

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE	1
2. OBJECTIFS	2
1.1. <i>Principal</i>	2
1.2. <i>Secondaires</i>	2
MATERIELS ET METHODES.....	3
RESULTATS	5
1. TAUX DE REPONSES	5
2. ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION A LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	6
2.1. <i>Les stages</i>	6
2.2. <i>Les objectifs de formation</i>	9
3. PERCEPTIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES.....	11
3.1. <i>Les capacités</i>	11
3.2. <i>Les rôles du médecin généraliste</i>	12
3.3. <i>Réalisation d'un semestre en psychiatrie ?</i>	12
DISCUSSION	14
1. TAUX DE REPONSES	14
2. ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION A LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	14
3. PERCEPTIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES.....	17
CONCLUSION.....	19
BIBLIOGRAPHIE	20
TABLE DES ILLUSTRATIONS	24
TABLE DES TABLEAUX.....	25
ANNEXES.....	26

Introduction

1. Contexte

En France, le décret du 22 septembre 2004⁽¹⁾ oblige les internes du DES de Médecine Générale à avoir une formation à la prise en compte de la souffrance psychique. Il stipule que : « Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation ».

En conséquence, le département de Médecine Générale à Angers a organisé cette formation sous la forme d'un semestre en psychiatrie ou le plus souvent par des stages courts de 10 demi-journées par semestre.

La validation de ces derniers exige la réalisation de 5 stages. Elle se fait par une attestation du référent pédagogique du stage qui en certifie la réalisation et par une fiche d'évaluation pédagogique remplie par l'interne. Cette dernière lui permet de s'auto-évaluer sur des objectifs de formation concernant la souffrance psychique des enfants, adolescents, adultes et personnes âgées.

D'après le « Plan Psychiatrie et Santé mentale » de 2005-2008, la formation initiale et continue des médecins généralistes était un des leviers d'amélioration de la prise en charge des maladies mentales, ces professionnels étant des acteurs de premier recours⁽²⁾. Or, ces recommandations n'ont pas été appliquées et, d'après des rapports du Haut Conseil de la Santé Publique⁽³⁾ et de la Cour des Comptes⁽⁴⁾ datant de Décembre 2011, il n'y a pas eu d'évolution de la formation des internes et des médecins généralistes. Le nombre d'internes ayant fait un stage de 6 mois en psychiatrie a baissé malgré les préconisations, et seulement 1 praticien sur 5 en a fait un au cours de sa formation initiale.

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle concernent la psychiatrie⁽⁵⁾. Il s'agit de la schizophrénie, des troubles bipolaires, des addictions, de la dépression et des troubles obsessionnels compulsifs.

Actuellement, en France, les pouvoirs publics reconnaissent les maladies psychiatriques comme un problème majeur de santé publique. Dans le « Plan

Guillaume Gindrey | Evaluation de la formation à la prise en compte de la souffrance psychique

Psychiatrie et Santé mentale » 2011-2015⁽⁵⁾ il est noté que : « Pour que les personnes puissent bénéficier des soins les mieux adaptés, au moment où ils en ont besoin, les acteurs doivent élaborer des organisations sur quatre points majeurs :

- le repérage,
- la réponse à une demande de soins programmés (ou programmables), permettant notamment un accueil adapté rapide des personnes (malade et aidants) au moment des premières manifestations des troubles,
- la réponse aux appels et situations d'urgence,
- la réponse aux besoins de soins somatiques ».

Il faut considérer en outre que l'évolution récente de la psychiatrie en France tend vers une diversification de l'offre de soins extrahospitalière, impliquant de faire évoluer la relation Psychiatrie-Médecine Générale⁽²⁾⁽⁵⁾.

L'objet de cette thèse sera de faire un état des lieux de la formation à la souffrance psychique des internes inscrits au DES de Médecine Générale à Angers afin de connaître sa réalisation, ses modalités et de recueillir l'avis des internes sur celle-ci.

2. Objectifs

1.1. Principal

L'objectif principal de cette thèse était de réaliser un état des lieux de la réalisation et des modalités de validation des 10 demi-journées de formation à la prise en compte de la souffrance psychique par les internes de Médecine Générale à Angers.

1.2. Secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier le sentiment des internes à se sentir capable d'assurer les soins des patients en souffrance psychique et ceux atteints de maladies psychiatriques en fin de DES. Il s'agissait aussi de connaître leur opinion sur les rôles du médecin généraliste dans ces soins et la place d'un semestre en psychiatrie dans la maquette actuelle du DES de Médecine Générale.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective quantitative non interventionnelle, conduite auprès des internes de Médecine Générale. Ont été inclus les internes qui validaient leur 5^{ème} semestre ou 6^{ème} semestre et ceux en année de thèse à la fin avril 2015.

Le recueil s'est fait par un questionnaire à remplir en ligne qui était transmis par mail via le secrétariat de scolarité du 3^{ème} cycle de l'UFR de Médecine d'Angers. Ce questionnaire (Annexe 1) a été élaboré avec le logiciel en ligne *Google Forms* et impliquait de répondre à l'ensemble des questions pour être validé.

Il comportait plusieurs parties :

- La première explorait les modalités de réalisation et de validation :
 - le nombre de demi-journées effectuées par semestre,
 - les modalités de validation,
 - l'existence d'une référence aux objectifs de formation,
 - le degré de satisfaction des internes vis-à-vis de cette formation.
- La seconde concernait la connaissance des objectifs et leur utilisation.
- Une troisième appréciait le sentiment des internes à être capable, dans les soins psychiques, de faire : le repérage, le suivi, l'organisation des soins, l'adaptation et l'initiation des traitements psychotropes, la psychothérapie de soutien, la prise en charge précoce et la prévention. Chaque capacité était explorée en lien avec les situations cliniques suivantes : syndrome dépressif, trouble anxieux, risque suicidaire, trouble bipolaire, trouble psychotique et addiction.
- Une quatrième interrogeait le point de vue des internes sur les rôles du médecin généraliste dans les soins psychiques : le repérage, le suivi, l'organisation des soins, l'adaptation et l'initiation des traitements psychotropes, la psychothérapie de soutien et la prévention.

- Une dernière partie questionnait sur la place d'un stage en psychiatrie au cours du DES de Médecine Générale.

Le questionnaire a été construit à partir des items de modalités de validation des stages de prise en compte à la souffrance psychique du DMG d'Angers⁽⁶⁾. Il a intégré les préconisations du plan « Psychiatrie et Santé mentale » 2011-2015 concernant les rôles des acteurs, dont les généralistes, dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques et de la prévalence des affections psychiatriques préoccupantes identifiées par l'OMS⁽⁵⁾.

Un premier mail a été envoyé début mai 2015 correspondant à la fin du 5^{ème} ou 6^{ème} semestre validé selon le cursus des internes. Il a été suivi de 3 relances par mail. Le recueil de données a été stoppé mi-juillet 2015.

La liste initiale incluait 256 étudiants inscrits en 3^{ème} année et en année de thèse. Le questionnaire excluait les résultats des internes n'ayant validé que 4 semestres ou moins à l'issue du stage débutant en novembre 2014 et finissant en avril 2015.

L'analyse statistique a été faite grâce au site *BiostaTGV*⁽⁷⁾, *Google Forms* et son extension *XLMiner Analysis ToolPak*.

Résultats

1. Taux de réponses

Tableau 1 - Taux de réponses

	Etudiants en année de thèse (%)	Etudiants en 3 ^{ème} année			Nombre total d'étudiants (%)
		6 ^{ème} semestre validé (%)	5 ^{ème} semestre validé (%)	< 5 semestres validés (%)	
Réponses complètes	50 (19,53%)	15 (5,86%)	40 (15,63%)	4 (1,56%)	109 (42,58%)
	65 (25,39%)				
Absence de réponse	58 (22,66%)	74 (28,90%)		15 (5,86%)	147 (57,42%)
Nombre d'étudiants interrogés	108 (42,19%)	129 (50,39%)		19 (7,42%)	256 (100%)

Le questionnaire a été complété par un total de 109 étudiants, soit un taux de réponses de 42,58% (Tableau 1).

Dans ces réponses, 105 internes remplissaient les critères d'inclusion et ont répondu intégralement au questionnaire et 4 ont été exclus automatiquement en raison du nombre insuffisant de semestres validés qui avait été fixé à 5 minimum.

Parmi les 105, on retrouvait 65 étudiants ayant fini leur DES et 40 ayant validé 5 semestres.

