



HAL
open science

Retour d'expérience des internes de médecine générale d'Île-de-France sur la formation à l'accompagnement des patient×e×s en souffrance psychique

Johann Benjamin

► **To cite this version:**

Johann Benjamin. Retour d'expérience des internes de médecine générale d'Île-de-France sur la formation à l'accompagnement des patient×e×s en souffrance psychique. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-05422195>

HAL Id: dumas-05422195

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05422195v1>

Submitted on 17 Dec 2025

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.



HAL Authorization

ANNÉE 2024

THÈSE

N°24SORUM039

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ : Médecine générale

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05/09/2024

Par BENJAMIN Johann

Né le 24 octobre 1994 à Compiègne

RETOUR D'EXPÉRIENCE DES INTERNES DE MÉDECINE
GÉNÉRALE D'ÎLE-DE-FRANCE SUR LA FORMATION À
L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENT·E·S EN SOUFFRANCE
PSYCHIQUE

Étude qualitative

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr MIRAMONT Vincent

PRÉSIDENTE DU JURY : Pr IBANEZ Gladys

AUTRES MEMBRES DU JURY : Dr LE GOFF Sophie

**Retour d'expérience des internes de
médecine générale d'Île-de-France sur la
formation à l'accompagnement des
patient·e·s en souffrance psychique**

Étude qualitative

Avant-propos et remerciements

Je remercie le Pr Ibanez de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, ainsi que le Dr Le Goff d'avoir accepté d'y participer.

Je remercie également le Dr Miramont d'avoir accepté d'encadrer ma thèse, et pour son accompagnement attentif et ses conseils tout au long de ce travail.

Je voudrais, en ce jour particulier, rendre hommage à mes parents. Il est des jours, plus que d'autres, où je souhaite de tout mon cœur que vous soyez réunis tous les deux quelque part, et que vous souriez en regardant votre garçon. Aujourd'hui est un de ces jours, et je pense fort à vous.

Je pense également à Papy, Mamette et Dédé, j'aurais tant aimé pouvoir partager cet événement avec vous.

Enfin, pour fêter cette soutenance, des remerciements s'imposent.

À Camille, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien depuis le début de notre vie commune, dans les joies comme les peines.

À Marin, mon petit garçon, qui apporte la lumière partout où il va et fait de moi un papa comblé.

À mes frères Joachim, Loïc et Raphaël, qui ont toujours pris soin de leur petit frère, et qui ont tant participé à la construction de celui que je suis aujourd'hui... et notamment de mes références !

À Florian, Robin et Ugo, la bande des cousins, mes meilleurs amis également, que serais-je sans nos vacances d'enfance passées ensemble, et les cousinades qui ont fait notre réputation ?

A toute ma nombreuse famille, pour tous les heureux moments partagés, à Savigny, La Seyne, Vailly... et pour tous ceux à venir.

À ma (moins nombreuse) belle-famille, pour m'avoir accueilli parmi vous avec tant de naturel.

À l'équipe des PPP6, pour tous les moments de franche rigolade partagés depuis le début de l'externat.

À mes amis du lycée que j'ai toujours autant de plaisir à revoir après toutes ces années.

À tous mes cointernes, et à tous les médecins qui m'ont inspiré tout au long de mon parcours. Une pensée en particulier pour l'équipe des urgences de Saint-Antoine pour votre soutien à un moment difficile de ma vie.

À l'équipe du CMS de Malakoff, avec qui j'ai grand plaisir à travailler depuis maintenant plus de 3 ans.

À tous les enseignants qui ont contribué à m'aider à parvenir jusqu'à ce moment.

Liste des Professeurs des Universités de la Faculté de médecine Sorbonne Université, 2024

