



HAL
open science

Étude des besoins de formation des internes de médecine générale concernant les troubles du spectre de l'autisme. Enquête réalisée auprès de 12 étudiants de troisième cycle des études de médecine niçois

Claire Pellerin-Guérin

► **To cite this version:**

Claire Pellerin-Guérin. Étude des besoins de formation des internes de médecine générale concernant les troubles du spectre de l'autisme. Enquête réalisée auprès de 12 étudiants de troisième cycle des études de médecine niçois. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03022051

HAL Id: dumas-03022051

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03022051>

Submitted on 24 Nov 2020

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

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

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de :
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à Nice le 02 Octobre 2020

Par

Claire PELLERIN, GUÉRIN

Née le 07 février 1991 à Niort

**Étude des besoins de formation des internes de médecine générale
concernant les troubles du spectre de l'autisme.**

Enquête réalisée auprès de 12 étudiants de troisième cycle des études de
médecine niçois.

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur **Michel BENOIT**, Président du Jury

Monsieur le Professeur **David DARMON**, Assesseur

Monsieur le Professeur **Gilles GARDON**, Directeur de thèse

Madame le Docteur **Susanne THUMMLER**, Assesseur

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen
Pr. BAQUÉ Patrick
Vice-doyens
**Pédagogie
Recherche
Etudiants**
**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus
Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

 M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENZIRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre
Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIÈRE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur BENOIT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury, et d'apporter votre expertise sur ce sujet.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mes remerciements sincères et respectueux.

A Monsieur le Professeur DARMON,

Je vous suis reconnaissante d'avoir spontanément accepté de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail.

Veillez recevoir, l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

A Madame le Docteur THUMMLER,

Vous me faites l'honneur d'apporter vos connaissances et vos critiques à ce travail.

Veillez recevoir, l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur GARDON,

Je te remercie Gilles tout d'abord d'avoir accepté de me diriger sur ce travail, merci pour tes conseils toujours aussi justes et pertinents, et ta disponibilité inégalée.

Je voulais également te remercier d'avoir été un maître de stage présent, bienveillant, toujours à me pousser vers le haut, à me remettre en question. Ça a été un réel plaisir et surtout un honneur de pouvoir échanger avec toi tant sur le plan professionnel que personnel.

Soit assuré de ma profonde reconnaissance et du respect le plus sincère que j'ai à ton égard.

A ma famille

A Alex, mon Amour depuis toujours, sache d'abord que je suis très fière de toi! J'ai toujours admiré ta positivité, ton assurance, ta gentillesse à toute épreuve, ta capacité à rendre toujours tout si simple et facile, et même cette manie de toujours m'embêter. Toutes ces choses qui ont rendu ces études bien plus douces et motivantes, mon binôme, du début à la fin ! Je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi, pour nous depuis 13 ans, alors tout simplement merci pour cette magnifique vie !

Tu es une personne exceptionnelle !

Je t'aime de tout mon coeur. (L)

Et à notre petite Elena, qui a participé à ce travail bien au chaud et qui nous comble d'amour et de bonheur un peu plus chaque jour.

A mes parents chéris, merci encore et encore, d'abord pour votre soutien et vos encouragements sans faille durant ces longues études, « étape après étape » (hein Maman !) ça y est le marathon touche enfin à sa fin ! Et surtout, merci pour la vie que vous m'avez permis d'avoir, merci pour ces belles valeurs que vous m'avez inculquées et merci pour votre amour inconditionnel. Vous êtes mes modèles, mes piliers.

Je vous aime.

A mon frère, mon Clément, mon complice depuis l'enfance !

Je suis fière de ton parcours, de ta détermination, d'être ta petite sœur tout simplement. Merci pour tous nos moments complices, pour ta bienveillance et ton amour, qui sont si importants dans ma vie. Je t'aime.

Et Lounis, merci de ta joie de vivre, de ces beaux moments partagés ensemble, et d'apporter de la douceur à mon grand-frère, il en avait besoin ! ;)

A mes grands-parents, pour qui la vie n'a pas été toujours douce mais qui sont des modèles de force, de santé et d'amour. Merci pour vos encouragements à poursuivre dans ces études, la fierté que vous m'avez montrée dans vos paroles ou dans vos yeux ont été une réelle source de motivation et de réconfort.

A mes tontons et tatas, cousins et cousines, qui ont toujours eu une place importante dans ma vie, je pense bien fort à vous même si on se voit de moins en moins avec les kilomètres qui nous séparent.

A Danièle, merci de m'avoir accueilli avec autant d'amour dans la famille ! Tu nous as soutenue et poussée vers le haut durant toutes ces années, merci pour cette motivation et ce soutien acharné ! ;) Ta vie est pour moi un exemple de force, de courage et de dévouement.

Et à Aurélie et Guillaume, merci pour ces beaux moments de jeux et de partages pendant nos ptits séjours Niortais !

A mes amis

A mes colocos d'amour, merci pour cette magnifique année vécue à vos côtés,

A Floflo, ma pétillante Floflo d'amour. Merci pour tous ces incroyables moments à tes côtés, ces soirées toutes simples à la coloc où le visionnage d'Orgueil et préjugées a pris un autre tournant avec toi, ces retrouvailles au bout du monde, ce beau discours avec Xav ;), bref tu sais mettre du baume au cœur à ma vie ! Merci pour l'amour que tu me portes au quotidien, j'espère te le rendre aussi bien !

A Xav, mon chaton, avec toi j'aurais eu l'aperçu d'avoir un petit frère, aussi adorable avec le cœur sur la main qu'insupportable avec ses ptits bouillons de fin de soirée ;) Je suis fière de voir tout le chemin que tu as parcouru depuis ces 5 dernières années, tu mérites d'être heureux ! Merci d'être toujours aussi présent et souriant, tu es un ami précieux !

A Francky, FranckyLove ! Merci pour ton calme, ta patience, et ta bienveillance à toute épreuve, qui ont rendu la vie à la coloc tellement plus cool ! Je suis heureuse de voir que tes projets futurs te mènent vers une vie plus douce et pleine de voyages (si le covid veut bien se calmer !).

Et Laura, qui est arrivée un peu après, une belle personne avec qui les soirées resto sont toujours si agréables ! Prends bien soin de mon Francky !

A mes Maurices, votre joie de vivre, vos sourires, votre générosité vous rendent uniques ! Mon Mask, un hyperactif né ! ;) Merci pour cette motivation inépuisable qui est tellement communicative, mais surtout merci de faire partie de la team winner #lesvraissavent #seulelavictoireestbelle !

Ma Nanou, la plus jolie des grosses dames ! Merci de m'accompagner dans cette boulimie de craquage en tous genres, la déculpabilisation mutuelle est un bonheur !

A vos côtés les incrustes, la glace dominicale, et les après-midi jeux, ont pris une toute autre saveur ! J'ai hâte de vivre les belles aventures qui nous attendent !

Koeur sur vous les amis !

A Sabou et Lolo, <3

Ma Sabou, mon ptit rayon de soleil ! Merci pour ce sourire XXL toujours présent, ta bienveillance constante, ton perfectionnisme aussi, qui font de toi une très belle personne, sans parler de ce gout inégalé pour la mode ! Ta petite voix perchée quand tu racontes une anecdote illumine mes soirées et ta douceur est un bonheur. J'ai hâte de reprendre nos séances papotage/sport qui m'ont tellement manquées.

Et toi Lolo, et bien TMTTC hein !! ;) Tu as beau être super enquiquant, ne change pas, garde ce smile et ces ptits pics qui tombent toujours très justement, ma répartie n'en sera que meilleure !

Aux De Bagnet, la classe incarnée, les Beckham de la Cote d'Azur !

Ma Nounouch, la petite femme parfaite ! Merci d'avoir partagé et embelli ces 5 dernières années ! Merci d'être toujours à l'écoute, douce et bienveillante, et même si les kilomètres vont nous séparer une fois de plus, ce sera loin des yeux mais prêt du cœur !

Et Hugo, Monsieur le Professeur, j'espère que tu trouveras enfin ton bonheur professionnel après avoir eu le personnel, tu le mérites ! Il va falloir me trouver un nouveau super Brunch à Montpellier !

Aux Lardoum, mes colocs de 2 semaines mais colocs quand même !

Mon Guitou, merci de m'avoir fait découvrir la Capitale, sûrement l'une des plus belles découvertes de ces dernières années ! L'internat a pris une toute autre dimension quand tu es enfin sorti de ta chambre ! Merci d'être toujours présent pour les copains, et pour ces « hug » si réconfortants !

Et toi ma Fauvette, merci pour ces déhanchés endiablés sur Ed Sheeran, cet amour commun pour les gouters complètement déraisonnables, et tes papouilles pour se dire au revoir ! Les soirées 2F3C se font bien trop rares...

#tropdelove

A Vic et Greg, votre douceur et gentillesse est un bonheur, c'est un réel plaisir de partager de belles soirées à vos côtés, j'espère pouvoir profiter encore un peu de la plus belle vue de Nice ! ;)

A Jojo et Coco, merci pour votre générosité et enthousiasme de tous les instants. Jojo, te rencontrer au début de l'internat a été une chance, surtout pour les retours de soirées assumés par le meilleur des chauffeurs ! Vous réunissez à vous 2 le meilleur de Toulouse et de la Corse ! Je vous souhaite tout le meilleur à la Réunion !

A Kévin et Vivi, le meilleur chasseur (après Alex ;)) et la belle vahiné, vous me permettez de m'évader au Fenua à chaque anecdote tahitienne, j'espère que le futur vous permettra d'y retourner et nous de vous y retrouver !

A Loulou, l'homme au grand cœur, merci pour ta gentillesse inégalée !

A Mimi et Ju, mes compagnons de Cannes, merci pour ces belles bougonneries Ju tu illuminais mes journées de stage, et Mimi tes éclats de rires sont toujours un plaisir à entendre et mettent du baume au cœur ! Carpe Diem les copains !

A Nathan, merci pour ces Geasp endiablés et ces belles discussions de trek qui nous font nous évader un petit peu à tes cotés.

A Béber, merci à toi aussi pour ces belles perles Geaspistiques ! J'espère que la vie montagnarde te comblera !

A Vinc', sans qui l'idée folle d'installer une piscine à Fréjus n'aurait aboutie ! Merci pour ce beau semestre Varois !

A Sam, notre petite maman de gynéco ! Merci de m'avoir accompagnée comme bébé interne, ton calme et ta bonne humeur ont été précieux !

A Antho et Sylvain les diners E2R ont pris un tournant tellement cool depuis votre arrivée.

A ma team Pictavienne,

A Max et Marie, Bibi, Maeva, Cici, Cam Cath, Guigs, Bombono, JB et Manon, Jéro, et Fluve, vous avez illuminés ces 6 années à Poitpoitcity. Et même dispatchés un peu partout en France et dans les DOM-TOM, ces belles amitiés perdurent autant que possible et sont précieuses !

A Jé (Djérémy !), et Flore, merci Papa Jé de nous avoir guidé dans ces études, de nous avoir montré la voie, le « Claire et Alex bisou » restera gravé dans ma mémoire ! Merci pour cette belle amitié qui se poursuit !

A mes amis du bout du monde, mes cocoloc, Adélita, Théocitron, Nellita, Bouboucito, Maevita, Simoncito et Samuelito, Maururu roa pour ce semestre magique au paradis et cette belle famille qu'on a créé et qui s'agrandit de plus en plus !

A mes amis depuis toujours, Dadou et Cédric, Adri et Eva, Gogo, Rhum, Pierre et Béranger, Flo, vous étiez là avant cette folle aventure médicale, vous m'avez permis de m'évader pendant des soirées et week-ends durant ces dernières années, et vous êtes et serez encore là pour les beaux moments présents et à venir, merci pour tout !

Et pour finir :

A mes maîtres de stages, mes co-internes, et toutes les équipes de mes différents services, merci d'avoir partagé avec moi une partie de cette grande aventure.

Et enfin, aux anonymes interviewés, un immense merci d'avoir accepté de participer à ce travail !

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS	15
I. INTRODUCTION	16
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	19
2.1 Type d'étude.....	19
2.2 Recherche bibliographique.....	19
2.3 Guide d'entretien	19
2.4 Échantillon	20
2.5 Déroulement des entretiens	20
2.6 Analyse des données : retranscription et codage.....	21
III. RÉSULTATS	22
3.1 Description de la population étudiée	22
3.2 Connaissances générales TSA	23
3.3 Rôles du médecin généraliste	27
3.4 Dépistage	30
3.5 Prise en charge	32
3.6 Mise en Situation	35
3.7 Acquisition des connaissances.....	38
3.8 Formation souhaitée.....	42
IV. DISCUSSION	50
4.1 Forces et limites de l'étude.....	50
4.2 Principaux résultats de l'étude.....	52
4.3 Confrontation des résultats à la littérature.....	53
V. CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	67
Annexe 1 : Guide d'entretien (version initiale).....	67
Annexe 2 : Guide d'entretien (version finale)	69
SERMENT D'HIPPOCRATE	71

ABRÉVIATIONS

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
ARAPI : Association pour la Recherche sur l'Autisme et la Prévention des Inadaptations
CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CIM : Classification Internationale des Maladies
CHAT : CHecklist for Autism Disorders
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CPP : Comité de Protection des Personnes
CRA : Centre Ressource Autisme
DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DESU : Diplôme d'Enseignement Supérieur Universitaire
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DPC : Développement Professionnel Continu
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DU : Diplôme Universitaire
ECN : Épreuves Classantes Nationales
FMC : Formation Médicale Continue
GEASP : Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles
HAS : Haute Autorité de Santé
IME : Institut Médico-Éducatif
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOOC : Massive Open Online Course
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
QCM : Questions à Choix Multiples
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SUDOC : Système Universitaire de DOcumentation
TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales
TED : Trouble Envahissant du Développement
TND : Trouble du Neuro-Développement
TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme
UE : Unité d'Enseignement

I. INTRODUCTION

L'autisme est un sujet ancien, nommé pour la première fois en 1911 par Bleuler, puis repris et développé dans les travaux de Léo Kanner en 1943 et Hans Asperger en 1944. Ce dernier utilise alors le terme de « psychopathie autistique » (1, 2).

C'est en 1949 que l'OMS inclut pour la première fois les troubles mentaux dans sa classification des maladies (CIM-6).

La définition et la classification de l'autisme ont ensuite évolué au cours du temps.

A l'heure actuelle, il existe deux classifications internationales principales que l'on utilise pour classer ces troubles : le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) produit par l'American Psychiatric Association et la CIM (Classification Internationale des Maladies) produite par l'OMS.

Dans la 10^e et dernière version du CIM, entrée en application en 1993, différents syndromes de troubles neuro-développementaux sont regroupés sous le terme de « troubles envahissants du développement ». (TED).

Ces syndromes sont l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, le syndrome d'Asperger, l'hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés, et les autres troubles envahissants du développement (3).