2. Etat des lieux de la formation à la prise en compte de la souffrance psychique

2.1. Les stages

Tableau 2 - Nombre de stages validés

	Nombre d'étudiants	ayant validés 5 semestres (%)	ayant validés 6 semestres (%)	Nombre total (%)
Nombre de stages validés				
1		0 (0%)	1 (1,54%)	1 (0,95%)
2		0 (0%)	1 (1,54%)	1 (0,95%)
3		6 (15%)	2 (3,08%)	8 (7,62%)
4		19 (47,5%)	12 (18,46%)	31 (29,52%)
5		15 (37,5%)	40 (61,54%)	55 (52,38%)
6		0 (0%)	9 (13,84%)	9 (8,57%)
Nombre total (%)		40 (100%)	65 (100%)	105 (100%)

Parmi les 65 étudiants ayant fini leur cursus, ils étaient 49 soit 75,38% à avoir fait le nombre suffisant de stage pour valider la formation à la souffrance psychique et 9 d'entre eux ont même fait 6 stages. Pour les étudiants en 5^{ème} semestre, 15 soit 37,5% remplissaient les critères de validation et 19 soit 47,5% avaient fait 4 stages sur 5 (Tableau 2).

En moyenne, les internes disaient réaliser 7,39 demi-journées par semestre et ils étaient 32 soit 30,48% à avoir effectué les 10 demandées (Figure 1).

22 internes soit 20,95% déclaraient que la validation n'avait jamais été faite à l'occasion d'une rencontre spécifique avec le référent. Pour 42, soit 40%, elle avait eu lieu lors de 1 ou 2 stages et pour 41 soit 39,05% lors de 3 stages ou plus (Figure 2).

Ils étaient 46 soit 43,8% à ne jamais avoir rencontré de difficultés à être accueilli dans le stage prévu, 31 soit 29,5% lors un semestre et 28 soit 26,7% lors de 2 semestres ou plus (Figure 3).

Au total, les étudiants avaient rencontré des difficultés liées à leur lieu d'activité lors de 200 semestres sur 651 soit 30,72% (Annexe 2). Le motif principal évoqué, lors de 136 semestres soit 20,89%, était lié au planning du service. Les difficultés étaient plus importantes dans les hôpitaux périphériques, et concernaient 105 stages soit 38,12%. Ainsi, les stages qui généraient le plus

de difficultés étaient ceux réalisés aux urgences des hôpitaux périphériques. En effet, les internes avaient rencontré des difficultés lors de 47 semestres soit 54,65%, dont 41 soit 47,67% liées au planning de service. A contrario, les internes en stage aux urgences du CHU d'Angers ne rencontraient pas de difficultés dans 88,1% des semestres. Lors du stage MG Niveau 1, la raison principale évoquée 12 fois soit (11,54%) était liée à l'organisation personnelle.

L'organisation de ces stages ne satisfaisait pas ou peu 56 internes soit 53,33%(Figure 4). Concernant la forme, 73 internes soit 69,52% trouvaient que le fait d'assister à des entretiens était formateur pour repérer et explorer des troubles psychiques (Figure 5). Mais dans le fond, 69 étudiants soit 65,7% estimaient ces journées pas assez ou pas formatrices (Figure 6).

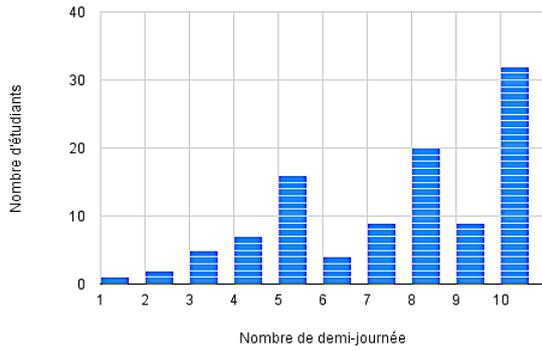


Figure 1 - Nombre moyen de demi-journées réalisées par stage

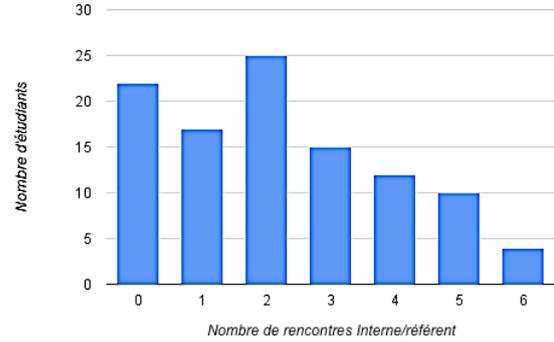


Figure 2 - Nombre de validation par rencontre interne/référent

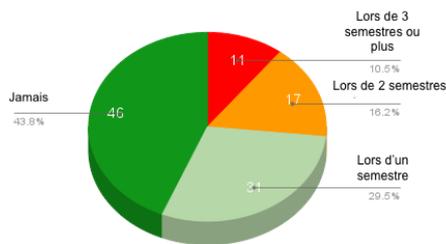


Figure 3 - Nombre de semestres avec difficulté à être accueilli

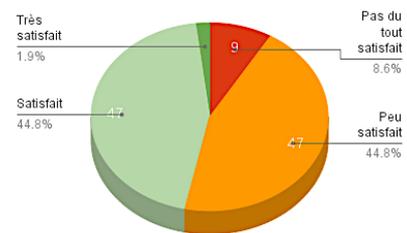


Figure 4 - Satisfaction de l'organisation

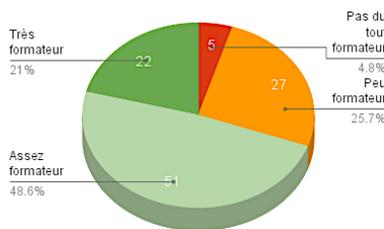


Figure 5 - Assister à un entretien est-il formateur ?

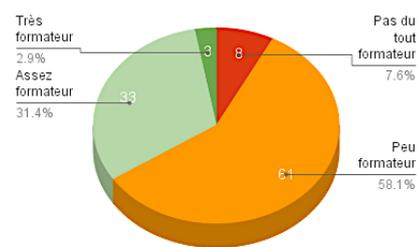


Figure 6 - Perception de formation globale

2.2. Les objectifs de formation

21 internes, soit 20%, ne connaissaient pas l'existence même d'objectifs de formation⁽⁸⁾. Parmi les 84, soit 80%, qui en avaient pris connaissance, 69 soit 65,71% l'ont fait dès le premier semestre (Figure 7).

Le contenu de ces objectifs était peu ou pas du tout connu par 75 étudiants, soit 71,43%, dont 25 soit 23,8% qui ne les connaissaient pas du tout (Figure 8). Parmi ces derniers, ils étaient 88% à penser que ces objectifs ne répondaient pas ou peu à leur besoin de formation contre 48,75% chez ceux qui en connaissaient le contenu ($p=0,0002$; Figure 11 et Figure 12).

Seulement 15 étudiants soit 14,3% s'y étaient référés régulièrement durant leur formation alors que 90 soit 85,71% ne l'avaient qu'occasionnellement ou jamais fait (Figure 9).

D'un autre côté, 64 internes soit 60,95% ne pensaient pas que les référents pédagogiques les utilisaient afin d'adapter la formation (Figure 10).

Enfin, ils ont 68, soit 64,76%, à trouver que ces stages ne leur avaient pas ou peu permis de connaître les structures de soins spécialisés.