ACAR Christophe - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA Hafid - Saint-Antoine - Médecine intensive-réanimation
ALAMOWITCH Sonia - Saint-Antoine - Neurologie
ALLENBACH Yves - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
AMARENCO Gérard - Tenon - Médecine Physique et Réadaptation
AMOURA Zahir - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
AMSELEM Serge - Trousseau - Génétique
ANDRE Thierry - Saint-Antoine - Cancérologie ; Radiothérapie
ANDREELLI Fabrizio - Pitié-Salpêtrière - Endocrinologie ; Diabétologie
APARTIS Emmanuelle - Saint-Antoine - Physiologie
ARNULF Isabelle - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
ARON WISNEWSKY Judith - Pitié-Salpêtrière - Nutrition
ARRIVE Lionel - Saint-Antoine - Radiologie et imagerie médicale
ASSOUAD Jalal - Tenon - Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU Pascal - Pitié-Salpêtrière - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ATLAN Michaël - Tenon - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
AUBART COHEN Fleur - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
AUBRY Alexandra - Pitié-Salpêtrière - Bactériologie - Virologie - Hygiène
AUDO Isabelle - 15/20 - Ophtalmologie
AUDRY Georges - Trousseau - Chirurgie infantile
BACHELOT Anne - Pitié-Salpêtrière - Endocrinologie
BACHET Jean Baptiste - Pitié-Salpêtrière - Gastroentérologie ; Hépatologie
BAGNIS Corinne - Pitié-Salpêtrière - Néphrologie
BALLADUR Pierre - Saint-Antoine - Chirurgie viscérale et digestive
BARBAUD Annick - Tenon - Dermatologie
BAUJAT Bertrand - Tenon - ORL
BAYEN Eléonore - Pitié-Salpêtrière - Médecine Physique et Réadaptation
BAZOT Marc - Tenon - Radiologie et imagerie médicale
BEAUGERIE Laurent - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie
BELMIN Joël - Charles Foix - Médecine interne ; Gériatrie
BENVENISTE Olivier - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
BERENBAUM Francis - Saint-Antoine - Rhumatologie
BERTOLUS Chloé - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE Franck - Pitié-Salpêtrière - Anatomie pathologique
BLONDIAUX Eléonore - Trousseau - Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA Franck - Saint-Antoine - Cardiologie

BODAGHI Bahram - Pitié-Salpêtrière - Ophtalmologie
BODDAERT Jacques - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
BODINI Benedetta - Saint-Antoine - Neurologie
BOELLE Pierre Yves - Saint-Antoine - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé Publique
BOFFA J-Jacques - Tenon - Néphrologie
BONNET Marie-Pierre - Trousseau - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
BORDERIE Vincent - 15/20 - Ophtalmologie
BOUHERAOUA Nacim - 15/20 - Ophtalmologie
BOURRON Olivier - Pitié-Salpêtrière - Endocrinologie
BRICE Alexis - Pitié-Salpêtrière - Génétique
BROCHERIOU Isabelle - Pitié-Salpêtrière - Anatomie pathologique
BRUNETEAU Gaëlle - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
BUOB David - Tenon - Anatomie pathologique
CACOUB Patrice - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
CADRANEL Jacques - Tenon - Pneumologie
CALVEZ Vincent - Pitié-Salpêtrière - Bactériologie - Virologie - Hygiène
CAMUS DUBOC Marine - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie
CANLORBE Geoffroy - Pitié-Salpêtrière - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
CARBAJAL Diomedes - Trousseau - Pédiatrie
CARPENTIER Alexandre - Pitié-Salpêtrière - Neurochirurgie
CARRAT Fabrice - Saint-Antoine - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé publique
CARRIE Alain - Pitié-Salpêtrière - Biochimie et biologie moléculaire
CATALA Martin - Pitié-Salpêtrière – Histologie, embryologie et cytogénétique
CAUMES Éric - Pitié-Salpêtrière - Maladies infectieuses
CHABBERT BUFFET Nathalie - Tenon - Endocrinologie
CHARRON Philippe - Pitié-Salpêtrière - Génétique
CHARTIER KASTLER Emmanuel - Pitié-Salpêtrière - Urologie
CHAZOILLERES Olivier - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie
CHICHE Laurent - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
CHRISTIN-MAITRE Sophie - Saint-Antoine - Endocrinologie
CLARENCON Frédéric - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT LAUSCH Karine - Pitié-Salpêtrière - Nutrition
CLUZEL Philippe - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
COHENNEC-PALIWODA Frédéric - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
COHEN Laurent - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
COHEN David - Pitié-Salpêtrière - Pédiopsychiatrie
COHEN Aron - Saint-Antoine - Cardiologie
COMBES Alain - Pitié-Salpêtrière - Médecine intensive-réanimation
CONSTANT Isabelle - Trousseau - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire

CONSTANTIN Jean-Michel - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
CONTI-MOLLO Filomena - Pitié-Salpêtrière - Biologie cellulaire
COPPO Paul - Saint-Antoine - Hématologie clinique
CORDIER Anne-Gaël - Tenon - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
CORVOL Jean Christophe - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
CORVOL Henriette - Trousseau - Pédiatrie
COULET Florence - Pitié-Salpêtrière - Génétique
COULOMB Aurore - Trousseau - Anatomie pathologique
DARAI Emile - Tenon - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
DAVI Frédéric - Pitié-Salpêtrière - Hématologie biologique
DECHARTRES Agnès - Pitié-Salpêtrière - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DEGOS Vincent - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
DELHOMMEAU François - Saint-Antoine - Hématologie biologique
DEMOULE Alexandre - Pitié-Salpêtrière - Médecine intensive-réanimation
DOMMARGUES Marc - Pitié-Salpêtrière - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
DORMONT Didier - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
DRAY Xavier - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie
DRES Martin - Pitié-Salpêtrière - Médecine intensive-réanimation
DUBERN Béatrice - Trousseau - Pédiatrie
DUCOU LE POINTE Hubert - Trousseau - Radiologie et imagerie médicale
DUGUET Alexandre - Pitié-Salpêtrière - Pneumologie
DUPONT DUFRESNE Sophie - Pitié-Salpêtrière - Anatomie / SSR
DURR Alexandra - Pitié-Salpêtrière - Génétique
DUSSAULE Jean-Claude - Saint-Antoine - Physiologie
DUVAL Alex - Saint-Antoine - Biochimie et biologie moléculaire
EL KAROUI Khalil - Tenon - Néphrologie
FAIN Olivier - Saint-Antoine - Médecine interne ; Gériatrie
FARTOUKH Muriel - Tenon - Médecine intensive-réanimation / Pneumologie
FAUTREL Bruno - Pitié-Salpêtrière - Rhumatologie
FERRERI Florian - Saint-Antoine - Psychiatrie adultes
FEVE Bruno - Saint-Antoine - Endocrinologie
FITOUSSI Frank - Trousseau - Chirurgie infantile
FLAMAND ROZE Emmanuel - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
FOIX L'HELIAS Laurence - Trousseau - Pédiatrie
FONTAINE Bertrand - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
FOSSATI Philippe - Pitié-Salpêtrière - Psychiatrie adultes
FRANCOIS-PRADIER Hélène - Tenon - Néphrologie
FRERE Corinne - Pitié-Salpêtrière - Hématologie biologique
FREUND Yonathan - Pitié-Salpêtrière - Médecine d'urgence

GALANAUD Damien - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
GALICHON Pierre - Pitié-Salpêtrière - Néphrologie
GANDJBAKHCH Estelle - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
GAUJOUX Christophe - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie viscérale et digestive
GEORGIN-LAVIALLE Sophie - Tenon - Médecine interne ; Gériatrie
GIRERD Xavier - Pitié-Salpêtrière - Thérapeutique / Endocrinologie
GLIGOROV Joseph - Tenon - Cancérologie ; Radiothérapie
GONZALEZ Jésus - Pitié-Salpêtrière - Pneumologie
GOROCHOV Guy - Pitié-Salpêtrière - Immunologie
GOSSEC Laure - Pitié-Salpêtrière - Rhumatologie
GRABLI David - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
GRIMPREL Emmanuel - Trousseau - Pédiatrie
GUIDET Bertrand - Saint-Antoine - Médecine intensive-réanimation
HAJAGE Damien - Pitié-Salpêtrière - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé publique
HAMMOUDI Nadjib - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
HAROCHE Julien - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
HARTEMANN Agnès - Pitié-Salpêtrière - Endocrinologie ; Diabétologie
HATEM Stéphane - Pitié-Salpêtrière - Physiologie / Cardiologie
HAUSFATER Pierre - Pitié-Salpêtrière - Médecine d'urgence
HAYMANN Jean Philippe - Tenon - Physiologie
HELFT Gérard - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
HENNEQUIN Christophe - Saint-Antoine - Parasitologie
HERITIER Sébastien - Trousseau - Pédiatrie
HOANG XUAN Khê - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
HUGUET Florence - Tenon - Cancérologie ; Radiothérapie
IDBAIH Ahmed - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
IRTAN Sabine - Trousseau - Chirurgie infantile
ISNARD Richard - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
JOUANNIC Jean Marie - Trousseau - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
KALAMARIDES Michel - Pitié-Salpêtrière - Neurochirurgie
KARACHI Carine - Pitié-Salpêtrière - Neurochirurgie
KAS Aurélie - Pitié-Salpêtrière - Biophysique et médecine nucléaire
KAYEM Gilles - Trousseau - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
KERNEIS Mathieu - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
KINUGAWA Kiyoka – Charles Foix - Médecine interne ; Gériatrie
KLATZMANN David - Pitié-Salpêtrière - Immunologie
LACOMBE Karine - Saint-Antoine - Maladies infectieuses
LACORTE Jean Marc - Pitié-Salpêtrière - Biologie cellulaire
LAMAZIERE Antonin - Saint-Antoine - Biochimie et biologie moléculaire