Mais la classification la plus utilisée est la 5^e et dernière version du DSM publiée en mai 2013, dans laquelle le terme « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) est créé, regroupant les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, les troubles envahissants du développement non spécifiés et les troubles désintégratifs de l'enfance (4).

Ainsi, il n'y a plus qu'une seule appellation pour ces troubles bien que les patients ayant un TSA se distinguent les uns des autres.

Le tableau clinique des TSA repose sur une dyade d'éléments. Il s'agit de déficits persistants dans la communication et les interactions sociales observés dans des contextes variés, ainsi que le caractère restreint et répétitif de comportements, d'intérêts ou d'activités. Les patients présentant des troubles dits TSA doivent ensuite faire l'objet d'une précision sur les conditions associées : déficit intellectuel, altération du langage, pathologie médicale ou génétique connue ou facteur environnemental, catatonie, et autre trouble neurodéveloppemental mental ou du comportement.

A ce jour, aucune étude n'a permis de déterminer l'étiologie des TSA, malgré de nombreuses pistes explorées. Il semblerait que cette pathologie soit due à des anomalies très

précoces de neurodéveloppement avant la naissance. Ces anomalies seraient d'origine plurifactorielle avec des composantes génétiques et environnementales (5, 6).

Une étude récente menée en France entre 2010 et 2017 à partir du recours aux soins pour les TED a montré une prévalence de 0,72% chez les 5 à 9 ans et de 0,18% dans la population générale, ce qui indique que le recours aux soins est maximal dans l'enfance (7). Le sex-ratio hommes/femmes était de 3,3 pour 1.

Des études menées sur une cohorte montraient une amélioration sur le plan de la communication et des comportements répétitifs lors de la croissance et du passage à l'âge adulte, elles montraient également que les troubles des interactions sociales restaient l'élément qui persistait le plus dans cette population (8).

La prise en charge des autistes consiste donc à améliorer les interactions entre le patient et le monde qui l'entoure afin qu'il s'y adapte plus facilement. C'est une prise en charge qui est pluridisciplinaire et qui fait intervenir plusieurs corps de métier (médicaux, paramédicaux, sociaux...) tout au long de sa croissance et même à l'âge adulte (9).

Il n'y a pas de traitement médicamenteux ayant prouvé son efficacité mais les patients peuvent parfois être traités pour leurs comorbidités. Il a été relevé que les patients autistes sont plus susceptibles de présenter des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, des troubles sensoriels, des maladies génétiques, de l'épilepsie et des pathologies psychiatriques (10, 11).

Dans ce contexte de problème de santé publique, en 2005, la France propose son « 1^{er} plan autisme », correspondant à un ensemble de mesures juridiques, sociales, et financières, ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'autisme.

Depuis, 3 plans se sont succédés dont le dernier a été présenté le 06 avril 2018 sous le titre de « stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement (TND) 2018-2022 » plus communément appelé 4^e plan autisme (12). Il propose sous forme de 5 engagements des mesures afin d'améliorer le quotidien des patients.

L'Etat a ainsi montré une volonté d'améliorer la prise en charge des TSA, notamment par le biais de formations des médecins généralistes.

Plusieurs études et thèses récentes ont montré que ces derniers décrivent un manque d'assurance quant à la prise en charge d'enfants atteints de TSA, principalement par manque de connaissances et d'expérience (13, 14, 15, 16).

Bien qu'il existe des formations complémentaires au travers de DIU, de FMC ou par le biais d'associations pour l'autisme notamment dans les CRA, ces formations sont optionnelles (17).

A ce jour, aucune étude récente n'a interrogé les internes à propos de leur formation sur ce sujet.

L'hypothèse que nous émettons est que les médecins généralistes sont insuffisamment préparés durant leurs études, à la prise en charge d'enfants atteints de TSA.

L'objectif principal est de déterminer les besoins de formation initiale des étudiants de troisième cycle de médecine générale concernant les troubles du spectre de l'autisme.

Les objectifs secondaires sont d'explorer les connaissances actuelles des internes de médecine générale, de recenser les enseignements qui leur ont été proposés, ainsi que les formations qu'ils ont pu avoir et enfin d'établir sous quelle forme ils souhaiteraient recevoir une formation sur ce sujet.

C'est pourquoi nous nous sommes proposés d'élaborer ce travail de recherche.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Ce travail a été réalisé selon une méthode d'étude qualitative par entretiens individuels dits semi-dirigés. Nous étions deux interviewers et il y avait un interviewé par entretien. L'intérêt d'être à deux pour diriger les entretiens permettait une meilleure compréhension des réponses données, de meilleurs souvenirs au moment de la retranscription et un croisement des données lors du codage.

Cette méthode qualitative a été choisie car elle permet de faire ressortir les émotions, les ressentis, et les expériences individuelles de chacun. C'est à partir des observations et des réflexions des personnes interrogées qu'une analyse sociologique est effectuée et que l'on parvient à mettre en avant des réponses aux hypothèses formulées.

2.2 Recherche bibliographique

Une analyse préalable de la littérature française et internationale a été réalisée en utilisant les bases de données suivantes : SUDOC, Sciencedirect, Pubmed, Google Scholar, et sur les différents sites nationaux de l'Inserm, de l'HAS, et de l'Institut Pasteur.

L'algorithme de recherche était : « autisme », « TSA », « TED », « formation », « étudiants », « internes », « enseignement », « spectre autistique », « médecins », « e-learning », « formation médicale continue », « formation présentielle », ainsi que leurs homologues anglophones « autism spectrum disorder », « autism », « students », « medical students », « knowledge » et « familiarity ».

C'est grâce à cette bibliographie que le guide d'entretien a pu être réalisé.

2.3 Guide d'entretien

Il était basé sur des questions ouvertes, permettant d'obtenir des réponses et des idées différentes pour chaque participant. Il a été validé par une personne habilitée, notre directeur de thèse, avant la réalisation des premiers entretiens (annexe 1). Puis, il a été modifié après le codage des deux premiers entretiens afin d'obtenir des réponses plus développées de la part des personnes interrogées (annexe 2).

2.4 Échantillon

Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 12 internes de médecine générale niçois.

Nous avons choisi d'interroger 3 internes par promotion, soit trois DES 1, trois DES 2, trois DES 3, et trois « DES 4 » qui représentent les étudiants ayant terminé leur maquette de stage sans avoir encore soutenu leur thèse.

Ce choix s'est fait dans le but d'avoir un échantillon le plus représentatif possible des internes de médecine générale encore en cursus à Nice.

Nous avons sélectionné les internes via notre réseau de connaissances, les terrains de stage dans lesquels nous avons été affectés et qui reçoivent toujours de nouveaux internes, ainsi que les connaissances personnelles de certains des participants.

Les critères d'inclusion étaient :

- avoir fait son TCEM à la faculté de Nice
- être non thésé
- avoir fait son DCEM dans une faculté française
- être disposé à réaliser un entretien enregistré d'environ 30 minutes.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion, parce que tous les étudiants en médecine générale sont censés avoir obtenu leurs connaissances selon un programme national, donc peu importe leur faculté d'origine leurs réponses étaient utiles pour notre étude.

2.5 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 12 février 2020 et le 14 avril 2020.

Ces derniers ont été effectués pour 5 d'entre eux en présentiel sur le lieu de travail des internes, et pour 7 d'entre eux par téléphone. Le mode d'entretien a été modifié au cours de l'étude car la situation sanitaire en France imposait un confinement de la population et prohibait les regroupements.

Les entretiens ont duré entre 30 et 40 minutes, ils ont été enregistrés à l'aide de l'application Dictaphone de deux iPhones® en simultané.

Au début de chaque entretien, une explication sur les intérêts de l'étude était fournie aux participants, l'anonymat était précisé, et l'accord pour l'enregistrement était obtenu.

Les entretiens ont pu avoir lieu sans demander l'accord du CPP, conformément à la loi Jardé publiée en 2012 qui le permet.

2.6 Analyse des données : retranscription et codage

Les entretiens ont été retranscrits sous le format sociologique, en utilisant le langage verbal exact des personnes interrogées et les expressions non verbales associées. Nous avons utilisé le logiciel de traitement de texte Microsoft Word[®] dans un délai très bref afin de pouvoir retranscrire au mieux la partie non verbale de l'entrevue.

Tous les entretiens ont été anonymisés et chaque participant a reçu un numéro aléatoire allant de 1 à 12.

Une analyse statistique rapide a été menée pour déterminer les caractéristiques de la population étudiée.

Le codage a été ensuite réalisé grâce au logiciel NVivo[®].

Il a été effectué de manière longitudinale dans un premier temps grâce à un découpage des textes en mots ou groupes de mots appelés « verbatims » (ou « nœuds » sur le logiciel NVivo[®]).

Dans un second temps, ces « verbatims » ont été rassemblés sous forme d'idées plus générales ou « occurrences » qui pouvaient les résumer. Ainsi chaque occurrence comprenait un ensemble de « verbatims » correspondant à différents entretiens.

Enfin dans un troisième temps ces « occurrences » étaient regroupées en « thèmes », plus généraux, qui nous ont permis d'en tirer des résultats.

III. RÉSULTATS

3.1 Description de la population étudiée

	Sexe	Age	Année d'étude	ECN	Faculté du DCEM	Activité en cours
E1	Féminin	29	DES 4	2015	Reims	Remplacements en cabinet urbain et SOS médecin
E2	Féminin	28	DES 4	2016	Nice	Remplacements en cabinet urbain et SOS médecin
E3	Masculin	29	DES 3	2017	Lille	Stage SASPAS
E4	Féminin	25	DES 1	2019	Nantes	Stage Niveau 1 chez le médecin généraliste
E5	Féminin	28	DES 3	2017	Aix-Marseille	Stage SASPAS
E6	Féminin	28	DES 3	2017	Nancy	Stage SASPAS
E7	Féminin	27	DES 1	2019	Bordeaux puis Nice en DCEM3	Stage Niveau 1 chez le médecin généraliste
E8	Masculin	31	DES 4	2015	St Etienne	Remplacements en cabinet urbain et gardes
E9	Masculin	27	DES 2	2018	Besançon	Stage Niveau 1 chez le médecin généraliste
E10	Féminin	27	DES 2	2018	Rennes	Médecine Polyvalente
E11	Masculin	26	DES 1	2019	Strasbourg	Stage Niveau 1 chez le médecin généraliste
E12	Féminin	26	DES 2	2018	Amiens	Stage Gynécologie

Parmi tous les participants, onze déclaraient n'avoir aucun proche atteint de TSA dans l'entourage.

Un seul déclarait avoir « une petite cousine » avec des troubles mal définis mais non catégorisés TSA.

3.2 Connaissances générales TSA

3.2.1 Sujet exigeant

→ Les participants à notre étude décrivaient le thème comme vaste et complexe :

E1 : « c'est très vaste »

E2 : « Pour moi c'est un truc assez large quand même »

E4 : « c'est aussi parce que c'est complexe »

→ Ils définissaient également le thème comme compliqué :

E9 : « c'est assez difficile ».

E1 : « c'est pas évident »

→ Plusieurs internes interrogés faisaient ressortir la méconnaissance scientifique de ce sujet, avec une étiologie toujours indéterminée malgré les nombreuses années d'études :

E10 : « on n'arrive pas trop à savoir pourquoi. »

E7 : « pendant longtemps on disait que c'était la faute de la maman »

→ C'est pourtant un sujet d'actualité, sur le plan social, et qui subit régulièrement des modifications :

E6 : « c'est quand même un grand sujet de société actuel en ce moment. »

E5 : « ils ont un peu élargi la définition », « il y a des syndromes qui ont été enlevé du TSA, et le reste, enfin ça a été mis tout un peu dans le même sac »

3.2.2 Différents degrés de sévérité

→ Les internes interrogés décrivent différents niveaux d'atteinte concernant les TSA :

E1 : « Il y a ceux qui sont atteints très légèrement et qu'on ne qualifierait pas forcément de troubles du spectre autistique (...) et après il y a ceux qui sont bien atteints »

E4 : « Il y a ceux qui sont vraiment importants, qui sont trouvés jeunes et il y en a d'autres qui ne sont jamais vraiment diagnostiqués. »

E11 : « Après il y a plusieurs formes d'autisme, donc il y en a qui vont être plus sévères ou plus discrets. »

→ Le syndrome d'Asperger est ressorti dans la plupart des entretiens comme étant une forme spécifique des TSA avec une sévérité moindre :

E12 : « Asperger c'est un aspect un petit peu plus atténué avec des enfants qui vont pouvoir communiquer un petit plus avec l'entourage, qui vont pouvoir un petit peu plus avoir des comportements plus appropriés pour la société, mais qui vont malgré tout avoir quelques troubles dans l'intégration, enfin dans le fait d'interagir avec d'autres personnes. »

E6 : « il y a différents syndromes au niveau du spectre autistique dont le syndrome d'Asperger qu'on entend beaucoup parler avec à priori des patients qui auraient un quotient intellectuel supérieur à la moyenne. »

E8 : « Après il y a quelques exemples connus, mais après c'est des précisions, genre syndrome d'Asperger. Mais le syndrome d'Asperger pour moi c'est une notion un peu plus secondaire, enfin quelque chose de secondaire qu'on retrouve chez les adultes qui sont un peu plus intelligents que la moyenne ».

3.2.3 Âge

→ Pour la majorité des personnes interrogées, ce sont des troubles qui apparaissent dans la petite enfance :

E12 : « ça se manifeste dans les trois premières années de la vie. »

E5 : « troubles qui sont souvent détectés dans l'enfance, vers les environs de 2 ans »

E8 : « par rapport à l'âge, je mettrais une barrière de 3-4 ans »

E7 : « c'est quelque chose qu'on ne diagnostique finalement pas à la naissance »

→ Mais ils apparaissent surtout à certains moments spécifiques de la croissance :

E7 : « on ne peut pas diagnostiquer avant 2-3 ans, avant tout ce qui est la parole, tout ce qui est la réciprocité dans les échanges dans le regard, les jeux de rôle ou de copie, comme « je fais la cuisine comme maman » « je fais le ménage comme maman »

E10 : « ça me réfère à une détection dans l'enfance, chez des petits qui ont du mal à interagir avec leur environnement, leurs camarades »

3.2.4 Sémiologie

→ Aucun des interrogés n'a pu nous redonner les définitions cliniques exactes concernant la dyade symptomatologique des TSA, mais 7 d'entre eux pouvaient nous décrire approximativement les deux grandes particularités sémiologiques :

E12 : « ça va être principalement des enfants qui vont avoir tendance à s'isoler, qui vont avoir des troubles dans la communication, des troubles dans le langage, avec des difficultés à parler, des difficultés à interagir avec les autres. » et « ça va être des enfants qui vont avoir tendance à se secouer, à se balancer, ou enfin voilà, répéter toujours un peu les mêmes gestes. »

E5 : « problèmes de communication verbale et non verbale avec l'entourage. » et « des mouvements... (Hésitation) Euh, je ne sais plus ce que c'était les trucs stéréotypés »

E6 : « des comportements assez répétés » et « les troubles de l'attention, troubles de la communication, troubles des interactions sociales »

Parmi les autres, 4 avaient des notions sur les déficits de la communication et des interactions sociales :

E9 : « C'est des personnes voilà qui ont des troubles de la communication verbale gestuelle qui ont une sorte de renfermement et d'isolement psycho-social, »

E1 : « c'est des troubles relationnels, des troubles du comportement »

Enfin, 1 d'entre eux ne pouvait nous décrire aucune des deux catégories.