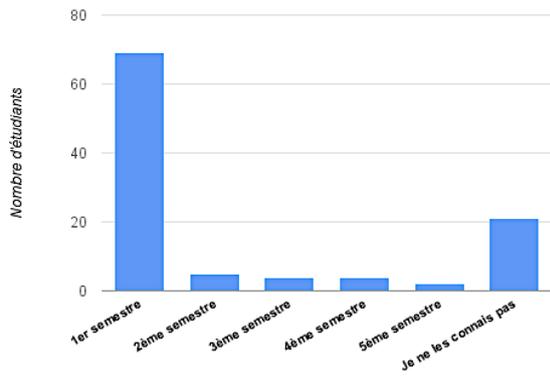


Figure 7 – Moment de connaissance des objectifs

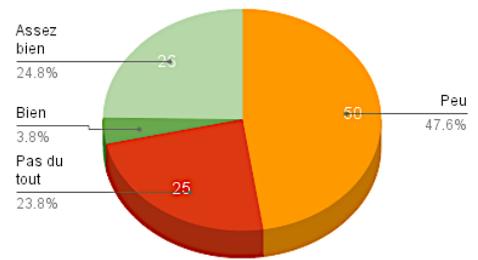


Figure 8 – Degré de connaissance des objectifs

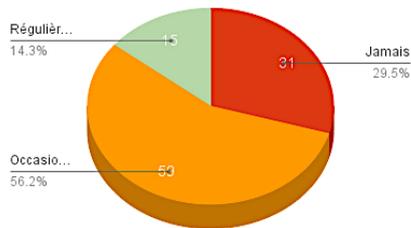


Figure 9 – Référence aux objectifs par les internes

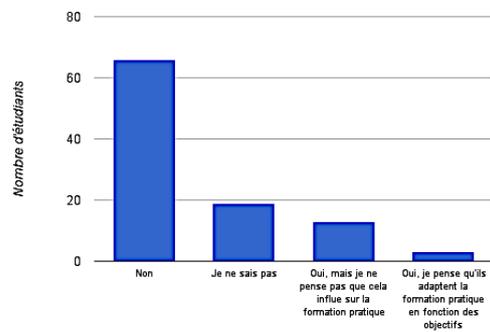


Figure 10 – Référence aux objectifs par les référents pédagogiques

Concordance des objectifs aux besoins de formation

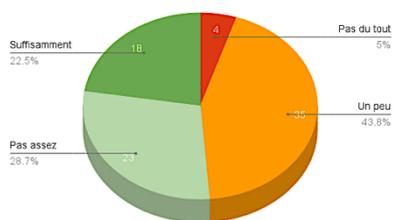


Figure 11 – Parmi ceux qui les connaissent

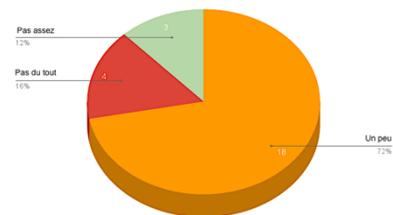


Figure 12 – Parmi ceux qui ne les connaissent pas

3. Perceptions sur la prise en charge des affections psychiatriques

3.1. Les capacités

Statistiquement, on retrouvait des différences significatives dans le degré de capacité ressenti par les internes selon les affections psychiatriques (syndrome dépressif, trouble anxieux, risque suicidaire, trouble bipolaire, trouble psychotique et addiction) et dans les différentes capacités que sont le repérage, le suivi, l'organisation des soins, l'adaptation et l'initiation des traitements psychotropes, la psychothérapie de soutien, la prise en charge précoce, la prévention (Annexe 3 à 10).

En moyenne, les internes s'estimaient très majoritairement capables de prendre en charge, dans les différents domaines, les patients souffrant de syndrome dépressif ou anxieux, pour respectivement 85,1% et 85,9% d'entre eux. Avec toutefois une nuance pour la psychothérapie où ils étaient 69,5% et 68,6% à se sentir capables d'en proposer une.

Dans l'appréciation des capacités concernant les patients souffrants d'addiction, ils étaient en moyenne 66,5% à juger pouvoir prendre en charge ces patients, 62,9 % l'étaient pour la recherche des symptômes précoces, 60 % pour initier les traitements psychotropes et 55,2% pour les adapter.

Pour un patient présentant un risque suicidaire, en moyenne 58,4% s'exprimaient capable de le prendre en charge et 10,5% pas du tout. Ce ressenti de capacité est variable selon les domaines : 99,3% le disaient pour le repérage, 81% dans l'organisation de la prise en charge avec le psychiatre, 53,3% pour l'exploration des symptômes précoces et 51,4% pour le suivi. 65,7% s'estimaient peu ou pas prêts à proposer un suivi psychothérapeutique.

Concernant les patients présentant un trouble bipolaire ou un trouble psychotique, les internes se sentaient peu ou pas en capacité de les prendre en charge, pour respectivement 64% et 69% en moyenne. Les seules exceptions où les étudiants s'estimaient en majorité capables étaient le repérage pour 64,8% et 66,7%, et l'organisation de la prise en charge avec le spécialiste pour 70,5% et 66,7%.

3.2. Les rôles du médecin généraliste

L'opinion des étudiants n'est pas uniforme ($p=3,2 \times 10^{-33}$) sur les différents rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des affections psychiatriques que sont le repérage, le suivi, la prévention, le suivi psychothérapeutique, et l'adaptation et initiation des traitements (Annexe 11 à 16).

L'ensemble des 105 étudiants juge important (51 soit 48,6%) ou très important (54 soit 51,4%) le rôle du médecin généraliste dans le repérage. Dans une moindre mesure, le suivi, la prévention et le suivi psychothérapeutique sont déclarés importants par 75,2%, 59% et 53,3% ou très importants par 17,2%, 25,7% et 21% soit un total respectif de 93,3%, 84,8% et 74,3%. L'adaptation et l'initiation des traitements psychotropes le sont pour 65,7% et 63,8%.

3.3. Réalisation d'un semestre en psychiatrie ?

3.3.1. Actuellement

Une majorité de 54 étudiants, soit 51,4%, auraient jugé intéressant ou très intéressant de choisir un semestre en psychiatrie dans la maquette actuelle du DES de Médecine Générale alors que seuls 5 soit 4,76% l'ont fait.

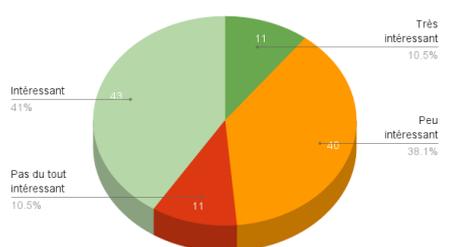


Figure 13 – Opinion concernant la réalisation d'un stage en psychiatrie

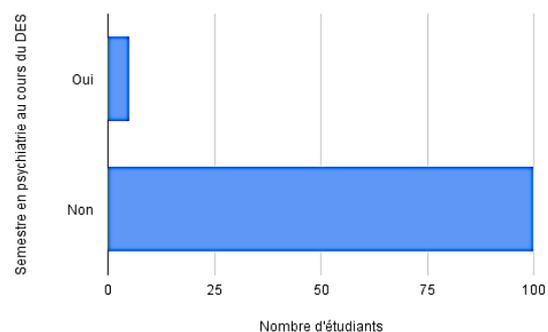


Figure 14 – Nombre d'étudiants ayant réalisé un semestre en psychiatrie

3.3.2. En cas d'évolution de la maquette de DES

Tableau 3 – Opinion sur la forme d'un stage psychiatrie

Faudrait-il augmenter le nombre de stages disponibles en psychiatrie ?	Pas du tout intéressant	Peu intéressant	Intéressant	Très intéressant
<i>en milieu hospitalier</i>	18 (17,1%)	47 (44,8%)	31 (29,5%)	9 (9,6%)
<i>en consultation externe/CMP</i>	2 (1,9%)	10 (9,5%)	55 (52,4%)	38 (36,2%)
<i>ambulatoire de 6 mois (sur modèle du SAFE)</i>	6 (5,7%)	14 (13,3%)	50 (47,6%)	35 (33,3%)

Dans l'hypothèse d'une maquette de DES de 8 semestres, 88,6% des internes s'étaient dit intéressés par le fait d'augmenter le nombre de stages disponibles en Centre Médico-Psychologique (CMP) et 80,9% de développer un stage ambulatoire validant en psychiatrie sur le modèle du SAFE.

Discussion

1. Taux de réponses

Le taux de réponse a été satisfaisant pour pouvoir faire un état des lieux de la formation à la souffrance psychique des internes de Médecine Générale à Angers.

Afin de l'améliorer, nous aurions pu distribuer le questionnaire au moment de la validation du DES lors des sessions d'octobre ou novembre. Toutefois, il a été préféré un recueil en cours d'année afin d'inclure les étudiants en année de thèse et ainsi augmenter notre cohorte initiale (plusieurs promotions).

Ceci a également permis de comparer des étudiants en cours de cursus avec des étudiants issus de promotions précédentes.

2. Etat des lieux de la formation à la prise en compte de la souffrance psychique

Dans l'ensemble, la réalisation des stages est satisfaisante. En effet, si l'on s'intéresse aux étudiants ayant fini leur cursus, ils sont 16 soit 24,62% à ne pas remplir l'exigence de 5 stages, mais 12 d'entre eux soit 18,46% ont tout de même validé 4, seuil qui est toléré à l'appréciation du jury du DES. Parmi ces 16 étudiants, 11 disent avoir eu des difficultés à être accueilli dont 3 lors d'un semestre, 5 lors de 2 et 3 lors de 3. En conséquence, 5 étudiants n'ont pas validé la formation sans pour autant évoquer des difficultés à être accueillis. En regardant les étudiants ayant validé 5 semestres, ils sont 15 soit 37,5% à avoir déjà fait les 5 stages nécessaires à la formation, 19 soit 47,5% à qui il reste 1 stage court à réaliser et 6 étudiants soit 15% à qui il en reste 2. Nous pouvons donc en conclure que la plupart des étudiants répondent à l'obligation des stages de cette formation.

51 internes soit 48,57% déclarent effectivement au moins 8 demi-journées en moyenne par semestre ce qui paraît satisfaisant dont 32 étudiants soit 30,48% qui en font 10. En revanche, 32 autres soit 30,48% déclarent en faire 5 ou moins. Donc l'indication de 10 demi-journées pour valider le stage n'est pas appliquée par une majorité. De plus, la validation attestée par la signature du référent du stage ne donne que rarement lieu à une rencontre spécifique qui

pourrait permettre de faire un point sur les capacités acquises. Ces constats interrogent sur l'implication et l'adhésion à ces stages des référents et des étudiants.