LANDMAN-PARKER Judith - Trousseau - Pédiatrie
LAPILLONNE Hélène - Trousseau - Hématologie biologique
LAVENEZIANA Pierantonio - Pitié-Salpêtrière - Physiologie
LAZENNEC Jean Yves - Pitié-Salpêtrière - Anatomie/Chirurgie orthopédique
LE FEUVRE Claude - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
LE GUERN Éric - Pitié-Salpêtrière - Génétique
LEBRETON Guillaume - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEFEVRE Jérémie - Saint-Antoine - Chirurgie viscérale et digestive
LEGER Pierre Louis - TRS - Pédiatrie
LEGRAND Ollivier - Saint-Antoine - Hématologie clinique
LEHERICY Stéphane - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
LEPRINCE Pascal - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LETAVERNIER Emmanuel - Tenon - Physiologie
LEVERGER Guy - Trousseau - Pédiatrie
LEVY Richard - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
LEVY Rachel - Tenon - Biologie et médecine de la reproduction
LORROT Mathie - Trousseau - Pédiatrie
LOTZ Jean-Pierre - Tenon - Cancérologie ; Radiothérapie
LOUAPRE Céline - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
LUBETZKI Catherine - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
LUCIDARME Olivier - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
LUSSEY Charlotte - Pitié-Salpêtrière - Biophysique et médecine nucléaire
LUYT Edouard - Pitié-Salpêtrière - Médecine intensive-réanimation
MAINGON Philippe - Pitié-Salpêtrière - Cancérologie ; Radiothérapie
MALARD Florent - Saint-Antoine - Hématologie clinique
MANESSE-CONSOLI Angèle - Pitié-Salpêtrière - Pédopsychiatrie
MARCELIN Anne Geneviève - Pitié-Salpêtrière - Bactériologie - Virologie - Hygiène
MARIN Benoit - Trousseau - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAURY Éric - Saint-Antoine - Médecine intensive-réanimation
MEKINIAN Arsène - Saint-Antoine - Médecine interne ; Gériatrie
MENEGAUX Fabrice - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie viscérale et digestive
MESNARD Laurent - Tenon - Néphrologie
MILLET Bruno - Pitié-Salpêtrière - Psychiatrie adultes
MIYARA Makoto - Pitié-Salpêtrière - Immunologie
MOCHEL Fanny - Pitié-Salpêtrière - Génétique
MOHTY Mohamad - Saint-Antoine - Hématologie clinique
MONSEL Antoine - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
MONTALESCOT Gilles - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
MONTRAVERS Françoise - Tenon - Biophysique et médecine nucléaire

MORAND Laurence - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène
MORELOT PANZINI Capucine - Pitié-Salpêtrière - Pneumologie
MOZER Pierre - Pitié-Salpêtrière - Urologie
NACCACHE Lionel - Pitié-Salpêtrière - Physiologie / Neurologie
NATHAN MOULIN Nadia - Trousseau - Pédiatrie
NAVARRO Vincent - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
NETCHINE Irène - Trousseau - Physiologie
NGUYEN Yann - Pitié-Salpêtrière - ORL
NGUYEN KHAC Florence - Pitié-Salpêtrière - Hématologie biologique
NGUYEN QUOC Stéphanie - Pitié-Salpêtrière - Hématologie clinique
NIZARD Jacky - Pitié-Salpêtrière - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
OPPERT Jean Michel - Pitié-Salpêtrière - Nutrition
PÂQUES Michel - 15/20 - Ophtalmologie
PARC Yann - Saint-Antoine - Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL MOUSSELLARD Hugues - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie orthopédique et traumatologique
PATERON Dominique - Saint-Antoine - Médecine d'urgence
PAUTAS Éric - Charles Foix - Médecine interne ; Gériatrie
PAYE François - Saint-Antoine - Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI Charles-Siegfried - Saint-Antoine - Psychiatrie adultes
PETIT Arnaud - Trousseau - Pédiatrie
PHE Véronique - Tenon - Urologie
PIALOUX Gilles - Tenon - Maladies infectieuses
PIARROUX Renaud - Pitié-Salpêtrière - Parasitologie
POITOU BERNERT Christine - Pitié-Salpêtrière - Nutrition
POURCHER Valérie - Pitié-Salpêtrière - Maladies infectieuses
PUYBASSET Louis - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
PYATIGORSKAYA Nadya - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
QUESNEL Christophe - Tenon - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
RATZIU Vlad - Pitié-Salpêtrière - Gastroentérologie ; Hépatologie
RAUX Mathieu - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
REDHEUIL Alban - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA Raphaële - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale
RIOU Bruno - Pitié-Salpêtrière - Médecine d'urgence
ROBAIN Gilberte - Rothschild - Médecine Physique et Réadaptation
ROBERT Jérôme - Pitié-Salpêtrière - Bactériologie - Virologie - Hygiène
RODRIGUEZ Diana - Trousseau - Pédiatrie
ROOS-WEIL Damien - Pitié-Salpêtrière - Hématologie clinique
ROSMORDUC Olivier - Pitié-Salpêtrière - Gastroentérologie ; Hépatologie
ROSSO Charlotte - Pitié-Salpêtrière - Neurologie / urgences