→ Parmi toutes les réponses, aucun n'a pu nous citer tous les symptômes retrouvés dans les TSA, mais la majorité nous a décrit des signes cliniques approximatifs, ou signes d'alarme, en donnant des exemples ou en imageant les propos :

E11 : « un enfant qui est souvent un peu seul, qui n'interagit pas avec les autres enfants, qui ne répond pas toujours, enfin qui reste un peu dans sa bulle »

E4 : « qui vont avoir des obsessions un peu sur certaines choses, des excès de colère, des excès d'anxiété, des excès de tristesse »

E7 : « ils n'ont pas ce relationnel affectif, avec le câlin, le bisou, le « papa-maman je t'aime » »

→ Trois d'entre eux sont restés sur l'ancienne définition et nous ont évoqué une « triade autistique » :

E9 : « je sais qu'il y a 3 choses, il y a... alors c'est une triade diagnostique »

E11 : « il y avait 3 éléments à prendre en compte »

E7 : « il y avait 3 stades, 3 gros trucs diagnostics. »

3.2.5 Prévalence

→ La prévalence n'est pas bien connue de l'ensemble de la population interrogée, seuls deux d'entre eux nous ont répondu avec des chiffres approximatifs :

E11 : « Ça doit être 1 ou 2% quelque chose comme ça. »

E8 : « Il me semble que c'est 0,7%, un truc comme ça. C'est moins d'1% en tout cas »

→ La fréquence est un sujet qui divise, certains pensent que c'est fréquent :

E7 : « Je pense que c'est quand même relativement fréquent »

E6 : « pour moi c'est pas quelque chose de rare, ça fait pas partie des maladies orphelines sur des « 1 personne sur je sais pas combien de naissance ». Pour moi c'est quelque chose qui peut être fréquent oui. »

Alors que d'autres y voient plutôt une pathologie rare :

E10 : « Je dirais que ce n'est pas très fréquent. »

E12 : « pour moi c'est assez rare »

→ Cependant, pour nombre d'entre eux la prévalence de cette pathologie est biaisée par une sous-évaluation :

E10 : « Je pense qu'il y a plus d'autistes que ce qu'on sait »

E7 : « Je pense que c'est plus courant que ce qu'on pense. »

E5 : « je dirais que c'est quand même moins rare que ce qu'on croit. »

3.2.6 Mesures du gouvernement

→ Aucun des internes interrogés n'était au courant de recommandations mises en place par le gouvernement lorsqu'on leur a posé la question :

E8 : « Je n'ai rien entendu de la part du gouvernement par rapport aux mesures du trouble autistique. »

E10 : « je n'ai pas entendu de mesures particulières à ce sujet. »

→ Le plan autisme était complètement méconnu de l'ensemble des interrogés :

E6 : « Non, je n'ai pas entendu parler de plan autisme. »

E8 : « Non, pas du tout, je n'en ai pas entendu parler de ce plan autisme. »

→ Cependant, certains supposaient l'existence d'aides mises en place par l'État :

E4 : « il doit y avoir plein d'aides »

E9 : « il y a des indemnités pour le handicap ou des choses comme ça »

E2 : « Je dirais un accompagnement scolaire plus facile mais je ne sais pas plus. »

3.3 Rôles du médecin généraliste

3.3.1 Le médecin généraliste en premier recours

→ Le médecin généraliste était considéré comme le premier intervenant dans le parcours de soins d'un enfant atteint de TSA :

E12 : « les parents c'est vraiment vers le médecin généraliste qu'ils vont s'orienter en 1^{er} lieu »

E10 : « Ça peut être le premier recours. »

E9 : « Le médecin généraliste oui c'est lui qui est en premier lieu confronté à ça »

→ Un d'entre eux soulignait également la facilité d'accès aux consultations de médecine générale en comparaison avec celles des autres spécialités médicales :

E9 : « c'est déjà beaucoup plus facile d'accès : une consultation de médecine générale est beaucoup plus facile d'accès qu'une consultation de pédopsychiatrie et de psychiatrie »

→ Enfin, un autre interne interrogé nous décrivait l'importance du médecin généraliste dans les zones rurales :

E3 : « enfin ici ça va parce qu'il y a plein de pédiatres, mais si on se retrouve en campagne avec le premier pédiatre à 40km, on va les avoir les petits »

3.3.2 Place centrale du médecin généraliste

→ Le médecin généraliste était considéré comme un pilier, au centre du parcours de soins des patients autistes :

E9 : « je pense que la place du médecin généraliste elle est centrale dans cette pathologie-là. »

E10 : « le médecin généraliste, en fait, il est vraiment au centre de tout ça. »

E12 : « je pense qu'il a un rôle fondamental »

3.3.3 Rôle de dépistage

→ La majorité des interviewés nous rapportait que le médecin généraliste était le premier acteur du dépistage :

E10 : « ça peut être lui le premier maillon de la chaîne en fait, voilà dans la détection de l'autisme. »

E2 : « il doit être là pour détecter les 1ers signes, les 1ers trucs »

→ Tous les internes interrogés décrivaient un rôle du médecin généraliste dans le dépistage des TSA, pour la plupart le définissant comme le rôle majeur :

E10 : « je pense qu'il peut avoir un rôle important dans la détection en fait de cette pathologie »

E6 : « Je pense que déjà le rôle premier du médecin généraliste ce serait le dépistage. »

E12 : « le rôle du médecin généraliste là pour le coup il devrait être essentiel, parce que, enfin il peut avoir un pédiatre à côté, mais s'il est suivi par un médecin généraliste, c'est vraiment lui qui va « diagnostiquer » la maladie ou du moins en tout cas faire le diagnostic d'une anomalie sur le plan mental »

3.3.4 Rôle de coordination des soins

→ Le rôle de coordinateur de soins était relevé dans tous les entretiens comme l'un des rôles fondamentaux du médecin généraliste :

E4 : « un peu reprendre toutes les informations, je pense qu'il doit y avoir plein d'aides, plein de différents intervenants et que lui il récupère tout et qu'il essaye de jongler avec tout ça. De voir euh... de tout coordonner pour moi ce serait plus ça. »

E12 : « il va avoir un rôle surtout de coordinateur entre les différentes équipes qui peuvent venir en aide à l'enfant autiste. Il peut avoir vraiment ce rôle de pilier, où il va interagir aussi bien avec les autres professionnels de santé, psychologue, psychiatre, qu'éventuellement les auxiliaires qui peuvent aussi aider l'enfant »

E9 : « il est encore plus ancré si tu veux je pense dans sa fonction de « centralisateur des informations » »

→ Quelques internes se disaient prêts à suivre les recommandations des différents intervenants de la prise en charge :

E10 : « j'écouterais les recommandations des spécialistes. »

E12 : « en fonction je prendrais contact avec lui pour voir comment on peut organiser la suite, quelles sont les choses que moi je peux faire en tant que médecin généraliste pour essayer de prendre correctement l'enfant en charge »

3.3.5 Rôle de suivi dans les TSA

→ Une majorité voyaient une place du médecin généraliste dans le suivi de la pathologie autistique :

E5 : « après, une fois que le diagnostic est fait et qu'il y a la prise en charge, comme je disais tout à l'heure nous on fait la suite. »

E9 : « c'est un petit peu la personne qui suit au long cours l'enfant autiste enfin la personne autiste conjointement avec les psychiatres »

E1 : « quand tu le vois pour le suivi de pathologie aigue, en soit, tu suis aussi la pathologie mentale. »

→ Mais certains d'entre eux se questionnaient de savoir quel pourrait être ce rôle :

E6 : « est-ce que c'est au médecin généraliste de faire le suivi d'un patient autiste en tout cas sur le plan de ses troubles ? »

E3 : « savoir déjà si on a un rôle dans ce suivi »

3.3.6 Rôle administratif du médecin généraliste

→ Quelques-uns rappelaient le rôle administratif qui incombe au médecin généraliste :

E7 : « Je pense qu'il faut qu'on fasse les dossiers tout ce qui est MDPH »

E5 : « Il y a probablement des trucs genre avec la MDPH, des choses comme ça, mais ça reste administratif quoi... »

E2 : « connaitre les aides qu'on peut proposer aux parents, je ne sais pas, les aides financières, combien ils ont droit d'aides par jour par semaine... »

3.3.7 Rôle de suivi habituel

→ Outre le suivi psychiatrique, il était décrit le rôle standard du médecin généraliste comme pour tout patient :

E9 : « la prise en charge du médecin généraliste je pense que sur le fond elle diffère pas grand-chose en fait par rapport à une personne normale. »

E2 : « qu'il soit le médecin généraliste du petit. »

E5 : « c'était plus pour les pathologies aigues, éventuellement pour les comorbidités autres chroniques »

3.3.8 Rôle de soutien aux familles

→ Certains des internes nous faisaient part du rôle de soutien que peut avoir le médecin généraliste auprès des familles qui sont souvent démunies :

E5 : « le médecin généraliste peut servir de soutien »

E7 : « essayer de soulager le plus les parents, peut-être un soutien psychologique aux parents aussi. Oui, les rassurer »

E9 : « souvent les parents sont démunis »

→ En plus de ce soutien, le médecin généraliste serait un pourvoyeur d'explications sur la pathologie de leurs enfants :

E2 : « au final ils ont plein de questions, et le médecin généraliste est là aussi pour répondre aux questions »

E4 : « qu'ils aient toutes les informations pour que ça se passe le mieux et qu'ils ne se sentent pas trop seuls. »

3.4 Dépistage

3.4.1 Repérage des signes d'alarme

→ On relevait plusieurs fois dans les entretiens l'importance des parents pour repérer les signes d'alarme de la pathologie :

E9 : « les parents qui la plupart du temps voient qu'il y a quand même quelque chose dans le développement de leur enfant qui n'est pas tout à fait normal »

E3 : « des signes d'alerte qui pourraient être rapportés par les parents sans que ça se voit au premier coup d'œil en examinant l'enfant »

E8 : « les parents nous l'amènent sur peut-être des interrogations »

→ Certains citaient également le milieu scolaire pour le repérage des premiers troubles :

E10 : « soit le milieu scolaire en parle, en réfère à la famille qui après va voir d'abord le médecin traitant »

E9 : « après y'aura tous les psychologues scolaires je cherchais le mot, eux aussi sont à même enfin ils sont quand même formés à dépister ce genre de troubles »

→ A la suite de ces signes d'alarme rapportés, certains internes interrogés parlaient d'une consultation dédiée au dépistage :

E10 : « rien qu'au niveau aussi d'interroger l'enfant, avoir une consultation aussi peut-être au niveau de son comportement, voir s'il a des comportements qui se rapprochent de ce qui est décrit dans cette pathologie »

E7 : « Je ferais un examen déjà, de voir comment il réagit avec la maman avec le papa, voir comment il réagit avec moi, s'il est fermé sur lui-même. »

3.4.2 Outils à disposition du médecin généraliste

→ Certains proposaient de s'appuyer sur les consultations de suivi obligatoires, du carnet de santé, ou de sites web pour effectuer le dépistage des TSA en soins primaires :

E1 : « dans le carnet de santé »

E7 : « Dans les consultations obligatoires peut-être que ça débrouille un petit peu déjà ça, et dans le carnet de santé »

E3 : « moi je me sers de « PEDIADOC » où ils disent exactement ce qu'il faut rechercher... A quel âge justement pour donner des indices »

→ Il y en avait parmi les internes interrogés qui connaissaient l'existence d'outils tels que les grilles ou les questionnaires mais ne savaient pas les nommer ni ce qu'ils contenaient :

E5 : « Je sais qu'il y a des scores mais j'ai oublié leurs noms »

E4 : « on avait un genre de tableau et en fonction des résultats du tableau pour moi il fallait l'adresser »

→ Certains n'avaient jamais entendu parler d'outils de dépistage particuliers mais supposaient l'existence de ceux-ci :

E3 : « Il doit y avoir des questionnaires j'imagine ! »

E10 : « Mais après je pense qu'il existe des choses, que j'ignore totalement, je ne suis vraiment pas une experte de ce sujet. Je pense qu'à mon avis il y existe des choses. »

→ Enfin, près de la moitié des interrogés avouait ne rien y connaître quant aux outils de dépistage des TSA :

E6 : « Au cabinet je ne saurais pas comment faire le diagnostic »

E8 : « pour l'évaluer, alors je ne sais pas s'il existe des échelles ou d'autres choses pour le faire »

E9 : « au niveau des échelles je n'en connais quasiment aucune, enfin pour ne pas dire aucune »

3.4.3 Défaut de dépistage

→ Quelques-uns des participants décrivaient le défaut de dépistage comme un facteur de retard au diagnostic :

E4 : « Je me dis que plus c'est diagnostiqué tard, plus c'est compliqué parce que ça veut dire que ça ne s'est pas beaucoup vu »

E5 : « il y a aussi des fois des retards diagnostic, soit les parents ne s'en rendent pas compte, soit c'est le médecin qui ne s'en rend pas compte »

E12 : « après est-ce que c'est parce qu'on ne dépiste pas assez, c'est possible aussi »

→ L'un d'entre eux expliquait ce défaut de dépistage par l'absence de consultation psychiatrique systématique :

E9 : « on n'a pas tu vois des consultations de psychiatrie, de pédopsychiatrie pour tous les enfants tu vois y'a pas un dépistage on ne dit pas « tous les enfants doivent avoir leur consultation de pédopsychiatrie pour dépister » »

3.4.4 Diagnostics différentiels

→ Près de la moitié soulignaient l'importance d'éliminer les diagnostics différentiels avant d'orienter pour poser le diagnostic :

E5 : « éliminer les diagnostics différentiels, par exemple tous les troubles du langage, c'est un peu l'audition ou la vision, pour ceux qui ont un peu aussi des difficultés d'adaptation. »

E7 : « le diagnostic différentiel de l'autisme ça peut être aussi la surdité, donc on vérifie si tout va bien aussi à ce niveau-là. »

E9 : « il y a déjà au moins les troubles visuels, troubles surtout de l'audition, troubles de l'élocution qui pourraient faire qu'un enfant en fait on le d pisterait autiste sans qu'il soit réellement autiste quoi »

3.5 Prise en charge

3.5.1 Orientation

→ Les internes interrogés différenciaient le dépistage, qui pouvait être fait par le médecin généraliste, et le diagnostic, qu'ils réservaient au spécialiste :

E9 : « notre rôle en tant que médecin généraliste ce n'est pas non plus d'être dans la finesse du diagnostic mais au moins savoir les dépister quoi »