Une majorité d'internes, 59 soit 56,19%, a rencontré des difficultés à être accueillie lors d'au moins un semestre, dont 11, soit 10,5%, lors de 3 stages ou plus. D'un autre côté, le planning de service est le frein principal à l'organisation de ces 10 demi-journées au cours de chaque semestre. Ceci est encore plus important dans les stages réalisés aux urgences et dans une moindre mesure dans les services de médecine. Enfin, il faut noter que les internes en stage MG Niveau 1 ou en stage professionnalisant (dont le stage SASPAS fait partie) évoquent comme motif principal leur propre organisation et, dans une moindre mesure, les mêmes difficultés liées au planning. Ces difficultés ne semblent pas être un blocage incontournable dans la validation du DES, de par le choix du DMG d'Angers de n'exiger la réalisation de cette formation que lors de 5 semestres sur 6, mais elles peuvent expliquer le fait que les étudiants ne puissent pas réaliser les 10 demi-journées à chaque semestre.

Malgré la présentation des objectifs dès le début de l'internat au sein du Guide du tutorat⁽⁸⁾, 25 étudiants soit 23,8% ne connaissent pas du tout les objectifs contre 30 soit 28,6% qui disent bien (4 soit 3,8%) ou assez bien (26 soit 24,8%) les connaître. Ceux qui disent les connaître sont ceux qui les trouvent les plus en concordance avec leurs besoins, et une très grande majorité des internes qui ne les connaissent pas du tout en ont une représentation négative puisqu'ils sont 22 soit 88% à penser qu'ils ne le sont pas ou peu. On peut imaginer que leur formation ne s'articule pas autour et que ceci traduit leur non-utilisation que ce soit par l'interne, le médecin tuteur¹ et les formateurs. Il reste difficile de savoir si les référents pédagogiques connaissent et utilisent les objectifs de formation et comment, sans référence commune aux objectifs, ils parviennent à adapter et à assurer un suivi de progression de formation pour chaque interne. En revanche, la place des rencontres avec le médecin tuteur et l'implication des internes sont à questionner, puisque ces derniers se plaignent

¹Le tuteur accompagne un IMG pour remplir les différents objectifs de formation au cours du DES

du manque de formation de ces demi-journées mais ne semblent pourtant que peu acteurs.

Les demi-journées doivent être réalisées « dans un lieu de soins primaires, de préférence hors de l'hôpital, où l'on accueille des patients présentant des plaintes traduisant une souffrance psychique ». Il est donc décevant de constater que cela n'a pas permis aux étudiants de mieux connaître les structures. Cela peut faire poser la question du lieu réel de validation de ces stages. Il aurait fallu interroger les internes à ce sujet, ce qui n'a pas été fait dans cette étude.

Seulement 9 internes soit 8,6% ne sont pas du tout satisfaits de l'organisation de ces stages courts. On peut donc imaginer que les aménagements sont à faire à la marge puisque le degré d'insatisfaction semble concorder avec les difficultés à réaliser ces stages. Une solution serait de mieux les flécher en fonction du lieu de travail des internes. Cette solution est déjà appliquée lors des stages MG niveau 1 et du SAFE. Une généralisation de ce mode d'organisation permettrait de faciliter la recherche d'un lieu de formation.

En revanche, les internes sont très critiques sur le contenu de ces stages courts qu'ils jugent dans l'ensemble peu formateurs. Cela peut s'expliquer par la discordance entre les sentiments de manque de capacité et l'importance ressentie des rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des différentes affections psychiatriques. Or, les internes se disent satisfaits du mode de formation, à savoir une situation d'observateur des consultations, pour le repérage des troubles psychiatriques. On peut imaginer que pour répondre aux besoins de formation exprimés, il faudrait faire évoluer la formation dans la forme et dans le fond afin qu'elle les aide à développer leurs compétences dans les autres domaines que celui du repérage dans la prise en charge de l'ensemble des affections psychiatriques.

3. Perceptions sur la prise en charge des affections psychiatriques

Rappelons qu'un sentiment de capacité déclaratif ne reflète pas le niveau de compétence réelle des étudiants mais permet in fine de nommer les aptitudes qu'ils pensent plus ou moins maîtriser à l'issue de leur formation initiale dans les soins psychiques.

Ainsi, pour les patients souffrant de syndrome dépressif ou anxieux, on peut estimer que la formation du DES remplit ses objectifs puisqu'une large majorité d'internes se sent capable pour l'ensemble des compétences. Pour connaître le niveau réel de formation, un travail de thèse pourrait s'inspirer du travail de Norton et al⁽⁹⁾ en comparant le diagnostic du professionnel, sa prescription et un diagnostic « validé » par un auto-questionnaire du patient. Dans d'autres affections, le constat est plus mitigé. Il semble toutefois légitime que les étudiants se sentent moins sûrs dans certaines capacités concernant les patients à risque suicidaire quand on connaît le caractère plus complexe et anxiogène de ces situations cliniques⁽¹⁰⁾. Par ailleurs, le terme d'addiction était probablement trop général puisque l'on peut se demander quels auraient été les sentiments de capacités pour une addiction à l'alcool, au cannabis, à l'héroïne ou comportementale...même si ce n'était pas l'objet de cette thèse. Ces résultats sur l'addiction semblent corroborer l'amélioration de leurs prises en compte par les médecins généralistes ces dernières années⁽¹¹⁾.

Les internes se sentent nettement moins capables de prendre en charge des patients souffrants de bipolarité ou d'une psychose. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que les troubles de l'humeur ne sont pas mentionnés dans la listes d'objectifs de formation du guide du tutorat⁽⁸⁾. Pourtant, si la place des médecins généralistes dans le dépistage précoce des psychoses reste à définir⁽¹²⁾, elle est déjà jugée primordiale dans le repérage des troubles de l'humeur^(13,14). Ce sentiment d'incapacité pourrait être rapproché des délais de diagnostic^(11,12,13,14) et donc de prise en charge spécialisée pour ces 2 affections pourtant très répandues dans la population^(12,16). A l'image de l'utilisation d'échelles ou tests dans la dépression ou dans le risque suicidaire qui peuvent être utilisés en Médecine Générale (Echelle de dépression d'Hamilton⁽¹⁷⁾, Echelle

Gériatrique de dépression (GDS)⁽¹⁸⁾, TSTS CAFARD^(19,20),...), il reste à développer des outils pour la psychose⁽¹²⁾ et la bipolarité⁽¹⁴⁾.

Les internes jugent en majorité que le médecin généraliste a un rôle important dans le suivi des patients souffrant d'affections psychiques. Si le rôle dans le repérage et le suivi sont jugés proportionnellement plus importants, il apparaît surprenant que celui dans l'initiation et l'adaptation des traitements soit moins reconnu. On peut s'interroger dans quel sens cela influe sur leurs prescriptions quand on le met en perspective avec la prescription de psychotropes en France : durée trop importante des traitements, prescription sans diagnostic CIM-10 ou DSM, taux de prescription des anxiolytiques ou antidépresseurs supérieur à la moyenne des autres pays^(9,21)...

En outre, si l'on a vu que les internes se sentaient moins capables de proposer une psychothérapie et des actions de prévention, ils pensent pourtant que cela fait partie de leur mission. Il est possible que les questions interrogeant le sentiment de capacité des internes sur la psychothérapie de soutien aient été biaisées par l'intitulé. Plusieurs études ont montré que l'accompagnement pouvait effectivement s'apparenter à une psychothérapie sans que les professionnels la qualifient comme telle^(22,23). Nous avons décidé de la qualifier de soutien afin de bien la distinguer de la psychothérapie psychanalytique ou cognitivo-comportementale qui sont spécifiques.

Seulement 5 étudiants soit 5,25% ont fait un semestre en psychiatrie. Pour 2 d'entre eux, il leur a permis de valider la formation en lieu et place des 5 stages courts. Rappelons que le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008⁽²⁾ préconisait l'augmentation du nombre de postes offerts aux choix des internes de Médecine Générale avec comme objectif 2 postes par département ce qui représente 6 postes par semestre pour le DMG d'Angers. Ces résultats semblent concorder avec les rapports^(3,4) qui avaient noté le faible taux d'internes de Médecine Générale faisant un stage en psychiatrie au cours de leur DES. Si un manque de stages ouverts aux choix explique probablement en partie cette discordance, il faut rappeler qu'à la demande d'un étudiant intéressé un stage peut être ouvert par le DMG et la commission d'adéquation. Il faudrait

probablement développer l'offre de stages et proposer des semestres en CMP ou des stages ambulatoires de psychiatrie (le modèle du SAFE) car le mode de consultation et la population rencontrée permettraient probablement de mieux répondre aux besoins de formations dans les différentes affections psychiatriques.