ROTGE Jean-Yves - Pitié-Salpêtrière - Psychiatrie adultes
ROUPRET Morgan - Pitié-Salpêtrière - Urologie
RUDLER Marika - Pitié-Salpêtrière - Gastroentérologie ; Hépatologie
SAADOUN David - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
SALEM Joe Elie - Pitié-Salpêtrière - Pharmacologie clinique
SANSON Marc - Pitié-Salpêtrière - Histologie, embryologie et cytogénétique
SARI ALI El Hadi - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAUTET Alain - Saint-Antoine - Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCATTON Olivier - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT Mathieu - Pitié-Salpêtrière - Médecine intensive-réanimation
SCHOUMAN Thomas - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEILHEAN Danielle - Pitié-Salpêtrière - Anatomie pathologique / neurologie
SEKSIK Philippe - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie
SELLAM Jérémie - Saint-Antoine - Rhumatologie
SEROUSSI FREDEAU Brigitte - Tenon - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé publique
SILVAIN Johanne - Pitié-Salpêtrière - Cardiologie
SIMILOWSKI Thomas - Pitié-Salpêtrière - Pneumologie
SIMON Tabassome - Saint-Antoine - Pharmacologie biologique
SOKOL Harry - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie
SORIA Angèle - Tenon - Dermatologie
SPANO J-Philippe - Pitié-Salpêtrière - Cancérologie ; Radiothérapie
STANKOFF Bruno - Saint-Antoine - Neurologie
STEICHEN Olivier - Tenon - Médecine interne ; Gériatrie
STRAUS Christian - Pitié-Salpêtrière - Physiologie
SVRECK Magali - Saint-Antoine - Anatomie pathologique
TANKERE Frédéric - Pitié-Salpêtrière - ORL
THABUT Dominique - Pitié-Salpêtrière - Gastroentérologie ; Hépatologie
THOMASSIN-NAGGARA Isabelle - Tenon - Radiologie et imagerie médicale
TOUBOUL Cyril - Tenon - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
TOUITOU Valérie - Pitié-Salpêtrière - Ophtalmologie
TOUNIAN Patrick - Trousseau - Pédiatrie
TOURAINÉ Philippe - Pitié-Salpêtrière - Endocrinologie
TOURRET-ARNAUD Jérôme - Pitié-Salpêtrière - Néphrologie
TRAXER Olivier - Tenon - Urologie
TUBACH Florence - Pitié-Salpêtrière - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ULINSKI Tim - Trousseau - Pédiatrie
UZAN Catherine - Pitié-Salpêtrière - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
VAILLANT J-Christophe - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie viscérale et digestive
VERNY Marc - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie

VEZIRIS Nicolas - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène

VIALLE Raphaël - Trousseau - Chirurgie infantile

VIDAILHET Marie-José - Pitié-Salpêtrière - Neurologie

VIGOUROUX Corinne - Saint-Antoine - Biologie cellulaire

WAGNER Mathilde - Pitié-Salpêtrière - Radiologie et imagerie médicale

WEISS Nicolas - Pitié-Salpêtrière - Thérapeutique/ Réanimation médicale / Neurologie

WENDUM Dominique - Saint-Antoine - Anatomie pathologique

WORBE Youlia - Saint-Antoine - Physiologie/neurologie

YORDANOV Youri - Saint-Antoine - Médecine d'urgence

Liste des Maîtres de Conférences des Universités de la Faculté de médecine Sorbonne Université, 2024