E2 : « Je pense qu'à un moment donné t'es quand même obligé d'envoyer chez un spécialiste »

E5 : « Mais de toutes façons, moi je pense que si j'en vois où je suspecte en général, déjà j'adresse chez un pédiatre j'avoue. »

→ La notion de rapidité dans l'adressage ressortait dans plusieurs entretiens :

E6 : « je l'enverrais très rapidement vers un spécialiste. »

E10 : « Et c'est vrai que si j'ai un patient pour lequel je me pose des questions je pense que je l'adresserais assez rapidement à un pédopsychiatre »

E12 : « je l'orienterais directement vers le pédopsychiatre »

3.5.2 Intervenants du diagnostic

→ Ainsi, selon la majorité des interrogés, le diagnostic serait posé par le spécialiste, cependant ils étaient divisés sur le type de spécialité à laquelle s'adresser. Il y avait une majorité qui pensait au psychiatre ou pédopsychiatre :

E11 : « d'abord pour poser un diagnostic précis dans un premier temps, il y aurait surtout un psychiatre et un pédopsychiatre qui me viendraient en tête. »

E9 : « Je pense que ça se fait conjointement avec le psychiatre pour poser le diagnostic »

→ Certains voyaient la place à d'autres intervenants comme le psychomotricien, le pédiatre, le psychologue et le neuropsychologue pour poser le diagnostic :

E4 : « neuropsy surtout pour faire le point »

E2 : « Peut-être que j'aurais envoyé vers un pédiatre »

E8 : « J'orienterais vers le psychomotricien. »

3.5.3 Prise en charge pluridisciplinaire

→ Tous les internes interrogés décrivaient que le parcours de soins du patient atteint de TSA faisait intervenir un certain nombre d'acteurs, traduisant une prise en charge pluridisciplinaire :

E1 : « la prise en charge ça reste pluridisciplinaire »

E6 : « tous les acteurs qui ont un peu une prise en charge globale »

E10 : « les diverses personnes qui vont intervenir dans la prise en charge de la pathologie, que ce soit un professionnel médical ou paramédical. »

→ L'un des participants décrivait le réseau de soins comme un circuit organisé :

E10 : « il rentre dans le circuit de prise en charge spécialisée »

→ Les acteurs cités lorsqu'on évoquait la prise en charge des patients autistes étaient :

Intervenant cité dans le parcours de soins	Nombre d'entretiens où il était cité
Psychologue	10/12
Psychiatre Pédopsychiatre	9/12
Orthophoniste	9/12
Pédiatre	5/12
Auxiliaire de vie scolaire	5/12
Assistante sociale	5/12
Psychomotricien	4/12
Ergothérapeute	4/12
Infirmier	3/12
Kinésithérapeute	2/12
Psychothérapeute	2/12
Neuropsychologue	1/12
Orthoptiste	1/12
Éducateurs spécialisés	1/12
Généticien	1/12

→ Selon certains internes interrogés, tous ces intervenants variaient selon la symptomatologie présentée par le patient :

E11 : « je me demande si faut pas envoyer à des professionnels différents suivant la gravité du trouble »

E5 : « ça dépend aussi de sa sévérité »

3.5.4 Centres ressources médicaux

→ Quelques internes nous parlaient de centres ressources comprenant plusieurs acteurs de la prise en charge médicale sans connaître précisément leur implication :

E3 : « A côté de Lenval, il n'y a pas une structure le CAMPS ou un truc comme ça ? Qui s'occupe aussi de l'autisme je crois... »

E4 : « les instituts médicaux, peut-être les PMI aussi. »

E5 : « y'a un peu comme les CMP mais en plus global, pas forcément que sur le plan psychiatrique, ils font aussi du dépistage et de la prise en charge médicale »

→ Quelques-uns supposaient l'existence de ces centres, mais ne les connaissaient pas :

E8 : « il doit bien y avoir des centres spécialisés autisme dans la région, ou le département. »

E3 : « il doit y avoir des centres justement de dépistage... »

→ Enfin, la majorité ne connaissait pas l'existence de telles structures :

E12 : « j'avoue que là je ne suis pas du tout au courant de ce genre de structures. »

E9 : « Non, je n'ai pas entendu parler de ce genre d'établissement. »

→ Aucun des interrogés ne nous évoquait les « centres ressources autisme ».

3.5.5 Versant social et éducatif de la prise en charge

→ Plusieurs entretiens retrouvaient la notion d'intégration scolaire et de soutien éducatif :

E5 : « pour ceux qui sont plus sévères, il y a les institutions... les IME »

E9 : « il y a tous les instituts enfin je sais plus comment on appelle ça les instituts médico-sociaux ou médico-éducatifs les IME »

E12 : « il doit y avoir sûrement des écoles ou des centres spécialisés aussi pour eux »

→ Quelques-uns pensaient aux familles et aux aides apportées par les associations :

E11 : « associations avec des parents tout simplement d'enfants atteints »

E6 : « il y a aussi les associations qu'il ne faut pas oublier, il y aussi les assos... pour l'entourage, pour la prise en charge de l'entourage. »

E7 : « Les associations de malades aussi, les associations de parents d'autistes »

3.6 Mise en Situation

3.6.1 Expérience avec des patients atteints de TSA

→ La majorité des internes nous signalaient l'absence d'expérience sur ce thème :

E12 : « je n'ai jamais été confrontée à un patient autiste. »

E8 : « j'en n'ai vu peu dans ma très faible carrière de médecin généraliste, voire pas du tout... »

E9 : « dans le cadre de mes études je ne sais même pas si j'ai été amené à prendre en charge quelqu'un d'autiste. »

→ Deux d'entre eux expliquaient ce manque d'expérience par la possibilité que les patients atteints de TSA soient suivis ailleurs qu'en médecine générale :

E3 : « le biais c'est que ça doit être vu par les pédiatres, je pense ... donc nous en médecine générale, on en voit peut-être moins »

E5 : « on n'en voit pas forcément souvent, parce qu'ils sont peut-être plus suivis chez le pédiatre »

→ Trois d'entre eux nous rapportaient des expériences avec des patients autistes, qui venaient pour des consultations à motif « somatique » :

E7 : « Il venait pour une pronation douloureuse au niveau du bras. »

E1 : « Pour des vaccins »

E2 : « il venait pour une otite, c'était aux urgences. »

3.6.2 Ressenti face à la prise en charge d'un patient autiste

→ Lorsque nous interrogeons les internes, ils se projetaient en consultation avec un patient atteint de TSA et plusieurs sentiments ressortaient :

- Appréhension

E2 : « Si ça se trouve le premier que je vais voir ça va très mal se passer, je ne vais pas réussir à gérer sa crise ou je ne sais pas »

E4 : « je me dis que si là au jour d'aujourd'hui, j'ai un cabinet et qu'il y a un enfant autistique qui vient, c'est la cata pour lui quoi »

- Manque d'assurance

E10 : « je ne suis pas trop en confiance sur ça »

E6 : « Franchement je ne serais pas sûre de moi, en tout cas au vu de mon expérience d'aujourd'hui ce n'est pas quelque chose que je maîtrise »

- Doute

E8 : « j'aurais des doutes par rapport aux symptômes à rechercher »

- Mal-être

E4 : « je me sentirais mal pour la personne parce que je ne serais pas capable de lui donner les aides dont il a besoin. »

- Incompétence

E8 : « je vous avouerais que je ne suis pas très compétent »

E6 : « je ne me sentirais pas compétente »

- Incapacité

E4 : « je me dis que s'il y a des aides quelque part, et qu'on n'est pas capable d'aller les chercher c'est quand même dommage »

- Manque de connaissances pour la pratique

E5 : « je n'ai pas forcément les clés pour les aider surtout pour tout ce qui est social, insertion, pour les aider »

E6 : « je ne saurais pas trop quoi faire non plus au cabinet »

3.6.3 Particularités de la pratique en cabinet

→ Deux des interrogés voyaient une limite à la pratique à cause du côté chronophage de la consultation d'un patient autiste :

E5 : « il faut aménager les horaires parce que ça forcément, ça prend plus de temps »

E11 : « je vois comment bossent les médecins, ils bossent très bien, ils sont très efficaces, mais à force d'efficacité quand il y a des patients atteints de pathologies comme ça, tu ne peux pas prendre ton temps en fait comme tu le voudrais. »

→ Deux internes signalaient également le côté plus compliqué de la consultation par rapport à celle d'un enfant non atteint de TSA :

E7 : « c'est compliqué d'être face à un enfant qui n'interagit pas avec des critères auxquels on est habitué. »

E5 : « Il faut y aller petit à petit, il faut apprivoiser un peu la personne »

E1 : « c'est vrai qu'ils n'aiment pas trop en général qu'on les touche, ils ont besoin d'une certaine zone de confort »

3.6.4 Aides à la pratique

→ La plupart se visualisaient faire des recherches complémentaires pendant la consultation et par le biais d'internet :

E6 : « je suppose que c'est facilement trouvable sur internet. »

E1 : « en faisant des petites recherches en même temps »

→ Pendant leur stage pratique chez le médecin généraliste, ils en profiteraient pour demander de l'aide à leur maître de stage :

E7 : « j'appellerais mon praticien et je lui demanderais »

E4 : « J'irais taper à la porte d'un autre médecin en lui demandant comment faire »

→ Enfin, l'un d'entre eux soulignait l'importance de la présence parentale comme aide pendant la consultation :

E1 : « c'est les parents qui me disent « il ne faut pas le toucher » ou autre. »

3.7 Acquisition des connaissances

3.7.1 Enseignements DCEM

→ Tous les interviewés rapportaient avoir acquis leurs connaissances à partir de l'apprentissage des items demandés pour les ECN, donc en autoformation dans des livres de médecine :

E11 : « Dans le magnifique bouquin vert de psychiatrie, le collègue. Le classique, qu'on a tous pour l'ECN. »

E3 : « Il doit y avoir des petits passages dans les bouquins de l'ECN, où ils nous parlent des troubles du spectre autistique »

E6 : « je bossais que dans mes bouquins à la BU donc j'ai lu l'item sur le développement psychomoteur de l'enfant mais voilà, c'est la seule source d'informations que j'ai sur l'autisme. »

→ Près de la moitié d'entre eux déclaraient également avoir reçu un enseignement en cours magistral dans leur faculté d'origine :

E12 : « j'ai eu un cours en amphi là-dessus, par un psychiatre d'Amiens »

E7 : « J'avais été à un cours à la fac aussi en 5eme année, ils faisaient un topo sur les autistes Asperger. »

E8 : « des cours classiques, ça devait être en amphi classique pendant les cours de médecine d'externat »

→ A contrario, le reste affirmait n'avoir jamais reçu d'enseignement par leur faculté :

E3 : « à la fac on n'a pas eu de cours dessus »

E9 : « on n'a pas eu de sorte de séminaire, de conférence en amphithéâtre, ce genre de chose »

→ Dans l'ensemble, les personnes interrogées confiaient que le thème des TSA est très peu souvent évoqué :

E10 : « mais l'autisme on n'en pas trop parlé, ou ce n'était pas mis en avant. »

E11 : « c'était assez survolé »

→ Un seul interne avait pu effectuer un stage en pédopsychiatrie lors de son externat :
E5 : « j'avais fait un stage en pédopsychiatrie où l'équipe avait quand même le temps pour nous expliquer pas mal de choses. »

3.7.2 Enseignements TCEM

→ Aucun des interviewés n'avait reçu de formation obligatoire par la faculté de Nice sur ce sujet :

E5 : « Ils ne sont pas trop centrés là-dessus à la fac pendant notre internat. »

E9 : « en médecine générale on n'a eu aucune formation, aucune intervention sur ce sujet. »

→ Ils évoquaient également l'absence de discussion autour de ce sujet lors des groupes d'échange de pratiques (GEASP) :

E2 : « Il n'y en a même pas un qui a évoqué un sujet dessus. »

E12 : « moi finalement à part les cours que j'ai eu pendant mon externat, je n'ai eu aucune formation à ce sujet, aucun cours, aucun GEASP non plus. »

E1 : « en GEASP ou en trace ou autre on n'en a jamais parlé »

→ Enfin, l'un des internes en début de cursus imaginait recevoir une formation par la faculté d'ici la fin de son troisième cycle :

E4 : « peut-être qu'elle est là quelque part et que d'ici 3 ans on va l'avoir »

→ En dehors de l'enseignement facultaire, deux internes rapportaient avoir bénéficié d'une personne ressource pendant un de leurs stages pratiques pour obtenir des savoirs :

E5 : « c'était plus les médecins qui m'en ont parlé »

E8 : « C'était le chef de service qui faisait des consultations justement de suivi, mais nous on n'y avait pas accès, donc les seules informations que j'ai pu glaner, c'est pour ça qu'elles sont un peu floues, c'est uniquement des questions que je lui posais. »

3.7.3 Autoformation

→ Certains des internes déclaraient avoir acquis des connaissances par le biais de recherches personnelles :

E9 : « la formation que j'ai pu avoir, c'est moi qui me la suis faite »

E10 : « des histoires dont j'ai pu entendre parler dans les médias, ou des reportages que j'ai vus à la télé, ou des articles que j'ai lus peut-être »

3.7.4 Ressenti de leur formation

→ Un seul des internes estimait que la formation reçue sur ce thème était suffisante en DCEM, mais l'absence de reprise du sujet en TCEM constituait un manque :

E5 : « La formation initiale que j'ai eue, au moment où je l'ai eue, j'avais l'impression d'avoir les outils qu'il me fallait si jamais ça se présentait. »

→ Tous les autres entretiens faisaient ressortir un manque de formation sur le thème des TSA :

E4 : « aujourd'hui je ne me sens pas formée »

E10 : « Non je ne suis pas très bien formée ça c'est sûr, même pas bien du tout. »

Utilisant pour certains des mots puissants :

E1 : « Inutile j'ai envie de dire. J'insiste, inutile. »

E12 : « la formation elle est inexistante à l'heure actuelle en tout cas. »

E6 : « Pour moi elle est quasi nulle. »

E7 : « Très insuffisante. »

E9 : « C'est vraiment, c'est vraiment le néant cette formation-là. »

→ Plus généralement, certains évoquaient un manque de formation en médecine générale :

E7 : « dans tout ce qui est handicap je trouve qu'on n'est pas formé et il y a très peu de personnes qui nous donnent les réponses à nos questions. »

E11 : « c'est vrai que tout ce qui est handicap, dans notre formation ce n'est pas terrible. »

E6 : « l'excuse de la fac c'est que la théorie on l'a déjà vue sur les 6 ans de faculté »

3.7.5 Autocritique de leurs connaissances

→ La majorité des participants décrivaient leurs connaissances comme des souvenirs, faisant référence à une formation lointaine mais non remise à jour :

E8 : « ça ne reste que des souvenirs un peu flous. »

E9 : « Pour ne rien te cacher, il ne me reste pas grand-chose mais les seules choses que j'ai pu te sortir c'était mes souvenirs. »

E6 : « J'essaye de replonger dans mes cours de DCEM4 »