Conclusion

A Angers, l'obligation de formation des internes de DES de Médecine Générale à la prise en compte de la souffrance psychique est respectée. Son organisation est jugée satisfaisante mais les internes ne l'estiment pas assez formatrice. Ses objectifs sont peu connus et peu utilisés par les internes et les référents pédagogiques alors qu'ils pourraient permettre de mieux suivre la progression et les besoins de formation. Dans la prise en charge des patients souffrant d'affections psychiatriques, ils expriment des besoins de formation qui sont compatibles avec le rôle central du médecin de premier recours promu par les pouvoirs publics. Des aménagements de la formation initiale en psychiatrie semblent nécessaires afin de faire concorder les compétences à acquérir avec les missions actuelles et futures du médecin généraliste dans le parcours de soins, et ainsi contribuer à réduire les « lacunes » dans la prise en charge de ces patients. Les internes sont intéressés par l'idée d'un semestre en psychiatrie et, dans l'hypothèse d'un DES à 8 semestres, favorables à l'idée d'un stage validant en psychiatrie à condition qu'il se déroule dans un lieu de soins de premier recours ou en CMP.



Bibliographie

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
2. Ministère de la Santé. Psychiatrie et Santé Mentale [Internet]. Ministère de la Santé; [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
3. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du Plan psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 [Internet]. [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf
4. Cour des comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et Santé Mentale » (2005-2010) [Internet]. 2011 Décembre [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf
5. Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé. Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2012 Février [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
6. DMG Angers. Guide de l'interne de médecine générale.pdf [Internet]. 2014 [cité 30 oct 2015]. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAAahUKEwi_6qfa_OnIAhUFXRoKHU6SAPU&url=http%3A%2F%2Fwww.med.univ-angers.fr%2F_resources%2Fdmg%2Fdes%2FGuides-MG%2FGUIDE_IMG_nov2014.pdf%3Fdownload%3Dtrue&usq=AFQjCNFIUAPGPSQWPLnJzkjVU3sj-FUTpQ&sig2=5zEIG16fC6lGvgejHV3BBw
7. BIOSATGV.
8. DMG Angers. Guide du Tutorat.pdf [Internet]. 2013 [cité 30 oct 2015]. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwjgrf7y_OnIAhVL2BoKHck4AA4&url=http%3A%2F%2Fwww.med.univ-angers.fr%2F_resources%2Fdmg%2Fdes%2FGuides-MG%2FGUIDE_Tutorat_nov14.pdf%3Fdownload%3Dtrue&usq=AFQjCNG5RhN4xWMIQDIDVT7QFqYLITtgSg&sig2=PU9M7Kob7hgNexcVU9Cfjw&bvm=bv.106379543,d.d2s
9. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encéphale. déc 2009;35(6):560-9.
10. Penin G, Frèche B. Dépistage et prise en charge des patients en crise suicidaire en soins

primaires: une étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes. France; 2013.

11. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. oct 2011;59(5):285-94.
12. Le Galudec M, Stephan F, Mascret R, Bourgin J, Walter M. Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? *Presse Médicale*. janv 2011;40(1):3-9.
13. Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. 2015.
14. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration - Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. 2015.
15. Plaussu C. Le trouble bipolaire en médecine générale. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues0013700600324-C2553](http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/137589/resultatrecherche/1) [Internet]. 4 sept 2008 [cité 29 mars 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/137589/resultatrecherche/1>
16. Llorca P-M, Courtet P, Martin P, Abbar M, Gay C, Meynard J-A, et al. Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : Résultats. *L'Encéphale*. mars 2010;36:S86-102.
17. Echelle Hamilton [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/cyberdoc/doc/Hamilton.htm>
18. Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues0013700600270004329](http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/83064/resultatrecherche/1) [Internet]. 17 févr 2008 [cité 28 oct 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/83064/resultatrecherche/1>
19. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I) - Conception d'un test et validation de son usage. *La Revue du Praticien*. Vol. 57. Juin 2007;
20. Boutet-Colin S. Idées suicidaires de l'adolescent en médecine générale: conception et validation d'une méthode de dépistage réalisée et appliquée en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.
21. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux - recommandations. 2006.
22. Druais P-L. La dépression en médecine générale, une approche spécifique. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues00137006003901HS10](http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/840867/resultatrecherche/6) [Internet]. 30 sept 2013 [cité 29 mars 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/840867/resultatrecherche/6>
23. Lejoyeux M. Les psychothérapies en médecine générale. *Rev Prat - Médecine Générale*. 26 sept 2006;(742):941-50.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE	1
2. OBJECTIFS	2
1.1. <i>Principal</i>	2
1.2. <i>Secondaires</i>	2
MATERIELS ET METHODES	3
RESULTATS	5
1. TAUX DE REPONSES	5
2. ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION A LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	6
2.1. <i>Les stages</i>	6
2.2. <i>Les objectifs de formation</i>	9
3. PERCEPTIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES.....	11
3.1. <i>Les capacités</i>	11
3.2. <i>Les rôles du médecin généraliste</i>	12
3.3. <i>Réalisation d'un semestre en psychiatrie ?</i>	12
DISCUSSION	14
1. TAUX DE REPONSES	14
2. ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION A LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	14
3. PERCEPTIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES.....	17
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	20
TABLE DES ILLUSTRATIONS	24
TABLE DES TABLEAUX	25
ANNEXES	26

Table des illustrations

Figure 1 - Nombre moyen de demi-journées réalisées par stage	8
Figure 2 - Nombre de validation par rencontre interne/référent.....	8
Figure 3 – Nombre de semestres avec difficulté à être accueilli	8
Figure 4 – Satisfaction de l’organisation.....	8
Figure 5 – Assister à un entretien est-il formateur ?	8
Figure 6 – Perception de formation globale	8
Figure 7 – Moment de connaissance des objectifs	10
Figure 8 – Degré de connaissance des objectifs	10
Figure 9 – Référence aux objectifs par les internes.....	10
Figure 10 – Référence aux objectifs par les référents pédagogiques.....	10
Figure 11 – Parmi ceux qui les connaissent	10
Figure 12 – Parmi ceux qui ne les connaissent pas	10
Figure 13 – Opinion concernant la réalisation d’un stage en psychiatrie.....	12
Figure 14 – Nombre d’étudiants ayant réalisé un semestre en psychiatrie	12

Table des tableaux

Tableau 1 - Taux de réponses	5
Tableau 2 - Nombre de stages validés	6
Tableau 3 – Opinion sur la forme d’un stage psychiatrie.....	13

Table des annexes

Annexe 1 - Questionnaire	26
Annexe 2 - Lieux et causes des difficultés rencontrées.....	34
Annexe 3 - Sentiment de capacité dans le repérage	35
Annexe 4 - Sentiment de capacité dans le suivi	35
Annexe 5 - Sentiment de capacité dans l’organisation de la prise en charge avec le psychiatre	36
Annexe 6 - Sentiment de capacité dans l’adaptation des traitements psychotropes	36
Annexe 7 - Sentiment de capacité dans l’initiation des traitements psychotropes	37
Annexe 8 - Sentiment de capacité à assurer une psychothérapie de soutien .	37
Annexe 9 - Sentiment de capacité à explorer les symptômes précoces.....	38
Annexe 10 - Sentiment de capacité à mettre en place un accompagnement préventif	38
Annexe 11 - Opinion sur le rôle du MG dans le repérage des affections psychiatriques.....	39
Annexe 12 - Opinion sur le rôle du MG dans le suivi des patients souffrant d’affections psychiatriques.....	39
Annexe 13 - Opinion sur le rôle du MG dans l’adaptation des traitements psychotropes	39
Annexe 14 - Opinion sur le rôle du MG dans l’initiation des traitements psychotropes	40
Annexe 15 - Opinion sur le rôle du MG dans le suivi psychothérapeutique	40
Annexe 16 - Opinion sur le rôle du MG dans la prévention des affections psychiatriques.....	40

ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire

Questionnaire de thèse sur la formation à la prise en compte de la souffrance psychique

Bonjour, ce questionnaire a pour objectif d'évaluer la formation à la prise en charge psychiatrique et psychologique des internes de Médecine Générale de la faculté d'Angers tant au niveau pratique que théorique.

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse qui a pour objectifs d'évaluer la réalisation des demi-journées de prise en compte de la souffrance psychique, leur contenu et recueillera également votre avis sur cette formation.

Vous devez rentrer votre identité et email afin éviter les doublons de réponses mais ce questionnaire sera rendu anonyme avant d'être exploité.

