance : Qu'est ce qui t'as posé soucis?</p> <p>Quelles ont été tes facilités ? => Relance : Dans quel domaine t'es tu sentis à l'aise ?</p>
Représentations, généralisations	<p>Que représente pour toi le patient avec des problématiques de santé mentale ?</p> <p>Quelle image en as-tu ? => Relance : Quels sont tes à priori sur les patients en santé mental ?</p> <p>Quel rôle penses-tu avoir à jouer ? => Relance: Quel fonction penses-tu occuper auprès de ces patients dans le système de soin ?</p> <p>Lorsque tu es en difficulté avec cette patientèle, à qui peux-tu demander de l'aide ? => Relance : Vers qui as-tu pu te tourner lorsque tu étais en difficulté ? => Relance: Te sens-tu à l'aise sur la connaissance du réseau de soin ?</p>
Formation	<p>En tant qu'IMG, peux-tu me parler de ta formation à la prise en charge des patients en santé mentale jusqu'à présent ? => Relance : Quelle a été ta formation en matière de santé mental jusqu'à présent ?</p> <p>Aujourd'hui si c'était à refaire ou modifier, qu'attendrais tu d'une formation en santé mentale => Relance: Quels axes souhaiterais-tu approfondir en terme de formation ?</p> <p>Que penses tu de l'intervention de professionnels: psychiatres, psychologues pour la formation ?</p>

II Grill COREQ :

1° : Équipe de recherche et de réflexion :

A: Caractéristiques personnelles :

1	Enquêteur	Marie Dupin de Beyssat
2	Titre académique	Aucun
3	Activité	Interne de médecine générale puis médecin remplaçant
4	Genre	Femme
5	Expérience et formation	Première étude menée par l'enquêteur

B : Relation avec les participants :

6	Relations antérieurs	L'enquêteur connaissait certains internes: camarade de promotion, <u>co-interne</u> en stage ...
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Statut de l'enquêteur, titre de l'étude, et semestre d'étude pour certains
8	Caractéristique de l'enquêteur	Lors de la présentation du sujet de recherche en début d'entretien, intérêt pour la santé mentale exprimé par l'enquêteur, et sa position neutre durant l'entretien

2° : Conception de l'étude :

A : Cadre théorique :

9	Orientation méthodologique et théorie	Méthode <u>IPA</u> : approche par analyse interprétative phénoménologique
---	---------------------------------------	---

B : Sélection des participants :

10	Échantillonnage	Échantillonnage orienté sur des critères définis à priori = interne en phase d'approfondissement
11	Prise de contact	Par mail
12	Taille de l'échantillon	9 participants
13	Non-participation	223 = internes n'ayant pas répondu à la sollicitation envoyé par mail

C: Contexte:

14	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies soit au domicile de l'enquêteur (1) soit au domicile des participants (4) ou dans des lieux publics (3) ou par visio (1)
15	Présence de non-participants	Les non-participants n'avaient pas accès aux entretiens
16	Descriptions de l'échantillon	Les entretiens ont été menés du 04/04/22 au 10-07-23. Sept femmes et deux hommes ont participé à l'étude âgé de 26 à 29 ans. Six était en stage de SASPAS durant le recueil de données, deux en stage libre et un en stage de médecine polyvalente. La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes

D: Recueil des données :

17	Guide d'entretien	Les participants n'avaient pas accès au guide d'entretien. Celui-ci avait été élaboré suite à un travail de bibliographie sur le sujet et nos hypothèse de départ.
18	Entretiens répétés	Les entretiens n'étaient pas répétés.
19	Enregistrement audio-visuel	Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un téléphone portable. Le recueil du consentement oral était effectué avant chaque entretien
20	Cahier de terrain	Un cahier de terrain était tenu par l'enquêteur, regroupant les notes prise pendant les entretiens lorsqu'il y en avait ainsi que les notes de chacune des réunions de travail avec la directrice de thèse.
21	Durée	La durée des enregistrements des entretiens est comprise entre 12 minutes et 33 minutes. Durée moyenne : 19 minutes environ
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a été atteint au bout de sept entretiens. Aucune nouvelle idée après deux entretiens consécutifs. Au total neuf entretiens ont été réalisés
23	Retour des transcriptions	Les verbatims n'ont pas été retournés aux participants par mail car aucun participants ne l'a demandé

3°: Analyse et résultats:

A : Analyse des données:

24	Nombres de personnes codant les données	L'enquêteur a codé dans un premier temps indépendamment chaque entretien, puis un double codage fut réalisé avec un deuxième enquêteur qui travaillait sur un autre sujet (entretien deux et quatre). De plus une relecture globale fut réalisée par la directrice de thèse
25	Description de l'arbre de codage	Un exemple d'arbre de codage sera présenté en annexe
26	Détermination des thèmes	Les thèmes abordés émergent majoritairement de l'analyse des verbatims, mais également de la recherche bibliographique et la connaissance du terrain par l'enquêteur (hypotheses de départs)
27	Logiciel	Retranscription mot-à-mot de façon intégrale les entretiens, de manière anonyme par l'enquêteur sur «libre office Writer» Réalisation du codage via «Libre office Calc » Réorganiser du codage via des cartes mentales pour chaque entretiens sur le site en ligne «MindMeister».
28	Vérification par les participants	Neuf participants ont répondu aux entretiens. Les entretiens n'ont pas été renvoyés aux personnes interrogées car ils ne l'ont pas demandé.