→ Certains signalaient avoir oublié une partie de leurs connaissances

E5 : « J'ai oublié la moitié des trucs déjà, et il n'y a pas si longtemps que ça en plus. Donc c'est un peu dommage. »

E4 : « je ne me souviens absolument pas »

E8 : « je n'en ai rien retenu... »

→ Il ressortait également que les TSA n'étaient connus que partiellement, dans les grandes lignes et non approfondis :

E8 : « Après je n'ai pas bien d'autres notions plus précises que ça. »

E4 : « C'est assez vague »

E10 : « parce que je pense qu'on sait plus ou moins tous ce que c'est mais plus ou moins. »

→ De par les entretiens, quelques-uns déclaraient se rendre compte de leur manque de connaissance pour le sujet :

E10 : « je vois qu'avec les questions que vous me posez, finalement je ne sais pas grand-chose. »

E12 : « j'avoue que ce n'est pas un domaine pour lequel j'ai beaucoup de connaissances. »

E4 : « Parce que c'est vrai qu'en en parlant là je me rends compte qu'il y a quelque chose à faire de mon côté. »

→ Quelques participants présentaient un intérêt pour le sujet, et souhaitaient approfondir leurs connaissances :

E9 : « aller sur un approfondissement des connaissances. »

E10 : « ça me donne envie de me renseigner sur le sujet »

E12 : « il faut que je me renseigne dessus »

3.7.6 Formations complémentaires proposées

→ Aucun des internes ne savait si une formation complémentaire est actuellement proposée concernant les TSA

E4 : « je ne sais pas s'il y en a dessus »

E2 : « Je ne pense même pas avoir reçu de mail sur une formation sur ça. »

E5 : « je n'ai aucune notion de ce qui est fait en formation continue après »

→ Ils relevaient également un manque de diffusion concernant ce sujet :

E6 : « je n'ai pas reçu de mail d'informations, de différentes sources qui soient. »

E3 : « il y a peu d'articles finalement, genre dans prescrire ou des trucs comme ça ils n'en parlent pas. »

3.8 Formation souhaitée

3.8.1 Désir de formation

→ Tous les participants présentaient un besoin de formation sur ce thème, dans le but d'améliorer leur prise en charge face à des patients autistes :

E1 : « Il faudrait déjà être formé, c'est une première chose »

E3 : « être mieux formé et justement savoir le faire soit même »

E8 : « je pense que ça mériterait une formation, que ce soit en DU en DIU ou autre, une formation un peu plus poussée dans nos études. »

E12 : « la première chose pour pouvoir la traiter correctement la maladie, ce serait de la comprendre »

→ Trois internes interrogés évoquaient l'intérêt d'assister à des consultations spécialisées durant leur internat :

E11 : « j'y passerais bien rapidement au moins une fois ou deux dans les structures pour voir ce qu'ils font, enfin ce qui se fait, l'évolution aussi des soins. »

E6 : « je pense que pour chaque chose, je pense qu'un médecin généraliste devrait avoir dans sa formation d'interne de médecine générale des consultations dans chaque spécialité »

E4 : « Le mieux c'est quand même de voir les choses je trouve, donc peut-être avoir 2 ou 3 jours ou une semaine dans une structure où les patients sont pris en charge comme ça on voit ce qu'il s'y passe »

3.8.2 FMC effectuées depuis le début de leur internat, tous thèmes confondus

Type de formation effectuée	Nombre d'internes l'ayant effectuée
Séminaire/Soirée sur un thème	11/12
Congrès	4/12
Formation numérique (MOOC, e-learning)	5/12
Abonnements à une revue	4/12
Aucune formation complémentaire	1/12

3.8.3 Avantages et inconvénients des supports de formation

- Format présentiel : soirée, séminaire, congrès

→ Les avantages rapportés étaient un meilleur investissement lors des formations en présentiel, une meilleure capacité de concentration :

E11 : « le présentiel, on peut plus s'investir. »

E12 : « généralement moi ça me stimule plus, ça permet de me concentrer davantage »

Ce format était plus en lien avec la pratique des internes :

E11 : « je trouve que comme maintenant on est dans la pratique, quasiment à 100%, je trouve que c'est plus logique d'apprendre en présentiel »

Beaucoup soulignaient l'importance d'une interaction avec des intervenants, pour pouvoir poser des questions, débattre :

E8 : « Les avantages, c'est qu'on peut poser nos questions en direct sur quoi on a l'impression le plus de ramer. »

E10 : « avoir quelqu'un en face, avoir le visuel, quelqu'un qui parle, l'écouter »

E12 : « généralement en présentiel on est avec plusieurs intervenants, donc on peut débattre du sujet, je trouve ça assez intéressant. »

Deux personnes évoquaient le caractère convivial comme avantage supplémentaire aux formations en présentiel :

E7 : « en plus on est entre potes »

E9 : « t'as le petit buffet qui est toujours bien sympathique »

→ L'inconvénient principal de ce format était la nécessité de dégager du temps :

E12 : « Le principal inconvénient c'est bien sur le fait d'être disponible, parce que parfois ça va être sur toute la journée, il faut qu'on puisse être disponible par rapport à notre stage, c'est le principal inconvénient de pouvoir débloquer du temps pour ça »

E4 : « avec les emplois du temps, les stages, ce n'est pas évident d'aller à toutes les formations. »

Un autre évoquait également le potentiel problème du déplacement :

E1 : « sans forcément faire de formation où il faut se déplacer »

- Format numérique : e-learning, MOOC

→ Les avantages rapportés étaient la possibilité de réaliser cette formation au moment souhaité :

E10 : « j'ai l'intention de me mettre aux formations en ligne parce que ça a le côté pratique, où par exemple le dimanche on fait une formation »

E4 : « qu'en terme de temps on peut le faire quand on veut donc c'est les formations les plus pratiques »

Ainsi que la possibilité d'accéder à un format concis et résumé :

E5 : « Quand on a des vidéos vraiment bien faites, simples, sans trop d'informations d'un coup, rébarbatives, ça peut aussi suffire pour poser les choses simplement, avec que ce qui est important. »

→ L'inconvénient principal était le manque de concentration lors de la participation aux formations en numérique :

E12 : « généralement je n'arrive pas à tenir très longtemps, je décroche très facilement. »

E7 : « je trouve ça beaucoup plus compliqué moi ce qui est en ligne. Parce qu'on n'est pas concentré, on le fait tout le temps à la maison quand on a 5 minutes »

- Format papier : journaux, revues

→ Peu d'internes développaient ce type de formation, mais l'avantage principal était également la possibilité de réaliser la formation quand on le souhaite, avec des formations souvent moins chronophages :

E3 : « les revues c'est pas mal parce qu'on peut être chez soi et le faire tranquillement sans trop se poser de questions »

E1 : « papier c'est plus rapide. La formation ça dure la soirée »

→ Le principal inconvénient était le manque d'implication, entraînant une mauvaise assimilation des connaissances :

E6 : « je le lis en diagonale pour pouvoir répondre vite aux questions »

E3 : « après on retient un dixième »

3.8.4 Formation idéale pour le thème

→ La majorité des internes souhaitait un format présentiel qui permettrait une interaction entre les participants :

E2 : « savoir si les autres ont eu des problèmes ou pas dans leur pratique. Moi j'aime bien échanger. »

E5 : « c'est quand même bien d'avoir quelqu'un en face pour pouvoir poser ses questions, pour pouvoir se faire expliquer certaines choses »

E4 : « un endroit où on peut poser les questions à la fin, où on a les contacts au cas où il y a un problème, au cas où on veut faire des recherches supplémentaires ça peut être bien. »

→ La plupart d'entre-eux insistait sur l'utilité d'un format concis, résumé :

E6 : « Quelque chose de concret. »

E10 : « En fait une petite soirée sur le thème de l'autisme avec des messages clairs »

E9 : « On peut nous faire un petit rappel de cours au début mais si c'est pour nous recracher à la faculté le collège de psychiatrie voilà ça ne sert à rien. »

E7 : « Pour voir la globalité du truc. »

→ Plus de la moitié estimait qu'une durée de moins de 3h serait suffisante pour cette formation. Deux souhaitaient plutôt une demi-journée et un préférerait une journée entière. Aucun ne souhaitait une durée plus longue.

→ Ils préféreraient que cette formation soit facultative plutôt qu'obligatoire :

E7 : « Je dirais comme les FMC ou les options de DU »

E5 : « c'est vrai que de l'imposer à tout le monde ce n'est peut-être pas très judicieux »

E3 : « Potentiellement oui complémentaire, pour ceux qui seraient intéressés, ceux qui voient beaucoup d'enfants, par exemple, ou si tu sais que tu vas exercer en milieu rural... peut-être plus sensibilisé à ça. »

→ Ils voulaient une formation qui serait transposable à la pratique de médecin généraliste :

E5 : « surtout mettre l'accent sur ce qui est important pour le médecin généraliste »

E10 : « en sortant qu'on sache globalement comment gérer ce genre de situation, ce genre de cas. »

→ Plusieurs souhaitaient un rappel théorique suivi d'une partie pratique avec mise en situation type cas clinique ou jeux de rôles :

E3 : « Avec des présentations, des cas cliniques, des jeux de rôles »

E9 : « s'il y a un petit rappel de cours bref avec après des petits jeux de rôle »

E8 : « une consultation dédiée justement, un cas typique d'un couple qui nous emmènerait son enfant de 3 ans, qui aurait fait ses troubles là. »

→ De la plupart des entretiens ressortait le besoin de participation d'intervenants spécialistes du sujet :

E4 : « avoir une formation par des gens qui connaissent. »

E9 : « des intervenants qui maîtrisent leur sujet »

Parmi ces intervenants imaginés, il y avait les personnes travaillant dans les structures ressources :

E4 : « Peut-être pas forcément des médecins mais les gens qui prennent en charge des patients. »

E8 : « si c'est une personne du centre autisme eh bien il pourrait présenter ce qu'il fait, en plus d'un cours magistral et d'une formation hyper théorique »

E7 : « peut-être des personnes du handicap qui du coup sont capables de nous dire qu'est-ce qu'il faut qu'on demande, qu'est-ce qu'il faut dépister »

E9 : « des personnes qui s'occupent enfin... quotidiennement d'autistes »

Ainsi que les personnes du corps médical :

E12 : « des médecins qui travaillent dans les différentes structures, je pense voilà à des pédopsychiatres, enfin différentes personnes qui travaillent dans les structures »

E9 : « ça pourrait être aussi éventuellement des pédopsychiatres »

E12 : « faire venir peut-être aussi éventuellement des médecins généralistes pour expliquer, enfin qui prennent en charge actuellement des patients autistes, pour voir un petit peu leur rôle aussi, voir comment eux ils agissent à leur place de médecin généraliste. »

Et enfin, des patients experts :

E11 : « que ces intervenants expliquent leurs parcours, leurs ressentis, savoir dans quelles structures ils sont passés, justement pour que ce soit un peu plus pratique, pour qu'on arrive à se représenter le parcours de soin avec les futurs patients. »

E9 : « des personnes autistes qui viennent aussi un petit peu parler de leur histoire »

→ Pour ce thème-là, très peu d'internes voyaient un format numérique alors que la majorité souhaitait un format en présentiel, mais ils imaginaient le même schéma de formation avec rappels théoriques et partie pratique :

E6 : « en première partie de cet e-learning quelque chose de théorique avec peut-être des QCM à la fin pour pouvoir répondre et se forcer à faire un rappel de cours, et peut-être qu'après justement je mettrais en vidéo le plus court possible des vidéos de consultations filmées. »

3.8.5 Contenu de la formation

→ Rappels généraux concernant le thème des TSA :

E12 : « vraiment tout serait évoqué, aussi bien sur refaire un petit point sur la pathologie en tant que telle, puis ensuite sur quels sont les moyens pour dépister, quelles sont ensuite les différentes orientations à faire chez ce patient-là »

E10 : « Savoir exactement ce qu'il en est de cette pathologie »

→ Reprise de la sémiologie :

E1 : « qui rappelle les symptômes, qui rappelle les âges de diagnostic »

E10 : « quels sont les différents symptômes »

→ Connaissances des signes et outils de dépistage :

E8 : « Donc quoi rechercher de A à Z, de la suspicion, interrogatoire, examen clinique »

E12 : « Des tests tout simples, pour essayer de voir si éventuellement on peut évoquer un trouble autistique en posant des questions aux parents, en faisant faire des actions à l'enfant »

E6 : « Qu'on me donne les questions à poser en fait, que j'aie une petite feuille récapitulative avec les questions à poser, comme une espèce de diagramme. Je pose une question, oui ou non et puis ça me redirige un petit peu quoi »

E9 : « En quelques questions, comme on est capable de le faire en 3 questions pour dépister la dépression, c'est vrai que quelque chose de très simple à mettre en place qui pourrait quand même avoir une sensibilité assez importante, pour ne pas passer à côté. »

→ Connaissances en matière d'orientation

E9 : « un peu une conduite à tenir (...) on peut faire par exemple une sorte de guideline de choses comme ça »

E6 : « j'aimerais qu'on me donne une adresse, un numéro de téléphone de consultation, d'orientation, que je sache vers quel service orienter »

E10 : « Savoir vers qui exactement adresser ces patients en fait. »

E5 : « une organisation, un truc plus organisé avec des intervenants précis, si jamais on a un patient avec une suspicion. »

Avec fiche ressource remise durant la formation :

E6 : « j'aimerais qu'on me donne une fiche avec des interlocuteurs, »

E5 : « un papier, comme on a les numéros du CHU, s'il y a un papier un peu pareil pour certains intervenants »

→ Connaissances des centres ressources :

E8 : « C'est vrai que ce serait pas mal d'en connaître pour la région. »

E1 : « les structures justement vers qui orienter »

→ Connaissances sur la prise en charge :

E11 : « toute la prise en charge dont auraient besoin les enfants atteints de TSA »

E7 : « quelle est la prise en charge que nous on doit faire derrière. »

E12 : « ça pourrait être pas mal un truc qui soit clair avec le dépistage et après, l'après-dépistage comment tout ça s'organise autour du patient. »

E10 : « Quels sont clairement les différents acteurs de la prise en charge »

→ Connaissances des aides à proposer aux familles :

E2 : « connaître les aides qu'on peut proposer aux parents, je ne sais pas, les aides financières, combien ils ont droit d'aides par jour par semaine »

E3 : « des aides pour le côté scolaire »

E7 : « les besoins des parents, quelles sont les questions qu'ils ont eux, quelles sont leurs demandes à eux aussi »

E8 : « l'information à donner à la famille aussi (...) donc ce serait bien de savoir comment gérer les parents, et comment les renseigner au mieux et où les adresser le plus facilement »

→ Besoin d'un récapitulatif global, sous format papier, pour pouvoir le ressortir rapidement si la situation se présentait :

E9 : « avec une petite fiche synthétique »

E8 : « Oui totalement, il me faudrait un récapitulatif, ce serait bien pour la suite. »

E11 : « je puisse faire une fiche avec tout ça »

3.8.6 Moment opportun pour la formation

→ Tous les internes souhaitaient avoir une formation sur les TSA durant leur TCEM :

E9 : « Là dans l'internat ça pourrait être bien. »

E12 : « Pendant l'internat, je pense que c'est vraiment à ce moment-là que c'est le plus bénéfique »

→ La plupart des internes voyait cette formation à partir de la 2^e année d'internat, il ressortait également l'importance de l'effectuer avant le stage de SASPAS :

E8 : « à partir de la 2eme année. Parce qu'on aura déjà fait, avec la nouvelle version, le stage niveau 1 chez le praticien, et la pédiatrie en 2^e année, donc du coup je pense que ça peut être une bonne adjonction à ces 2 thèmes. »

E12 : « Peut-être en deuxième ou troisième année d'internat de médecine générale, ou voire même pendant la période de SASPAS, ça pourrait être pas mal, justement on est en cabinet »

E4 : « Je pense que c'est avant le stage SASPAS parce que le stage SASPAS on est tout seul. Moi je dirais dans la 2^e année, au moment où on est censé avoir plus de connaissances »

→ A contrario, d'autres la voyaient plutôt sur le début de l'internat, au moment du stage chez le praticien de niveau 1 :

E6 : « avant de passer en stage chez le médecin généraliste »

E5 : « Pédiatrie et praticien, c'est les endroits où on est le plus exposé à ce genre de situation. »

E10 : « Je pense après être passé, ou pendant le stage chez le praticien, en fin de compte, parce que c'est là qu'on peut être amené à dépister ce genre de pathologie »

IV. DISCUSSION

4.1 Forces et limites de l'étude

4.1.1 Forces

→ L'originalité du thème

Le thème des TSA n'a jamais été abordé du point de vue des étudiants en médecine, toute la littérature existante concerne uniquement les médecins généralistes et les familles.