1. Quel est votre nom ?

2. Quel est votre prénom ?

3. Quelle est votre adresse email ?

4. En quel semestre étiez-vous entre novembre 2014 et avril 2015 ?

(Une seule réponse)

- En 2ème semestre
- En 3ème semestre
- En 4ème semestre
- En 5ème semestre
- En 6ème semestre
- En post internat (année de thèse, DESC, début d'activité...)

5. Combien de stages courts de prise en compte à la souffrance psychique avez-vous validé ? (Une seule réponse)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

6. Avez-vous réalisé un stage de 6 mois en psychiatrie ? (Une seule réponse)

- Oui
- Non

I. Concernant les stages de formation à la prise en compte de la souffrance psychique

7. Pourriez-vous donner le nombre moyen de demi-journées effectivement réalisées lors de chaque semestre ? 0 à 10

8. Combien de fois la validation du stage s'est-elle faite lors d'une rencontre interne/référent ? 0 à 6

9. Avez-vous rencontré des difficultés pour être accueilli dans le lieu de stage prévu ? (Une seule réponse)

- Jamais
- Lors d'un semestre
- Lors de deux semestres
- Lors de trois semestres ou plus

10. Avez-vous rencontré des difficultés pour aménager votre emploi du temps pour réaliser ces 10 demi-journées ? (Cocher 1 case par ligne)

	Oui pour des raisons liées				Je n'ai pas encore fait ce stage	Je n'ai pas rencontré de difficultés
	A mon organisation personnelle	Au planning du service	A des difficultés avec le senior/chef de service	A des difficultés avec les autres internes		
Lors du stage d'urgences hors CHU						
Lors du stage pédiatrie/gynéco hors CHU						
Lors d'un stage de médecine polyvalente hors CHU						
Lors du stage PRAT						
Lors du stage d'urgences au CHU						
Lors du stage médecine polyvalente au CHU						
Lors du stage pédiatrie/gynéco au CHU						
Lors du stage libre						
Lors du stage professionnalisant						

11. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de l'organisation de ces demi-journées ? (Une seule réponse)

- Pas du tout satisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

12. Dans l'ensemble, pensez-vous que ces stages de formation à la prise en compte de la souffrance psychique sont formateurs ? (Une seule réponse)

- Pas du tout formateur
- Peu formateur
- Assez formateur
- Très formateur

II. Concernant les objectifs de formation à la prise en compte de la souffrance psychique

La fiche d'objectifs spécifiques à la formation à la souffrance psychique est présente dans le guide du tutorat et sur le site du DMG

13. Quand avez-vous pris connaissance de l'existence des objectifs de formation ? (Une seule réponse)

- 1er semestre
- 2ème semestre
- 3ème semestre
- 4ème semestre
- 5ème semestre
- 6ème semestre
- Je ne les connais pas

14. Diriez-vous que vous connaissez les objectifs de formation ? (Une réponse)

- Pas du tout
- Peu
- Assez bien
- Bien

15. Vous êtes-vous référé aux objectifs de formation au cours du DES ?

- Jamais
- Occasionnellement
- Régulièrement
- Souvent

16. Pensez-vous que les référents pédagogiques (psychiatres/psychologues...) qui vous accueillent connaissent ces objectifs ? (une seule réponse)

- Oui, mais je ne pense pas que cela influe sur la formation pratique
- Oui, je pense qu'ils adaptent la formation pratique en fonction des objectifs
- Non
- Je ne sais pas

17. Pensez-vous que les objectifs pédagogiques répondent à vos besoins de formation ? (une seule réponse)

- Pas du tout
- Un peu
- Pas assez
- Suffisamment

III. Concernant les capacités acquises durant la formation à la prise en compte de la souffrance psychique

18. Vous sentez-vous capable de repérer les symptômes d'un patient qui présente ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

19. Vous sentez-vous capable de faire le suivi d'un patient qui présente ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

20. Vous sentez-vous capable d'organiser la prise en charge avec le psychiatre d'un patient qui présente ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

21. Vous sentez-vous capable d'adapter un traitement psychotrope d'un patient présentant ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

22. Vous sentez-vous capable d'initier un traitement psychotrope d'un patient présentant ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

23. Vous sentez-vous capable d'assurer personnellement la psychothérapie de soutien à un patient qui présente ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

24. Vous sentez-vous capable d'explorer les symptômes précoces d'un patient A RISQUE de présenter ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

25. Vous sentez-vous capable de mettre en place un accompagnement préventif chez un patient A RISQUE de présenter ?

Par exemple : suivi au cabinet, avis spécialisé, arrêt de travail, informations...

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
Un syndrome dépressif				
un trouble anxieux				
un risque suicidaire				
un trouble bipolaire				
un trouble psychotique				
une addiction				

IV. Concernant les rôles du médecin généraliste dans la prise en compte de la souffrance psychique

26. Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans ?

	Pas du tout important	Peu Important	Important	Très important
Le repérage des affections psychiatriques				
Le suivi des soins des affections psychiatriques				
L'adaptation des traitements psychotropes				
L'initiation des traitements psychotropes				
Le suivi psychothérapeutique				
La prévention				

27. Assister à un entretien avec un psychiatre était-il formateur pour apprendre à explorer/repérer un trouble psychique ?

- Peu formateur
- Assez formateur
- Formateur
- Très formateur

28. Diriez-vous que les stages de formation à la prise en compte de la souffrance psychique vous ont permis de mieux connaître les structures (CHS, CMP, maison des adolescents...) pour mieux adresser les patients ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Tout à fait

V. Concernant la réalisation d'un semestre en psychiatrie

29. Dans l'état de la maquette actuelle du DES de médecine générale, faire un semestre en psychiatrie a-t-il un intérêt ?

- Pas du tout intéressant
- Peu intéressant
- Intéressant
- Très intéressant

30. Si la maquette du DES venait à évoluer vers un internat comprenant 8 semestres, pensez-vous qu'il serait pertinent de proposer plus de choix de stages ?

	Pas du tout intéressant	Peu intéressant	Intéressant	Très intéressant
En milieu hospitalier spécialisé				
En consultation externe/hôpital de jour				
Ambulatoire de 6 mois validant pour la psychiatrie (sur le modèle du SAFE)				

31. Si vous avez des remarques sur la formation à la prise en compte de la souffrance psychique ou sur ce questionnaire ?

Annexe 2 - Lieux et causes des difficultés rencontrées

Les internes ont-ils rencontrés des difficultés ?		Oui, pour des raisons liées				Non			
		à l'organisation personnelle	au planning du service	à des difficultés avec le senior/chef de service	à des difficultés avec les autres internes	Je n'ai pas rencontré de difficultés	Nombre d'internes ayant fait ce stage	Stage non réalisé	Total
Lieu de travail de l'interne									
CH périphérique	Stage d'urgences hors CHU	2 (2,33%)	41 (47,67%)	3 (3,49%)	1 (1,16%)	39 (45,35%)	86 (100%)	19	105
	Stage en pédiatrie/gynéco hors CHU	3 (3,33%)	15 (17,67%)	0 (0%)	2 (2,22%)	70 (77,78%)	90 (100%)	15	105
	Stage en médecine polyvalente hors CHU	6 (5,88%)	27 (26,47%)	4 (3,92%)	2 (1,96%)	63 (61,76%)	102 (100%)	3	105
	Total CH (%)	11 (3,95%)	83 (29,86%)	7 (2,52%)	5 (1,80%)	172 (61,87%)	278 (100%)	37	315
CHU	Stage d'urgences au CHU	0 (0%)	4 (9,52%)	1 (2,38%)	0 (0%)	37 (88,1%)	42 (100%)	63	105
	Stage de médecine polyvalente au CHU	1 (1,96%)	13 (25,49%)	1 (1,96%)	0 (0%)	36 (70,59%)	51 (100%)	54	105
	Stage de pédiatrie/gynéco au CHU	0 (0%)	5 (13,88%)	3 (8,33%)	0 (0%)	28 (77,78%)	36 (100%)	69	105
	Total CHU (%)	1 (0,78%)	22 (17,05%)	5 (3,88%)	0 (0%)	101 (78,29%)	129 (100%)		315
Ambulatoire	Stage MG Niveau 1	12 (11,54%)	11 (10,57%)	4 (3,84%)	1 (0,96%)	76 (73,08%)	104 (100%)	1	105
Autre	Stage libre (hors maquette obligatoire)	7 (9,09%)	11 (14,29%)	1 (1,30%)	1 (1,30%)	57 (74,03%)	77 (100%)	28	105
	Stage professionnalisant	8 (12,70%)	9 (14,28%)	1 (1,59%)	0 (0%)	45 (71,43%)	63 (100%)	42	105
TOTAL quelque soit le stage		39 (5,99%)	136 (20,89%)	18 (2,76%)	7 (1,08%)	451 (69,28%)	651 (100%)	294	
		200 (30,72%)							