BOREL Stéphanie - Faculté - Sciences de la rééducation et réadaptation
FAURE Pascaline - Faculté - Etudes anglophones
SAUVEGRAIN Priscille - Faculté - Maïeutique
LEBLANC Judith - Faculté - Sciences infirmières
LALOI Aude - Faculté - Sciences de la rééducation et réadaptation
CHASTANG VALENTIN Julie - DMG - Médecine générale
CADWALLADER Jean Sébastien - DMG - Médecine générale
SALDANHA-GOMES Cécilia - DMG - Médecine générale
LAFUENTE-LAFUENTE Carmelo – Charles Foix - Médecine interne ; Gériatrie
ALLAIRE Manon - Pitié-Salpêtrière – Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
AMOUYAL GALAND Chloé - Pitié-Salpêtrière – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
ARMAND Marine - Pitié-Salpêtrière - Hématologie biologique
BASSEZ Guillaume - Pitié-Salpêtrière – Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLANNE CHANTELOT Christine - Pitié-Salpêtrière - Génétique
BELLOCQ Agnès - Pitié-Salpêtrière - Physiologie
BENUSIGLIO Patrick - Pitié-Salpêtrière - Génétique
BOISSAN Mathieu - Pitié-Salpêtrière - Biologie cellulaire
BOUGLE Adrien - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et méd
BOUTOLLEAU David - Pitié-Salpêtrière - Bactériologie - Virologie - Hygiène
BUFFET Camille - Pitié-Salpêtrière - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAPIRO Elise - Pitié-Salpêtrière - Hématologie biologique
CHARLOTTE Frédéric - Pitié-Salpêtrière - Anatomie pathologique
COUVERT Philippe - Pitié-Salpêtrière - Biochimie et biologie moléculaire
DANZIGER Nicolas - Pitié-Salpêtrière - Physiologie
DAVAINE Jean Michel - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
DECAVELE Maxens - Pitié-Salpêtrière - Médecine intensive-réanimation
DEMONDION Pierre - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DENIS Jérôme - Pitié-Salpêtrière - Biologie cellulaire
DROUIN Sarah - Pitié-Salpêtrière - Urologie
FEKKAR Arnaud - Pitié-Salpêtrière - Parasitologie et mycologie
FOY Jean-Philippe - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GALLO Antonio - Pitié-Salpêtrière - Nutrition
GARDERET Laurent - Pitié-Salpêtrière - Hématologie clinique
GAY Frédéric - Pitié-Salpêtrière - Parasitologie et mycologie
GENSER Laurent - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie viscérale et digestive
GOUWARD Claire - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie viscérale et digestive

GUIHOT Amélie - Pitié-Salpêtrière - Immunologie
HABERT Marie Odile - Pitié-Salpêtrière - Biophysique et médecine nucléaire
JAMES Arthur - Pitié-Salpêtrière - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire
JARY Aude - Pitié-Salpêtrière – Bactériologie - Virologie - Hygiène hospitalière
JERU Isabelle - Pitié-Salpêtrière - Génétique
LAHLOU Ghizlène - Pitié-Salpêtrière - ORL
LAMBRECQ Virginie - Pitié-Salpêtrière - Physiologie
LAURENT-LEVINSON Claudine - Pitié-Salpêtrière - Pédopsychiatrie
LE BIHAN Johanne - Pitié-Salpêtrière - Biologie cellulaire
MAKSUD Philippe - Pitié-Salpêtrière - Biophysique et médecine nucléaire
MARIANI Louise-Laure - Pitié-Salpêtrière - Pharmacologie clinique / neurologie
MARIE-HARDY Laura - Pitié-Salpêtrière - Chirurgie orthopédique et traumatologique
MATHON Bertrand - Pitié-Salpêtrière - Neurochirurgie
NABET Cécile - Pitié-Salpêtrière - Parasitologie et mycologie
NAVA Caroline - Pitié-Salpêtrière - Génétique
PALICH Romain - Pitié-Salpêtrière - Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PATOUT Maxime - Pitié-Salpêtrière - Pneumologie ; Addictologie
PEYRE Matthieu - Pitié-Salpêtrière - Neurochirurgie
PHILIPPON Anne-Laure - Pitié-Salpêtrière - Médecine d'urgence
PLU Isabelle - Pitié-Salpêtrière - Médecine légale
RENAUD Florence - Pitié-Salpêtrière - Anatomie et cytologie pathologiques
ROHAUT Benjamin - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
ROSENZWAJG Michelle - Pitié-Salpêtrière - Immunologie
SEISEN Thomas - Pitié-Salpêtrière - Urologie
SERRESSE Laure - Pitié-Salpêtrière - Médecine palliative
STERLIN Delphine - Pitié-Salpêtrière - Immunologie
THELLIER Marc - Pitié-Salpêtrière - Parasitologie et mycologie
TOUAT Madhi - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
TOUHAMI Sarah - Pitié-Salpêtrière - Ophtalmologie
VILLAIN Nicolas - Pitié-Salpêtrière - Neurologie
VULSER Hélène - Pitié-Salpêtrière - Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
ZEITOUNI Michel - Pitié-Salpêtrière - Physiologie/Cardiologie
ZERAH Lorène - Pitié-Salpêtrière - Médecine interne ; Gériatrie
COLBOC Hester - Rothschild - Médecine interne ; Gériatrie
HADDAD Rebecca - Rothschild - Médecine physique et réadaptation
BRISSOT Eolia - Saint-Antoine - Hématologie clinique
CAMBON Adeline - Saint-Antoine - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CERVERA Pascale - Saint-Antoine - Anatomie pathologique
COHEN Romain - Saint-Antoine - Cancérologie ; Radiothérapie