→ Le choix de la méthode

Le choix d'une analyse qualitative a été fait car c'était la méthode la plus appropriée pour répondre à la question de recherche. Cette méthode permet d'apprécier le ressenti et les expériences des participants.

Le choix des entretiens individuels était judicieux pour permettre une liberté d'expression de tous les participants sans aucune pression extérieure.

→ Réalisation de la méthode

Ces entretiens n'avaient pas de limite de temps et les questions étaient les plus ouvertes possible, ce qui a permis d'obtenir des réponses aussi diverses que variées.

Le fait de rappeler que c'était anonyme et qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse permettait l'absence de jugement et favorisait encore la liberté d'expression.

L'enregistrement des données de tous les entretiens a permis de ne pas perdre d'éléments lors de la retranscription. Cette dernière s'est effectuée le plus rapidement possible, dans les jours qui suivaient l'entretien, pour pouvoir retranscrire au mieux le côté non verbal et avoir en mémoire toutes les données des entretiens.

L'évolution du guide d'entretien après les deux premiers entretiens a permis de repérer les points faibles et d'ajuster nos questions afin d'être plus représentatif de la question de recherche.

→ Validité externe

Dans la recherche d'une variabilité maximale de l'échantillon, nous avons interrogé douze internes et chaque année de DES était représentée à parts égales. Par le fruit du hasard, tous les internes avaient effectué leur DCEM dans des facultés d'origine différentes.

Nous sommes parvenus à une saturation des données, constatée de manière empirique, car les trois derniers entretiens reprenaient les idées déjà émises.

→ Validité interne

Le guide d'entretien a été validé par une personne habilitée, en la personne de notre directeur de thèse, responsable des enseignements du TCEM à la faculté de médecine de Nice.

Nous avons utilisé un logiciel adapté pour le codage des entretiens : NVivo®.

La présence de deux enquêteurs a permis une double analyse de chaque entretien avec croisement des données, améliorant ainsi l'objectivité et limitant les interprétations personnelles.

4.1.2 Limites

→ Choix de la méthode qualitative

Les méthodes qualitatives ne permettent pas de généraliser les résultats, ni de chiffrer ou de pondérer. Elles permettent de formuler des idées. C'est une méthode qui est difficilement reproductible. Aussi, c'est une méthode subjective, qui est soumise à l'interprétation de l'enquêteur ce qui entraîne invariablement un biais d'interprétation.

→ Population étudiée

Biais de sélection : les participants étaient recrutés pour certains par affinité, ce qui diffère donc d'un échantillon aléatoire.

Les amitiés avec certains participants ont pu augmenter la familiarité de certains entretiens à cause d'un excès de confiance, limitant la collecte des données.

Biais de déclaration : les participants ont répondu en faisant appel à leur mémoire. Cela peut entraîner une perte d'information.

Biais associé à l'avancement dans les études : les niveaux de formation n'étaient pas égaux, en effet il est normal qu'un interne en début de cursus ait moins de connaissances qu'un interne en fin de cursus.

→ Réalisation de la méthode

Biais d'investigation : c'était la première fois que nous entreprenions une étude qualitative. Pour y parvenir, nous avons effectué des recherches bibliographiques sur la réalisation de celle-ci.

Biais méthodologique : de par le manque de connaissances sur certains éléments, nous avons parfois dû insister et donner des précisions, cela a peut-être orienté certaines réponses.

Le changement de type d'entretien en cours d'étude, qui était présentiel initialement puis téléphonique, a pu interférer dans la collecte des données non verbales à cause de l'absence de contact visuel.

Le croisement des données était effectué conjointement et non successivement par les deux enquêteurs, ce qui limite la force de la double analyse.

→ **Crédibilité**

La cohérence interne d'une étude est majorée grâce à sa confrontation aux données de la littérature.

Dans notre cas, il n'y avait aucune étude antérieure réalisée auprès des étudiants ne permettant donc pas cette confrontation.

4.2 Principaux résultats de l'étude

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer les connaissances et les besoins de formation initiale professionnalisant sur le thème des TSA des étudiants de troisième cycle de médecine générale à Nice.

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes tout d'abord intéressés à leurs connaissances sur ce sujet, puis à l'acquisition de celles-ci et à leurs éventuels besoins de formation complémentaire.

Le sujet était défini d'un avis général comme compliqué et exigeant. Les internes avaient une idée globale des TSA mais leurs connaissances étaient limitées.

La prévalence était méconnue de la quasi-totalité. Les mesures gouvernementales et le plan autisme étaient inconnus.

Les participants décrivaient tous une place fondamentale du médecin généraliste avec beaucoup de rôles différents à jouer dans la prise en charge.

On notait une méconnaissance des outils à disposition du médecin généraliste dans le dépistage de cette pathologie mais la plupart des interrogés s'accordaient à dire qu'un défaut de dépistage entraînait un retard et une mauvaise prise en charge à suivre.

Ils s'accordaient tous sur une orientation rapide vers un spécialiste pour poser un diagnostic et une prise en charge pluridisciplinaire par la suite.

Les aides étaient régulièrement citées mais les interrogés ne savaient pas ce qui était mis en place à l'heure actuelle pour ce faire.

Les centres ressources étaient clairement méconnus.

Le manque d'expérience et de pratique faisait ressortir de nombreux sentiments négatifs et une appréhension quant à la prise en charge de ces patients en soins primaires.

Tous les internes avaient acquis leurs connaissances durant le DCEM, grâce à l'apprentissage demandé pour les ECN dans les livres de médecine.

Le sujet n'avait jamais été repris en TCEM.

Le ressenti était pour tous les interrogés que la formation n'était pas suffisante et qu'il ne leur restait que peu de connaissances.

Tous évoquaient un désir de formation.

La majorité souhaitait une formation en présentiel, sous forme d'un séminaire qui reprendrait rapidement les bases de cours théorique, puis verrait une participation d'intervenants et avec à la fin la remise d'une trace récapitulative papier concise.

Ils préféraient un format facultatif à réaliser durant leur TCEM.

4.3 Confrontation des résultats à la littérature

4.3.1 État des connaissances sur la pathologie

Les résultats de notre étude concernant les connaissances générales des internes de médecine générale Niçois sur les TSA sont globalement ceux que nous attendions, à savoir **des lacunes multiples**. Ils sont comparables aux résultats présentés dans les études sur les médecins généralistes installés.

→ Une étude de l'ARAPI réalisée en 2006 décrivait : « *que les médecins et les étudiants de psychologie ont d'une manière générale peu de connaissances sur l'autisme. En outre, malgré les progrès effectués dans le domaine de l'autisme, leurs représentations restent confuses.* ». (18)

Cette étude n'est pas récente, mais pointait du doigt le manque de connaissance et la nécessité d'y remédier. Notre étude, 14 ans plus tard, **fait ressortir le même constat**.

Tous les participants décrivent un thème **vaste et complexe**, et dont les notions sont pour la plupart **imprécises**.

Pour ce qui est de la définition des TSA, certains internes décrivent une triade sémiologique conformément à la CIM-10 alors que d'autres retiennent la dyade sémiologique du DSM-V.

→ A l'heure actuelle, le DSM-V est le plus utilisé et donc le plus enseigné car il est considéré comme « plus à jour » mais la CIM-11 est en projet depuis plus de 10

ans et devrait tenir une place majeure dans la définition des TSA dans un avenir proche. (19)

Qu'ils aient choisi de retenir l'une ou l'autre des classifications, **les spécificités cliniques des TSA sont très insuffisamment connues**. Aucun des internes interrogés ne peut nous décrire précisément tous les symptômes.

→ Récemment le travail de thèse du Dr Ledoux Charlène en 2015 décrivait que « *le manque de connaissances des médecins généralistes reste un frein évident au dépistage* » et par extension à la prise en charge de ces malades. (14)

Notre étude montre que l'anciennement nommé « syndrome d'Asperger » est quant à lui connu de tous. Nous pouvons supposer que c'est grâce aux communications récentes sur cette pathologie par les médias. Cela traduit l'importance de la diffusion de l'information sur un sujet pour qu'il soit mieux connu.

Outre le manque de connaissance clinique, il existe également une **méconnaissance de la fréquence de la maladie** dans la population générale.

→ Pourtant ce chiffre est assez élevé, comme le montre une méta-analyse publiée en 2015 qui déterminait la prévalence à 0,72% chez les moins de 27 ans dans la population mondiale, chiffre qui a été confirmé pour la tranche des 5-9 ans en France par une étude publiée en mars 2020. (7, 20).

Nous pouvons supposer l'existence d'un lien entre la sous-estimation de la fréquence d'une maladie et le manque d'intérêt pour une remise à jour des connaissances de la part des internes.

Paradoxalement à ces chiffres élevés, **la majorité des internes déclaraient l'absence d'expérience avec un patient atteint de ce trouble**. Cela peut s'expliquer par le fait que cette pathologie est sous-dépistée, à cause d'un manque de connaissances sur le repérage des signes d'alerte.

C'est un sujet de société actuel pour lequel **le gouvernement s'est particulièrement impliqué** au cours des dernières années comme le montrent les quatre plans autisme successifs depuis 2005. Ceux-ci visent à promouvoir une amélioration de la prise en charge globale des patients autistes tant sur le plan social, que médical, que scientifique. (12) Malgré cela, il est triste de constater **qu'aucun des participants n'en avait entendu parler**.

4.3.2 État des connaissances sur la prise en charge de cette pathologie

D'un avis commun, **le rôle du médecin généraliste est décrit comme central** dans la prise en charge des patients atteints de TSA.

→ Pourtant, le travail de thèse du Dr Depoix réalisé en 2014 en interrogeant les familles décrivait une toute autre réalité concernant le médecin généraliste : « *globalement celui-ci était peu présent. Il repérait rarement les anomalies de développement et ne s'impliquait que très peu dans la prise en charge. Il était loin d'être le pivot attendu.* » (21)

Ainsi, entre la projection de l'idéal que se font les internes du rôle central du médecin généraliste et la réalité perçue par les familles d'enfants atteints, on peut noter une différence significative.

Concernant le dépistage particulièrement, le 4^e plan autisme citait « *Les médecins de première ligne, généralistes et pédiatres, restent aujourd'hui encore quasiment absents de cette phase de repérage et de diagnostic alors qu'ils devraient être les acteurs majeurs pour repérer, mettre en place les démarches diagnostiques et organiser les premières interventions.* » (12)

Nous pouvons constater grâce aux résultats de notre étude que tous les internes voient un **rôle majeur du médecin généraliste dans le dépistage** des troubles, alors que certains ne connaissent pas suffisamment la sémiologie et que **la quasi-totalité ne connaît aucun outil pour les aider au dépistage.**

Il en ressort donc un sentiment d'insuffisance de leur formation sur ce point.

→ On peut corréliser ces résultats à ceux d'une étude menée en 2014 par le Dr Pimpaud : « *Les médecins généralistes se sentent insuffisamment formés à ce repérage. Ils sont peu nombreux à connaître les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant cet exercice.* » (16)

Plusieurs internes demandent lors des entretiens **la création d'outils** sous forme d'échelles ou de grilles afin de les aider dans le dépistage, **sans savoir que la plupart existent déjà.**

→ Le plan autisme récemment publié souhaitait « *Outiller les médecins de 1^{ère} ligne (généralistes, pédiatres, médecins de PMI) notamment au travers des examens obligatoires des 9 et 24 mois, en lien avec le nouveau carnet de santé.* » et l'HAS le recommandait également concernant « *chaque examen obligatoire pour le suivi de l'état de santé des enfants de 0 à 6 ans* ». (10, 12)

→ Plus anciennement, le rapport Sommelet en 2006 avec l'appui de l'INSERM

recommandait « *la réalisation de la CHAT pour les enfants de 18 à 24 mois par des professionnels formés à ce test* ». (22)

Les dernières études prônent un dépistage au plus tôt, dès l'apparition des premiers symptômes. **Les internes participants à notre étude l'évoquent également** en définissant le retard de dépistage comme un facteur de mauvaise prise en charge.

→ Le travail de 2012 du Dr Mallet décrivait à l'époque « *Le dépistage précoce des troubles envahissants se développe de plus en plus mais encore peu de médecins y sont formés. Pourtant celui-ci permettrait de réduire considérablement ce retard. Il est donc nécessaire de former les médecins aux outils diagnostic de dépistage précoce.* ». (23)

Le constat que nous pouvons faire c'est que **8 ans après la publication de son travail, les internes ne sont toujours pas formés à cet outillage.**

Concernant l'orientation des patients et la coordination des soins, selon le plan autisme, il faut différencier les médecins de 1^{ère} ligne (médecins généralistes, pédiatres) qui repèrent les signes d'alarme, et ceux de 2^e ligne (spécialistes) qui posent le diagnostic et assurent la prise en charge. Il existe également des centres ressources qualifiés de 3^e ligne pour les cas les plus complexes. (12)

Dans notre étude, **aucun des participants n'a connaissance de ces fameux centres.** Ils n'ont pas de notion de 1^{ère} ou 2^e ligne mais malgré eux, de par leur manque d'assurance, **ils adressent rapidement le patient vers un spécialiste de 2^e ligne.**

→ Ces résultats étaient retrouvés dans le travail de thèse du Dr Pimpaud en 2014 « *Les médecins repérant des enfants à risque autistique sont confrontés à un problème d'orientation : ils savent peu vers qui adresser leurs patients et les délais de rendez-vous sont longs.* » (16)

Tous les participants savent que **la prise en charge s'avère pluridisciplinaire** et de nombreux intervenants sont nommés au cours des entretiens. Il ressort également qu'il est difficile de définir une « prise en charge type » du patient autiste car **chaque prise en charge est individualisée et les intervenants varient** donc en fonction des troubles présentés par le patient.