Annexe 3 - Sentiment de capacité dans le repérage

Concernant le Repérage	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		1 (1%)	3 (2,9%)	39 (37,1%)	62 (59%)	Ref.
		4 (3,8%)		101 (96%)		
Un trouble anxieux		1(1%)	4 (3,8%)	43 (41%)	57 (54,3%)	0,109
		5 (4,8%)		100 (95,2%)		
Un risque suicidaire		2 (1,9%)	4 (3,8%)	66 (62,9%)	33 (31,4%)	7,9x10⁻⁷
		6 (5,7%)		99 (99,3%)		
Un trouble bipolaire		4 (3,8%)	33 (31,4%)	56 (53,3%)	12 (11,4%)	1,2x10⁻¹⁵
		37 (35,2%)		68 (64,8%)		
Un trouble psychotique		3 (2,9%)	32 (30,5%)	56 (53,3%)	14 (13,3%)	2,1x10⁻¹⁵
		35 (33,3%)		70 (66,7%)		
Une addiction		2 (1,9%)	12 (11,4%)	53 (50,5%)	38 (36,2%)	7,9x10⁻⁷
		14 (13,3%)		91 (86,7%)		
Pourcentage moyen		2,1%	14%	49,7%	32,6%	
		16,1%		83,8%		

Annexe 4 - Sentiment de capacité dans le suivi

Concernant le Suivi	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		2 (1,9%)	10 (9,5%)	58 5 (55,2%)	35 (33,3%)	Ref.
		12 (11,4%)		93 (88,6%)		
Un trouble anxieux		2 (1,9%)	5 (4,8%)	66 (62,9%)	32 (30,5%)	0,638
		7 (6,7%)		98 (93,3%)		
Un risque suicidaire		11 (10,5%)	40 (38,1%)	44 (41,9%)	10 (9,5%)	5,5x10⁻¹²
		51 (48,6%)		54 (51,4%)		
Un trouble bipolaire		21 (20%)	60 (57,1%)	21 (20%)	3 (2,9%)	3,9x10⁻²¹
		81 (77,1%)		24 (22,9%)		
Un trouble psychotique		37 (35,2%)	50 (47,6%)	17 (16,2%)	1 (1%)	5,2x10⁻²²
		87 (82,9%)		18 (17,1%)		
Une addiction		3 (2,9%)	36 (34,3%)	49 (46,7%)	17 (16,2%)	8,5x10⁻⁸
		39 (37,1%)		56 (53,3%)		
Pourcentage moyen		12%	31,9%	40,5%	15,6%	
		43,9%		56,1%		

Annexe 5 - Sentiment de capacité dans l'organisation de la prise en charge avec le psychiatre

Concernant l'organisation des soins	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		2 (1,9%)	8 (7,6%)	45 (42,9%)	50 (47,6%)	Ref.
		10 (9,5%)		95 (90,5%)		
Un trouble anxieux		2 (1,9%)	8 (7,6%)	47 (44,8%)	48 (45,7%)	0,414
		10 (9,5%)		95 (90,5%)		
Un risque suicidaire		2 (1,9%)	18 (17,1%)	47 (44,8%)	38 (36,2%)	5,3x10⁻⁵
		20 (19%)		85 (81%)		
Un trouble bipolaire		5 (4,8%)	26 (24,8%)	42 (40%)	32 (30,5)	5,2x10⁻⁹
		31 (29,5%)		74 (70,5%)		
Un trouble psychotique		5 (4,8%)	30 (28,6%)	39 (37,1%)	31 (29,5%)	1,1x10⁻⁹
		35 (33,3%)		70 (66,7%)		
Une addiction		2 (1,9%)	18 (17,1%)	46 (43,8%)	39 (37,1%)	0,000418
		20 (19%)		85 (81%)		
Pourcentage moyen		2,9%	17,1%	42,2%	37,8%	
		20%		80%		

Annexe 6 - Sentiment de capacité dans l'adaptation des traitements psychotropes

Concernant l'adaptation des traitements	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		4 (3,8%)	15 (14,3%)	51 (48,6%)	35 (33,3%)	Ref.
		19 (18,1%)		86 (81,9%)		
Un trouble anxieux		3 (2,9%)	11 (10,5%)	55 (52,4%)	36 (34,3%)	0,0325
		14 (13,3%)		91 (86,7%)		
Un risque suicidaire		15 (14,%)	44 (41,9%)	37 (35,2%)	9 (8,6%)	1,8x10⁻¹³
		59 (56,2%)		46 (43,8%)		
Un trouble bipolaire		41 (39%)	52 (49,5%)	10 (9,5%)	2 (1,9%)	5,2x10⁻²²
		93 (88,6%)		12 (11,4%)		
Un trouble psychotique		47 (44,8%)	49 (46,7%)	7 (6,7%)	2 (1,9%)	3,2x10⁻²²
		96 (91,4%)		9 (8,6%)		
Une addiction		7 (6,7%)	40 (38,1%)	40 (38,1%)	18 (17,1%)	2x10⁻⁷
		47 (44,8%)		58 (55,2%)		
Pourcentage moyen		18,6%	33,5%	31,7%	16,2%	
		52,1%		47,9%		

Annexe 7 - Sentiment de capacité dans l'initiation des traitements psychotropes

Concernant l'initiation des traitements	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		3 (2,9%)	5 (4,8%)	39 (37,1%)	58 (55,3%)	Ref.
		8 (7,6%)		97 (92,4%)		
Un trouble anxieux		3 (2,9%)	5 (4,8%)	59 (56,2%)	38 (36,2%)	0,655
		8 (7,6%)		97 (92,4%)		
Un risque suicidaire		21 (20%)	30 (28,6%)	36 (34,3%)	18 (17,1%)	7,3x10⁻¹⁶
		51 (48,6%)		54 (51,4%)		
Un trouble bipolaire		51 (48,6%)	40 (38,1%)	9 (8,6%)	5 (4,8%)	1,1x10⁻²²
		91 (86,7%)		14 (13,3%)		
Un trouble psychotique		66 (62,9%)	30 (28,6%)	8 (7,6%)	1 (1%)	1,5x10⁻²³
		86 (81,9%)		9 (8,6%)		
Une addiction		8 (7,6%)	34 (32,4%)	44 (41,9%)	19 (18,1%)	6,4x10⁻¹⁴
		42 (40%)		63 (60%)		
Pourcentage moyen		24,1%	22,9%	31%	22%	
		47%		53%		

Annexe 8 - Sentiment de capacité à assurer une psychothérapie de soutien

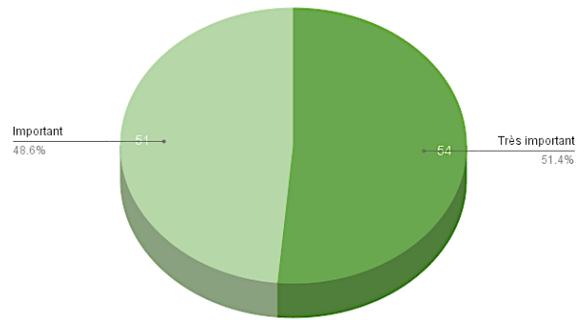
Concernant la psychothérapie	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		12 (11,4%)	20 (19%)	50 (47,6%)	23 (21,9%)	Ref.
		32 (30,5%)		73 (69,5%)		
Un trouble anxieux		12 (11,4%)	21 (20%)	49 (46,7%)	23 (21,9%)	0,317
		33 (31,4%)		72 (68,6%)		
Un risque suicidaire		27 (25,7%)	42 (40%)	28 (26,7%)	8 (7,6%)	9,2x10⁻¹³
		69 (65,7%)		36 (34,3%)		
Un trouble bipolaire		43 (41%)	33 (31,4%)	24 (22,9%)	5 (4,8%)	7,5x10⁻¹⁶
		76 (72,4%)		29 (27,6%)		
Un trouble psychotique		51 (48,6%)	37 (35,2%)	14 (13,3%)	3 (2,9%)	7,8x10⁻¹⁸
		88 (83,8%)		17 (16,2%)		
Une addiction		13 (12,4%)	30 (28,6%)	45 (42,9%)	17 (16,2%)	0,009
		43 (41%)		62 (59%)		
Pourcentage moyen		25,1%	29%	33,3%	12,5%	
		54,1%		45,8%		