B: Rédaction:

29	Citations présentées	Oui, identification par un sigle anonyme
30	Cohérence des données et des résultats	oui
31	Clartés des thèmes principaux	oui
32	Clartés des thèmes secondaires	oui

Que pensent les étudiants de 3^e cycle de médecine générale de leur place auprès des patients en santé mentale ?

RÉSUMÉ

Introduction :

En France, sur le plan épidémiologique, presque un individu sur cinq souffre de trouble psychiatrique. En consultation de médecine générale la prévalence de ces troubles est estimée à 25%. Cependant l'enseignement de la psychiatrie dans le cursus universitaire de médecine générale reste limité et hétérogène. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations des E3C sur leur place auprès des patients relevant d'une problématique de santé mentale. L'objectif secondaire était de mettre en évidence leurs attentes en termes de formation

Méthode :

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée, auprès des E3C de médecine générale de la faculté d'Angers en phase d'approfondissement. Un guide d'entretien a été conçu à partir des présupposés de recherche et des données de la littérature. Les données recueillies ont été anonymisées, retranscrites en intégralité puis analysées avec triangulation, selon la méthode par analyse interprétative phénoménologique.

Résultats :

L'analyse de 9 entretiens a permis d'identifier dix thèmes super-ordonnés relatifs aux représentations des E3C. Ils distinguaient les pathologies anxio-dépressives pour lesquelles ils étaient légitimes, des troubles mentaux sévères (schizophrénie, bipolarité) pour lesquels ils étaient en difficulté. Toutefois, ils identifiaient leurs rôles à jouer auprès de ces populations, ainsi que les enjeux des prises en charges somatiques associées. Ils mettaient l'accent sur la charge mentale importante induite par ces consultations, notamment vis à vis de l'urgence psychiatrique et du sentiment de solitude lié aux difficultés d'accès aux spécialistes et à la méconnaissance du réseau. Les groupes Balint apparaissaient comme un excellent moyen pour réduire ces tensions, mais pas en phase socle. Leurs attentes en terme de formation, étaient ambivalentes. Ils demandaient plus de formation pratique et théorique, sur les thérapeutiques et les psychothérapies mais ne saisissaient pourtant pas pleinement des formations déjà proposées. Ils questionnaient les supports pédagogiques et l'implication de professionnels de santé mentale.

Conclusion :

La prise en compte des représentations et questionnements des E3C permet d'envisager des modifications pédagogiques, pour améliorer leur adhésion et investissement dans la formation auprès des patients en santé mentale.

Mots-clés : Médecine générale, troubles mentaux, enseignement médical, interne en médecine

What do interns in general practice think about their role with mental health patients?

ABSTRACT

Introduction:

Epidemiologically speaking, almost one in five people in France suffers from a psychiatric disorder. In general medical consultations, the prevalence of these disorders is estimated at 25%. However, the teaching of psychiatry in the general medical curriculum remains limited and heterogeneous. The primary aim of this study was to explore the representations of E3Cs regarding their role with patients suffering from mental health problems. The secondary objective was to highlight their expectations in terms of training.

Method:

A qualitative study using individual, semi-directed interviews was carried out with E3Cs in general medicine at the Angers faculty in the advanced training phase. An interview guide was designed on the basis of research presuppositions and literature data. The data collected were anonymized, transcribed in full and then analyzed with triangulation, using the phenomenological interpretative analysis method.

Results:

Analysis of 9 interviews identified ten super-ordinate themes relating to E3C representations. They distinguished between anxiety-depressive pathologies, for which they were legitimate, and severe mental disorders (schizophrenia, bipolarity), for which they had difficulties. They did, however, identify their role with these populations, as well as the challenges of associated somatic care. They emphasized the heavy mental workload involved in these consultations, particularly with regard to psychiatric emergencies and the feeling of loneliness associated with difficult access to specialists and lack of knowledge of the network. Balint groups were seen as an excellent way of reducing these tensions, but not as a foundation phase. Their expectations in terms of training were ambivalent. They asked for more practical and theoretical training in therapeutics and psychotherapy, but did not fully grasp the training already on offer. They questioned the teaching aids and the involvement of mental health professionals.

Conclusion:

By taking into account the representations and questions of the E3Cs, we can envisage pedagogical modifications to improve their commitment and investment in training for mental health patients.

Keywords : General practice, mental disorders, medical training, medical resident