→ Le plan autisme en fait mention : « *le spectre des TSA est très large et chaque personne présente une personnalité, un fonctionnement et des troubles qui lui sont propres. Les intervenants ont donc non seulement besoin d'acquérir cette connaissance fine mais aussi besoin de savoir quelles pratiques très spécifiques adopter pour mieux les accompagner dans le quotidien.* » (12)

Les internes interrogés dans notre étude voient un **rôle de coordinateur de soins** pour le médecin généraliste **en ce qui concerne les troubles aigus comme les TSA**.

→ L'HAS le confirme en citant « *le diagnostic initial de TSA doit conduire à un suivi médical régulier de l'enfant dans les différentes dimensions de sa santé et de ses besoins par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant, en lien avec les équipes spécialisées de 2^e ligne* ». (10)

→ Le plan autisme quant à lui décrit que le suivi doit être réalisé par une « *plate-forme d'intervention et de coordination « Autisme TND » de 2^eme ligne, chargée d'organiser rapidement les interventions de différents professionnels libéraux (ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) sans attendre le diagnostic, selon un parcours de soins sécurisé et fluide* » (12)

→ Dans la réalité, l'étude du Dr Herrenknecht en 2019 notait que « *le généraliste reste souvent à l'écart du réseau de soins et n'a qu'une communication restreinte avec les différents acteurs de ce réseau* ». (13)

Le rôle du médecin généraliste serait donc de récupérer les informations des prises en charges qui sont, elles, proposées par les équipes spécialisées ; ainsi que de réaliser le suivi habituel de l'enfant. **Cette notion est retrouvée dans plusieurs de nos entretiens**.

On note d'ailleurs que certains internes interrogés se disent prêts à suivre les recommandations des spécialistes et s'occuper du reste du suivi habituel du développement de l'enfant.

Plusieurs internes profitent des entretiens pour **appuyer sur leur manque de connaissance concernant les aides** à mettre en place pour ces patients. Ils voient un rôle majeur au médecin généraliste pour le côté administratif de la prise en charge mais **les aides précises ne sont pas connues**. Il semble pourtant très important, pour pouvoir les demander, de les connaître en premier lieu.

→ Cette notion était déjà relevée dans le 4^e plan autisme : « *Les professionnels soulignent également leurs difficultés à accompagner les familles dans leurs démarches à l'égard des MDPH et regrettent la perte de chance générée par les délais de ces prises en charge administratives.* » (12)

Les aides sont souvent citées en même temps que le soutien et l'information délivrés aux familles par le médecin généraliste. Il ressort de nos entretiens l'expression d'une **difficulté concernant ce soutien aux familles** des patients atteints de TSA.

→ D'ailleurs, ce résultat est appuyé par l'étude du Dr Depoix en 2014 relevait que « *malgré sa position privilégiée de médecin de famille, il n'était pas non plus un acteur majeur du soutien psychologique aux parents* » (21)

4.3.3 Enseignement des TSA

Les résultats de notre étude montrent que **tous les internes confessent avoir reçu durant leur deuxième cycle d'études médicales une formation théorique**. Seuls quelques-uns avaient bénéficié d'un cours magistral effectué par un professeur de psychiatrie et le reste s'était contenté de l'apprentissage dans un livre de médecine.

→ Cet apprentissage des TSA est lié à la dernière réforme du programme des ECN qui date de 2013, dans laquelle était mis en place un item spécifique pour l'autisme, l'item 65 de l'UE3. (24)

Concernant la formation pratique, un seul interne avait pu profiter d'un stage dans un service de pédopsychiatrie. En effet, la psychiatrie ne fait pas partie des stages obligatoires

→ L'ANEMF précise que le stage en psychiatrie est « recommandé », sans être obligatoire pour autant, et sans différencier la psychiatrie adulte de la pédopsychiatrie. Nous voyons cela comme une limite à la formation d'un étudiant. (25)

Le programme des études médicales est actuellement fait en France de telle sorte que les « connaissances » sont censées être acquises à la fin du DCEM et les « compétences » le sont à la fin du TCEM. Cet apprentissage en médecine générale est centré autour de l'acquisition de six compétences.

Afin d'aider à acquérir ces compétences, il est organisé dans la plupart des facultés des « groupes d'échange et d'analyse de pratiques », nommés GEASP à la faculté de Nice.

Notre étude montre que **le thème des TSA n'a jamais été abordé au cours de ces GEASP pour aucun des internes interrogés**.

Les internes voient là une limite à leur formation proposée par la faculté. Pourtant, le principe de ces groupes d'échange est que ce sont les étudiants eux-mêmes qui choisissent le sujet à développer. Il serait intéressant de savoir si un sujet sur les TSA a été proposé mais n'a pas été retenu pour être développé ou si aucune des propositions n'a jamais concerné les TSA. Selon notre étude, les internes décrivent une absence d'expérience avec des autistes donc nous pouvons supposer que c'est pour cela qu'ils n'ont pas proposé de situation complexe sur ce thème. Ils n'ont pas eu de difficulté à gérer une situation qu'ils n'ont tout simplement jamais rencontrée.

Cependant, la formation d'un interne de médecine générale et d'un médecin généraliste ne devrait pas dépendre uniquement de la formation initiale et obligatoire. Il existe

d'autres moyens d'acquérir des savoirs au travers de formations complémentaires, que ce soit par des DU, DIU, l'abonnement à une revue médicale etc...

→ Le fameux 4^e plan autisme souhaite « *soutenir la qualité des enseignements proposés dans les diverses formations, en développant des outils et modules de cours à destination des universités et établissements de formation* » (12)

Concernant les formations complémentaires proposées, **aucun des internes participants n'en a connaissance**. Il est vrai que ces formations ne sont pas toujours évidentes à trouver en fonction des thèmes et qu'elles peuvent parfois être chronophages.

→ La faculté de Médecine de Nice, Université Côte d'Azur, tient une liste de ses formations continues proposées et nous remarquons qu'aucune de ces formations ne concerne le thème des TSA. (26) Cependant, à l'échelle nationale et même régionale il en existe comme par exemple à la faculté de Marseille avec le DESU Autisme. (27) Il est évident que le déplacement obligatoire est un frein à l'implication des internes dans cette acquisition des connaissances et **c'est un élément qui ressort de certains de nos entretiens**.

→ Outre-les DU et DIU qui sont des formations de longue durée, il existe également des formations plus courtes qui peuvent être proposées par exemple par la faculté sous la forme « d'heures complémentaires » mais il ressort également de nos entretiens **qu'aucun des internes n'a reçu de proposition d'enseignement sur ce sujet**.

→ Les CRA de chaque région proposent des formations sur le thème, mais sachant qu'aucun des internes ne connaît l'existence de ces centres, il est aisé de comprendre qu'ils n'ont pas entendu parler des formations non plus. (28)

Il est donc présumable que le manque de connaissances sur le thème soit lié à un manque de moyens de se former, ou du moins un manque de moyens proposés au niveau local.

Grâce aux entretiens, notre étude a permis aux internes Niçois de réaliser une autocritique de leurs connaissances. Tous les participants perçoivent le manque de savoirs que nous avons mis en évidence, et ils le reconnaissent. Suite à ce jugement, de nombreux sentiments ressortent comme **le doute, l'appréhension, le mal-être, l'incapacité, le manque d'assurance et l'incompétence**.

Ces sentiments s'intègrent dans un processus de projection de mise en situation effectué par les internes au cours des entretiens sans que la question leur soit posée.

Encore une fois, une solution serait de sensibiliser les internes de médecine générale à se former de manière complémentaire pour que ces sentiments puissent disparaître avec l'acquisition de connaissances.

→ Cette solution n'est pas novatrice, puisque déjà en 2006 le Bulletin scientifique de l'ARAPI écrivait « *De plus, nous avons constaté qu'une formation sur*

l'autisme permet de modifier les représentations et d'améliorer les connaissances sur ce syndrome. C'est pourquoi, il nous semble indispensable d'effectuer des formations auprès des professionnels de santé afin de les familiariser aux signes précoces et au diagnostic précoce de l'autisme. » (18)

4.3.4 Désir de formation

Le manque de connaissance sur le thème des TSA est ainsi souligné par les internes Niçois interrogés dans notre étude. Il leur fait ressortir un besoin de formation complémentaire sur ce sujet afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de TSA et de pallier les doutes cités précédemment quant à leur pratique future.

→ Ce besoin était déjà ainsi décrit dans le 4^{ème} Plan autisme « *Ils expriment également de manière convergente une demande forte en terme de formation. » (12)*

Tous les participants montrent également un désir de formation en règle générale, comme le montre leur participation à de nombreuses FMC depuis le début de leur internat. Il existe un réel besoin et une envie de se former en continu dans la population médicale de TCEM. Plus qu'un désir, c'est aussi un devoir. Pour les internes de médecine générale à la faculté de Nice, c'est un total de 45 heures de formation complémentaire qui leur est demandé au cours de leur TCEM pour valider leur DES de spécialité médecine générale.

→ Pour les médecins ayant terminé leur cursus d'études, la FMC est devenue une obligation légale en 1996 grâce à l'ordonnance Juppé. (29) Ce caractère obligatoire du DPC est réaffirmé par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016. (30)

→ Cette obligation de se former est très bien comprise par le corps médical comme le montrait l'étude en 2017 du Dr Trinh : « *Au-delà de l'obligation, la formation est ressentie comme une nécessité. » (31)*

Certains interrogés pointent l'intérêt de pouvoir participer durant leur cursus, à des consultations spécialisées dans des structures de soins ou auprès d'autres spécialistes.

Cela ne fait pas partie du programme du TCEM, mais rien n'empêche un étudiant de réaliser de façon autonome des journées dans lesdites structures puisque nous pouvons rappeler que l'emploi du temps des internes comprend des demi-journées prévues pour leur formation personnelle. Néanmoins, certaines facultés semblent promouvoir la réalisation de journées de vacation en médecines libérales durant l'externat.

Concernant le thème particulier des TSA, il ressort de notre étude un intérêt majeur pour les formations en présentiel. C'est un résultat que nous n'attendions pas, à l'heure du numérique, car la population que nous avons interrogée est très tournée vers l'utilisation de nouvelles technologies, et s'en sert au quotidien dans sa pratique médicale pour des recherches rapides comme nous le remarquons dans plusieurs entretiens.

→ Ce résultat peut pourtant être corrélé au travail du Dr Guével en 2017 qui décrit « *une forme plébiscitée par les jeunes médecins généralistes* » (32)

Ils expliquent lors des entretiens cette préférence par la possibilité d'interagir avec des intervenants et affirment un besoin de pouvoir poser des questions en temps réel et d'en obtenir des réponses immédiates. Certains évoquent lors des entretiens l'utilité de « mise en situation » sous la forme de jeux de rôles par exemple.

→ Ces informations sont retrouvées dans le travail de thèse du Dr Trinh en 2016 qui indiquait que « *les médecins s'intéressent davantage à des formations présentielles lorsque celles-ci sont dirigées par des intervenants capables d'animer, d'expertiser la formation, de créer un échange entre les participants, d'apporter les réponses à leurs questionnements et de mettre en œuvre des simulations médicales. L'adaptation pratique d'une formation est donc favorisée par sa qualité pédagogique* » (31)

Ce souhait de formation exprimé par les internes de notre étude n'évalue cependant pas l'apport de la formation en présentiel en comparaison de la formation numérique. Les internes ont « l'impression » de mieux retenir les informations lors du présentiel mais il faudrait réaliser une étude sur le sujet pour pouvoir l'affirmer.

→ Un document de 2015 présenté par la HAS : « *le mode d'enseignement présentiel comparé au mode d'enseignement en ligne est équivalent en matière d'amélioration des connaissances et des compétences cliniques.* » (33)

V. CONCLUSION

Notre étude relève un manque de connaissances marqué concernant le thème des TSA sur la population étudiée, les étudiants en troisième cycle de médecine générale niçois. L'hypothèse que nous émettions initialement en comparant les études sur les médecins généralistes installés est vérifiée chez les étudiants en cours de formation initiale.

Nous notons qu'il existe un réel souhait d'être formé sur ce thème.

Notre étude permet d'ailleurs de définir des pistes concernant la formation complémentaire optimale dont voudraient bénéficier les internes de médecine générale, en se basant sur les réponses d'étudiants de TCEM actuellement à Nice.

La formation souhaitée par les étudiants se verrait sous la forme d'un séminaire en présentiel faisant intervenir des spécialistes du sujet.