Annexe 9 - Sentiment de capacité à explorer les symptômes précoces

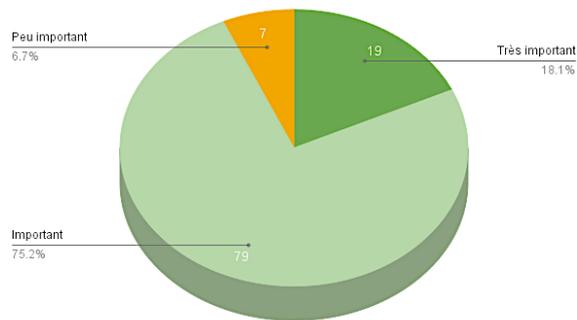
Concernant l'exploration de symptômes précoces	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		2 (1,9%)	19 (18,1%)	55 (52,4%)	29 (27,6%)	Ref.
		21 (20%)		84 (80%)		
Un trouble anxieux		2 (1,9%)	19 (18,1%)	58 (55,2%)	26 (24,8%)	0,257
		21 (20%)		84 (80%)		
Un risque suicidaire		5 (4,8%)	51 (48,6%)	32 (30,5%)	17 (16,2%)	2x10⁻⁷
		56 (53,3%)		49 (46,7%)		
Un trouble bipolaire		24 (22,9%)	41 (39%)	31 (29,5%)	9 (8,6%)	7,5x10⁻¹⁶
		65 (61,9%)		40 (38,1%)		
Un trouble psychotique		33 (31,4%)	36 (34,3%)	27 (25,7%)	9 (8,6%)	x10⁻⁹
		69 (65,7%)		36 (34,3%)		
Une addiction		3 (2,9%)	36 (34,3%)	45 (42,9%)	21 (20%)	0,00026
		39 (37,1%)		66 (62,9%)		
Pourcentage moyen		11%	32%	39,4%	17,6%	
		43%		57%		

Annexe 10 - Sentiment de capacité à mettre en place un accompagnement préventif

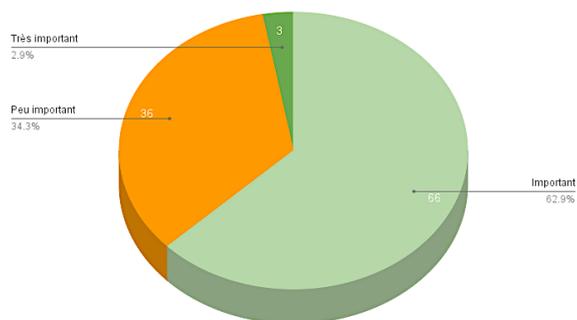
Concernant l'accompagnement préventif	Degré de capacité ressentie	Pas du tout (%)	Un peu (%)	Assez (%)	Tout à fait (%)	p (n=105)
Pour un patient présentant :						
Un syndrome dépressif		2 (1,9%)	17 (16,2%)	50 (47,6%)	36 (34,3%)	Ref.
		19 (18,1%)		86 (81,9%)		
Un trouble anxieux		2 (1,9%)	19 (18,1%)	51 (48,6%)	33 (31,4%)	0,0253
		21 (20%)		84 (80%)		
Un risque suicidaire		5 (4,8%)	32 (30,5%)	48 (45,7%)	20 (19%)	4,1x10⁻⁸
		37 (35,2%)		68 (64,8%)		
Un trouble bipolaire		19 (18,1%)	44 (41,9%)	28 (26,7%)	14 (13,3%)	5,7x10⁻¹⁵
		63 (60%)		42 (40%)		
Un trouble psychotique		31 (29,5%)	43 (41%)	19 (18,1%)	12 (11,4%)	5,9x10⁻¹⁷
		74 (70,5%)		31 (29,5%)		
Une addiction		3 (2,9%)	34 (32,4%)	42 (40%)	26 (24,8%)	7,4x10⁻⁷
		37 (35,2%)		68 (64,8%)		
Pourcentage moyen		9,8%	30%	37,8%	22,4%	
		39,8%		60,2%		



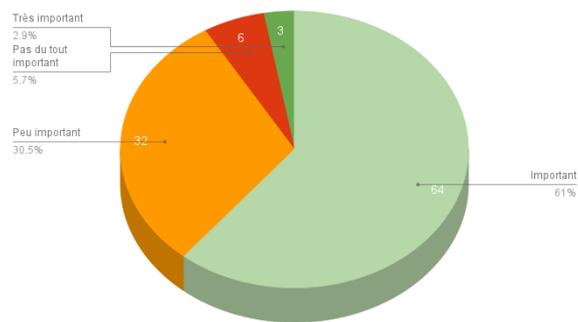
Annexe 11 - Opinion sur le rôle du MG dans le repérage des affections psychiatriques



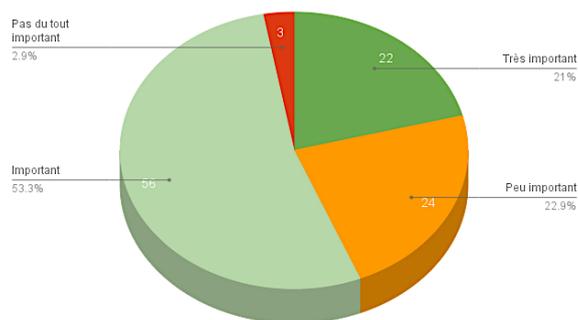
Annexe 12 - Opinion sur le rôle du MG dans le suivi des patients souffrant d'affections psychiatriques



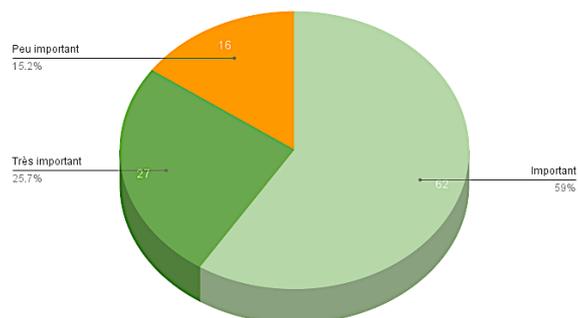
Annexe 13 - Opinion sur le rôle du MG dans l'adaptation des traitements psychotropes



Annexe 14 - Opinion sur le rôle du MG dans l'initiation des traitements psychotropes



Annexe 15 - Opinion sur le rôle du MG dans le suivi psychothérapeutique



Annexe 16 - Opinion sur le rôle du MG dans la prévention des affections psychiatriques

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Mr Guillaume Gindrey.....
déclare être pleinement conscient(e) 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'étudiant(e) le **04 / 12 / 2015**

RÉSUMÉ

En France, le décret du 22 septembre 2004 oblige les internes du DES de Médecine Générale à avoir une formation à la prise en compte de la souffrance psychique. En conséquence le département de Médecine Générale à Angers organise cette formation sous la forme de stages courts de 10 demi-journées par semestre ou d'un semestre en psychiatrie. L'intérêt premier de cette thèse était de faire un état des lieux de cette formation afin de mieux connaître sa réalisation, son contenu et l'avis des internes. Le second était de recueillir le sentiment des internes sur leurs capacités à assurer les soins des patients en souffrance psychique et ceux atteints de maladies psychiatriques ainsi que leur opinion sur les rôles du médecin généraliste dans ces soins. Il s'agissait d'une étude conduite auprès des internes angevins inscrits en 3ème année de DES de Médecine Générale ainsi que ceux inscrits en année de thèse. Les résultats obtenus auprès de 105 internes montrent que l'obligation de formation des internes de DES de Médecine Générale à la prise en compte de la souffrance psychique est respectée. Son organisation est jugée satisfaisante, mais ils ne l'estiment pas assez formatrice. Ses objectifs sont peu connus et peu utilisés par les internes et les référents pédagogiques. Des aménagements de la formation initiale en psychiatrie des internes de Médecine Générale semblent nécessaires afin de faire concorder les compétences à acquérir avec les missions du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients souffrants d'affections psychiatriques.

MOTS-CLES

MEDECINE

GENERALE

FORMATION

INITIALE

SOUFFRANCE

PSYCHIQUE

DES

PSYCHIATRIE

ABSTRACT

In France, the decree of 22 September 2004 requires General Practitioner medical interns to have training in the recognition of psychic suffering. Consequently, the General Practitioner Department of Angers organizes this training in the form of short courses of 10 half-days per semester or a semester in psychiatry. The primary interest of this thesis was to make an inventory of the training in order to learn more about its realization, its content and the opinion of the medical interns. The second was to gather the feeling of medical interns on their ability to provide care for mental suffering in patients and those with psychiatric illnesses as well as their views on the roles of the general practitioner in these cares. This was a study conducted among Angevin medical interns enrolled in the 3rd year of General Medicine and those entered in year thesis. The results from 105 show that the medical intern's training requirement of General Medicine to the inclusion of mental suffering is respected. Its organization is well received, but they did not believe enough formative. Its objectives are little known and little used by medical interns and educational referents. Adjustments of initial training in psychiatry of General Practitioner medical interns seem necessary to align the skills to be acquired with the tasks of the general practitioner in the course of care patients suffering from psychiatric disorders.



université
angers