COURTIES Alice - Saint-Antoine - Rhumatologie

ECKERT Catherine - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène

EGUETHER Thibaut - Saint-Antoine - Biochimie et biologie moléculaire

GOZLAN Joël - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène

GRABAR Sophie - Saint-Antoine - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé publique

GUITARD Juliette - Saint-Antoine - Parasitologie et mycologie

HIRSCH Pierre - Saint-Antoine - Hématologie biologique

JOFFRE Jérémie - Saint-Antoine - Médecine intensive-réanimation

KIRCHGESNER Julien - Saint-Antoine – Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie

LAMBERT-NICLOT Sidonie - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène

LAPIDUS Nathanael - Saint-Antoine - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé publique

LEMOINNE Sara - Saint-Antoine - Gastroentérologie ; Hépatologie

MORENO-SABATER Alicia - Saint-Antoine - Parasitologie et mycologie

SURGERS Laure - Saint-Antoine - Maladies infectieuses ; Maladies tropicales

TANKOVIC Jacques - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène

TEZENAS DU MONTCEL Sophie - Saint-Antoine - Biostatistiques, Informatique médicale et Santé publique

VALLET Hélène - Saint-Antoine - Médecine interne ; Gériatrie

VATIER Camille - Saint-Antoine - Biologie cellulaire

VERDONK Franck - Saint-Antoine - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire

VIMONT BILLARANT Sophie - Saint-Antoine - Bactériologie - Virologie - Hygiène

VORON Thibault - Saint-Antoine - Chirurgie viscérale et digestive

BARRAL Matthias - Tenon - Radiologie et imagerie médicale

BEURTON Alexandra - Tenon - Médecine intensive-réanimation

CHASSET François - Tenon - Dermato-vénéréologie

CRISTOFARI Sarra - Tenon - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

DOIZI Steeve - Tenon - Urologie

DUPONT Charlotte - Tenon - Biologie et médecine de la reproduction

FAJAC-CALVET Anne - Tenon – Histologie, embryologie et cytogénétique

GARNIER Marc - Tenon - Anesthésiologie-Réanimation et médecine péri-opératoire

GEROTZIAS Grigoris - Tenon - Hématologie immunologie

HENTZEN Claire - Tenon - Médecine physique et réadaptation

LUQUE Yosu - Tenon - Néphrologie

MAITRE Thomas - Tenon - Pneumologie

RIVIN DEL CAMPO Éléonor - Tenon - Cancérologie ; Radiothérapie

SOUSSAN Patrick - Tenon - Bactériologie - Virologie - Hygiène

VOIRIOT Guillaume - Tenon - Médecine intensive-réanimation

BACHY Manon - Trousseau - Chirurgie infantile

BENAROUS Xavier - Trousseau - Pédiopsychiatrie

BRIOUDE Frédéric - Trousseau - Physiologie

CHOLLAT Clément - Trousseau - Pédiatrie
DELORME Pierre - Trousseau - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
DHOMBRES Ferdinand - Trousseau - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
EL KHATTTABI Laïla - Trousseau - Histologie, embryologie et cytogénétique
GIABICANI Eloïse - Trousseau - Physiologie
GIURGEA Irina - Trousseau - Génétique
GUEDJ Romain - Trousseau - Pédiatrie
GUILBAUD Lucie - Trousseau - Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
LALLEMANT Pauline - Trousseau - Médecine physique et réadaptation
RAMBAUD Jérôme - Trousseau - Pédiatrie
SCHNURIGER Aurélie - Trousseau - Bactériologie - Virologie - Hygiène
SIMONIN Mathieu - Trousseau - Pédiatrie
TAYTARD Jessica - Trousseau - Physiologie

Déclaration de lien d'intérêt.