Lorsque celle-ci sera élaborée et validée sur le plan pédagogique, on pourrait l'imaginer sous la forme d'un séminaire « hybride » comprenant une réflexion en amont appuyée par des références bibliographiques et des outils numériques tels que des images ou des vidéos. Puis, une étape en présentiel avec la participation d'intervenants qui maîtrisent le sujet afin de rappeler les bases et les points importants des TSA. On insisterait particulièrement sur ce qui est transposable à la pratique du médecin généraliste en soins primaires dans un esprit de dynamique de groupe favorisant le temps d'échange et de réponses aux questions. L'élaboration de cet outil pédagogique devra dans un proche avenir faire l'objet d'un travail de recherche complémentaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kanner L. « Autistic disturbances of affective contact ». *Nervous Child*, 2 :217-230, 1943.
2. Asperger H. « Les psychopathies autistiques pendant l'enfance ». Paris, 1944.
3. World Health Organization. (1994). CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche / traduction de l'anglais coordonnée par C. B. Pull. Genève : Organisation mondiale de la Santé. [online] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40538>
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). [online] Available at: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Inserm - La science pour la santé. (2019). Autisme. [online] Available at: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
6. Institut Pasteur. (2019). Autisme (troubles du spectre de l'autisme). [online] Available at: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/autisme>
7. Ha C, Chan Chee C, Chin F. Troubles du spectre de l'autisme en France. Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système national des données de santé (SNDS), France, 2010- 2017. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020. 37 p. [online] Available at : <https://www.santepubliquefrance.fr>
8. HAS. Trouble du spectre de l'autisme: interventions et parcours de vie de l'adulte Argumentaire scientifique [online]. HAS; 2017 déc p. 16. Available at: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/20180213_argumentaire_autisme_adulte_vdef.pdf
9. HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent [online]. 2012 mars. Available at: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
10. HAS. Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent [online]. 2018 février. Available at: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_recommandations.pdf
11. HAS. 2018. Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Argumentaire scientifique [online]. 2018 février. Available at: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_argumentaire.pdf
12. Quatrième plan autisme (2018-2022). Présenté le 6 avril 2018 par le gouvernement Macron [online]. Available at: https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

13. Herrenknecht T, Maury D. Problématiques rencontrées par le médecin généraliste dans le suivi des patients autistes adultes et adolescents et solutions proposées. [Thèse] Université de Paris Est Créteil; 2019. 51p.
14. Ledoux C. Organisation d'un programme de dépistage systématique des troubles du spectre autistique étude qualitative sur le point de vue des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine-Maritime [Thèse]. Université de Rouen Normandie; 2017. 165p.
15. Laborie G. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin de patients atteints de troubles de la sphère autistique ; point de vue des familles [Thèse]. Faculté des sciences médicales Rangueil; Toulouse; 2017. 68p.
16. Pimpaud L. Repérage précoce des troubles envahissants du développement en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Thèse]. Université Claude Bernard ; Lyon; 2014. 84p.
17. Autismes.fr. 2019. ANCRA - Diplômes universitaires autisme et TED. [Internet]
18. Arapi-autisme.fr. Les représentations et les connaissances de l'autisme dans différentes populations médicales et non médicales. 2006. [online] Available at: <http://www.arapi-autisme.fr/pdf/BS/17/BS17-4Unaldi-Cordier-et-al.pdf>
19. OMS. L'OMS publie sa nouvelle Classification Internationale des Maladies (CIM 11) [online] Available at: [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
20. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med* 2015 ; 45(3):601-13.
21. Depoix A, Perdrix C. La place du médecin généraliste dans l'accompagnement des enfants atteints d'un trouble du spectre autistique : étude qualitative réalisée auprès de 13 parents d'enfants atteints d'un trouble du spectre autistique. [Thèse] Université de Lyon; 2015. 140p.
22. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2006 oct.
23. Mallet D. Les facteurs de retard diagnostic dans les troubles envahissants du développement. [Thèse] Université de Poitiers ; 2012. 174p.
24. Arrêté du 8-4-2013 du Journal Officiel du 23-4-2013. UE3 « Maturation – Vulnérabilité – Santé mentale – Conduites addictives » N°65. Troubles envahissants du développement.
25. ANEMF. Site de l'association nationale des étudiants en médecine de France. [online]. Available at: <https://www.anemf.org/externat/>
26. Site de l'Université Cote d'Azur [online]. Available at: <http://unice.fr/faculte-de-medecine/fmc>
27. UMFCS. Site de l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé. [online]. Available at: https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/autisme?fbclid=IwAR32sFCybQkE0b8vumFhVeHNXzjUocMi3wwMUyIlaABcstM50qik_wUfJ7U

28. GNCRA. Groupement National des Centres Ressources Autisme. [online]. Available at: <https://gncra.fr/formation/formation-dispensees-par-les-cra/>
29. UNAFORMEC. FMC un peu d'histoire et de décodage [online]. Disponible sur: http://www.unaformec-idf.org/documents/FMC_histoireT.pdf
30. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [online]. Available at : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032862648&categorieLien=id&fbclid=IwAR3AM4o7f4dSrTPqJJzdZr-sOq_Cjh65HLEH_6EHh8RekdkZaeVmtLSagPI
31. Trinh M. Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue. [Thèse] Université de Lille 2 ; 2017. 35p.
32. Guevel M. Attentes des jeunes médecins généralistes sur la Formation Médicale Continue. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Languedoc- Roussillon. [Thèse] Université de Montpellier ; 2017. 66p.
33. HAS. Evaluation et amélioration des pratiques. E-learning. [online]. Available at : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_e-learning_rapport_complet.pdf?fbclid=IwAR2BqgoH0FE8XYx24JFA85XBjMH_4NRUZ2hSQicKuwEqpKQTk0PiRT3vloU
34. Dawson G, Bernier R. A quarter century of progress on the early detection and treatment of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol.* nov 2013;25(4pt2):1455-72.
35. Heiderken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A Survey of Autism Knowledge in a Health Care Setting. *J Autism Dev Disord.* 1 juin 2005;35(3):323-30.
36. Robel L. Données actuelles sur la clinique de l'autisme. *Archives de Pédiatrie.* 1 nov 2009 ;16(11):1507-12.
37. François E, Brochec P, Gérardin P, Hermil J-L, Mauviard É, Merle V. Gestion d'une consultation de médecine générale d'un enfant porteur d'autisme et réflexion sur la place du médecin généraliste dans le réseau de soins. [Thèse] Université de Rouen ; 2015. 125p.
38. Dukuray A. La place actuelle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des troubles envahissants du développement et plus spécifiquement de l'autisme [Thèse]. Université du droit et de la santé ; Lille ; 2012.
39. Shah K. What do medical students know about autism? *Autism.* juin 2001 ;5(2):127-33.
40. Bury A. Autisme infantile : des pistes d'amélioration dans la prise en charge des maladies somatiques pour les médecins généralistes : étude qualitative menée auprès de 13 parents d'enfants atteints de troubles du spectre autistique de la région Hauts-de-France. [Thèse] Université de Lille ; 2016. 107p.
41. Simion E. Rôle du médecin généraliste dans le suivi du patient autiste et le soutien des familles : point de vue des aidant familiaux [Thèse]. UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; Paris; 2016. 102p.
42. Cousineau, D., Caron, C. and Mottron, L. (2010). Que dois-je faire moi-même. *Le Médecin du Québec*, 45(2), pp.45-49.

43. Rastello, S., Rousselon, V., Blanchon, Y. and Charles, R. (2016). Qui traite les pathologies somatiques et les troubles associés des enfants autistes ? Santé Publique, 28(6), p.759.
44. Acef, S. and Aubrun, P. (2010). Soins somatiques et autisme, lever les obstacles pour réduire les inégalités. Santé Publique, 22(5), p.529.
45. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Items 53 et 65. (2016). 2nd ed. Tours : Presses universitaires François-Rabelais, pp.337-356.
46. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. mars 2004;10(1):79-86.
47. Autisme-france.fr. (2019). Repérage des troubles du neuro-développement chez les enfants de moins de 7 ans. [online] Available at: <http://www.autisme-france.fr/offres/doc inline src/577/DISA-DICOM-Reperage TND-v13juin19.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien (version initiale)

Les phrases entre parenthèses nous servaient de notes ou d'idées de relance afin de faire développer les réponses des étudiants interrogés.

Introduction à l'entretien :

Bonjour, je suis Claire GUERIN, remplaçante en médecine générale, ancienne interne à la faculté de Nice.

Je réalise un travail de thèse concernant les besoins de formation des internes de médecine générale niçois en matière de troubles du spectre autistique. Ce travail est sous la direction du Dr Gilles GARDON, médecin généraliste à Nice et Directeur pédagogique au sein du DERMG.

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.

Cette étude s'appuie sur une méthode qualitative par entretien dit semi-dirigé. Cet entretien devrait durer une trentaine de minutes. Je vais vous poser une série de questions ouvertes, auxquelles vous devrez répondre selon votre ressenti et votre expérience, il n'y a pas de mauvaise ou bonne réponse.

Êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

Votre entretien ainsi que ceux des autres internes seront par la suite retranscrits et analysés. L'anonymat des participants sera bien sûr respecté.

Notre objectif sera de mettre en valeur vos ressentis et réflexions concernant votre formation à propos des troubles du spectre autistique.

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude.

Pour la suite de l'entretien, le terme « TSA » sera employé pour tout ce qui concerne l'autisme.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

Guide d'entretien :

→ Infos concernant l'entretien : date, heure de début et de fin, lieu.

→ Infos concernant l'interviewé :

- Age
- Année d'étude
- Faculté d'origine (pour le DCEM)
- Stage actuel ou activité actuelle pour les DES 4
- Personne atteinte de TSA dans l'entourage

→ Questions :

Connaissances générales :

- Que représentent les TSA pour vous ? (Faire préciser le thème, définition)
- Selon vous, quelle est l'incidence des TSA dans la population générale ?
- Que pensez-vous personnellement des recommandations actuelles ? Selon vous, que représente le 4ème plan autisme ?
- Quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de TSA ?
- Il existe des structures ressources de dépistage et de suivi des TSA, pouvez-vous m'en parler ? (les nommer et décrire leurs rôles)

Pratique médicale :

- En pratique comment cela se passe quand vous êtes confronté à un patient atteint de TSA ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
- Quel serait votre sentiment quant à prendre en charge des patients atteints de TSA dans votre pratique ?
- Que pourriez-vous faire pour améliorer votre prise en charge des patients atteints de TSA ?

Formation :

- Comment avez-vous acquis les connaissances que vous avez sur ce sujet ? (Formations théorique durant le DCEM, l'internat, ou FMC ; Stages pratiques où vous avez été confronté à des patients atteints de TSA)
 - Quel est votre ressenti général par rapport à votre formation concernant les TSA ?
 - Quels seraient vos besoins pour améliorer votre pratique ? (Faire préciser si besoin de formation au dépistage, au suivi ; guide des centres ressources avec qui collaborer ; organisation du cabinet et déroulement d'une consultation, ...)
 - Quelle serait pour vous la forme adéquat pour celle-ci (MOOC, Séminaire, formation en centre ressource, ... ?)
- Y a-t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder ?

Remerciements**Exemples de questions de relance :**

- Pouvez-vous préciser ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- Qu'entendez-vous par... ?
- Si je comprends bien...
- Donc, selon vous...
- Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Vous m'avez dit tout à l'heure...
- C'est à dire ?
- Quelle est votre opinion ...

Annexe 2 : Guide d'entretien (version finale)

Introduction à l'entretien :

Bonjour, je suis Claire GUERIN, remplaçante en médecine générale, ancienne interne à la faculté de Nice.

Je réalise un travail de thèse concernant les besoins de formation des internes de médecine générale niçois en matière de troubles du spectre autistique. Ce travail est sous la direction du Pr Gilles GARDON, médecin généraliste à Nice et Directeur pédagogique au sein du DERMG.

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.

Cette étude s'appuie sur une méthode qualitative par entretiens dit semi-dirigés. Cet entretien devrait durer une trentaine de minutes. Je vais vous poser une série de questions, auxquelles vous devrez répondre selon votre ressenti et votre expérience, il n'y a pas de mauvaise ou bonne réponse.

Êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

Votre entretien ainsi que ceux des autres internes seront par la suite retranscrits et analysés. L'anonymat des participants sera respecté.

Notre objectif sera de mettre en valeur vos ressentis et réflexions concernant votre formation à propos des troubles du spectre autistique.

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude.

Pour la suite de l'entretien, le terme « TSA » sera employé pour tout ce qui concerne l'autisme.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

Guide d'entretien :

→ Informations concernant l'entretien : date, heure de début et de fin, lieu.

→ Informations concernant l'interviewé :

- Age
- Année d'étude, Année de l'ECN
- Faculté d'origine (pour le DCEM)
- Stage actuel ou activité actuelle pour les DES4
- Personne atteinte de TSA dans l'entourage

→ Questions :

Connaissances générales :

- Que représentent les TSA pour vous ? (Faire préciser le thème/définition)
- Selon vous, quelle est l'incidence des TSA dans la population générale ?
- Quelles sont les mesures (du gouvernement par exemple) dont vous avez entendu parler ?
- Que pensez-vous du 4ème plan autisme ?
- Comment envisagez-vous la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de TSA ?
- Dites-nous ce que vous connaissez sur les spécificités des patients autistes et de leur dépistage ?
- Il existe des structures ressources pour les patients atteints de TSA, pouvez-vous m'en parler ?
- Quels sont les différents intervenants auxquels vous pensez quand on parle de prise en charge de patients autistes ?
- Comment avez-vous acquis les connaissances que vous avez sur ce sujet ? (Formations théorique durant le DCEM, l'internat, ou FMC ; Stages pratiques où l'interne a été confronté à des patients atteints de TSA)
- Quel est votre ressenti par rapport à votre formation concernant les TSA ?

Formation :

- Comment, selon vous, pourrait-on améliorer la prise en charge des patients atteints de TSA en soins primaires ?
- Quels seraient vos besoins pour améliorer votre pratique ?
(Pouvez-vous développer vos attentes concernant le dépistage ?
Idem pour l'orientation ?
Idem pour le suivi ?
Idem l'organisation du cabinet et déroulement d'une consultation, ...)
- Généralement, comment effectuez-vous vos formations complémentaires ?
A quel format êtes-vous le plus sensible ? Pourquoi (localisation, durée) ?
- Plus précisément, quelle serait, pour vous, la forme la plus adaptée à vos besoins de formation concernant les TSA (MOOC, Séminaire, FMC, planche rappel ... ?)
- Quel serait, selon vous, le moment le plus opportun pour réaliser cette formation ? Pourquoi ?

- Y a-t-il un autre point que vous souhaiteriez aborder et qui n'a pas été évoqué ?

RemerciementsExemples de questions de relance :

- Pouvez-vous préciser ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- Qu'entendez-vous par... ?
- Si je comprends bien...
- Donc, selon vous...
- Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Vous m'avez dit tout à l'heure...
- C'est à dire ?
- Quelle est votre opinion ...

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : La définition et la prise en charge des TSA ne cessent d'évoluer. Leur prévalence concernerait en France 0,72% des enfants de 5 à 9 ans, et 0,18% de la population générale. Dans ce contexte l'État cherche à améliorer la prise en charge de ces personnes, notamment en proposant de renforcer la formation des médecins.

Objectif : Ce travail a pour objectif d'explorer les connaissances actuelles des étudiants de troisième cycle de médecine générale niçois concernant les TSA et leur ressenti sur leur formation initiale afin de déterminer leur besoin de formation sur ce sujet.

Matériel et méthode : Cette étude a été réalisée selon une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 étudiants de troisième cycle de médecine générale niçois venant de facultés d'origines différentes, entre le 12 février 2020 et le 14 avril 2020. L'analyse des résultats après retranscription a été réalisée avec l'utilisation du logiciel NVivo®.

Résultats : Il ressort des entretiens un manque de connaissance global des étudiants concernant cette pathologie, sa définition, sa prise en charge et les mesures proposées par l'Etat. Le rôle du médecin généraliste auprès de ces patients est cependant décrit comme central, avec une place majeure dans le dépistage, l'orientation rapide vers des structures spécialisées et la coordination des soins, bien que la plupart n'aient pas eu à gérer ce genre de situation dans leur pratique d'interne. Les étudiants se sentent peu formés à cette problématique et décrivent ainsi un besoin de formation complémentaire pour avoir les clés nécessaires pour leur pratique future.

Discussion : La force de notre travail vient de l'originalité du thème. C'est la première fois qu'une étude s'intéresse aux besoins des étudiants en médecine concernant la formation des TSA.

Conclusion : La formation idéale qui ressort de notre étude, serait sous forme d'un séminaire qui pourrait être optionnel durant leur TCEM. Elle se déclinerait sous une forme hybride et reprendrait les bases de cours théoriques, puis verrait une participation d'intervenants et avec un dépôt de trace d'apprentissage.