Pas de lien d'intérêts.

Glossaire

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies Onzième Révision

CMP : Centre médico-psychologique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DSM-5-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision

ECN : Épreuves Classantes Nationales

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré

ESEMeD : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

GEP : Groupes d'Échanges de Pratiques

GISSMED : Groupe Interdisciplinaire Sciences Sociales et Médecine

MSU : Maître-esse de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Table des matières

I.	<i>Introduction</i>	27
	1. <i>Épidémiologie</i>	27
	2. <i>Retentissement sanitaire et socio-économique</i>	27
	3. <i>Représentation sociale</i>	27
	4. <i>Une réponse médicale insuffisante</i>	28
	5. <i>Le rôle du-de la médecin généraliste</i>	28
	6. <i>Objectif de la thèse</i>	28
II.	<i>Méthode</i>	29
	1. <i>Type d'étude</i>	29
	2. <i>Population interrogée</i>	29
	3. <i>Réalisation des entretiens</i>	29
III.	<i>Résultats</i>	30
	1. <i>Talon sociologique</i>	30
	2. <i>Formation</i>	30
	a. <i>Formation et expérience de terrain</i>	31
	i. <i>Modalités d'apprentissage</i>	31
	ii. <i>Compétences acquises</i>	31
	b. <i>Formation universitaire</i>	32
	i. <i>Modalités d'apprentissage</i>	32
	ii. <i>Contenu des enseignements</i>	32
	c. <i>Formations complémentaires</i>	33
	d. <i>Hétérogénéité de la formation</i>	34
	i. <i>Rôle des expériences antérieures</i>	34
	ii. <i>Différences entre les terrains de stage</i>	35
	iii. <i>Hétérogénéité de la formation universitaire</i>	35
	3. <i>Les jeunes médecins dans leur pratique</i>	36
	a. <i>Des situations qui prennent du temps</i>	36
	b. <i>Une problématique complexe</i>	36
	c. <i>Les spécificités des souffrances psychologiques</i>	37
	d. <i>Le rôle du-de la médecin généraliste</i>	38
	i. <i>Approche holistique</i>	38
	ii. <i>Le positionnement du-de la médecin généraliste</i>	39
	e. <i>Évaluation et adressage auprès des spécialistes de santé mentale</i>	40
	4. <i>Apports et carences de la formation</i>	42
	a. <i>Les atouts de la formation</i>	42
	b. <i>Aspects manquants ou insuffisants</i>	43
	5. <i>Les souhaits d'évolution de la formation</i>	43
	a. <i>Le contenu de la formation</i>	44
	b. <i>Modalités d'enseignement</i>	45
	i. <i>À l'université</i>	45
	ii. <i>En stage</i>	46
	c. <i>Participation de professionnel-le-s de santé mentale</i>	47
IV.	<i>Discussion</i>	48
	1. <i>Une situation fréquente demandant une formation spécifique</i>	48
	2. <i>Confusion entre souffrance psychique et maladie psychiatrique</i>	48
	3. <i>L'attente principale des médecins : savoir-faire, savoir-être ?</i>	49
	4. <i>Théories structurantes</i>	50
	a. <i>Le modèle biopsychosocial</i>	50

	<i>b. L'approche psychothérapeutique</i>	50
	<i>c. Le rôle de coordinateur-riche des soins</i>	51
	5. <i>Les difficultés d'accès aux soins de santé mentale</i>	51
	6. <i>Modalités d'enseignement : comment marquer la mémoire des étudiant-e-s</i>	52
V.	Conclusion	53
VI.	Bibliographie	55
	Annexes	60
	<i>Annexe 1</i>	60
	<i>Annexe 2</i>	61
	RÉSUMÉ	63

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participant-e-s _____ 30

I. Introduction

1. Épidémiologie

La santé mentale apparaît de plus en plus, depuis maintenant plus de vingt ans, comme un problème de santé publique majeur à travers le monde, avec un quart de la population mondiale (1) et un tiers de la population européenne touchée chaque année par un trouble psychiatrique (2).

Notre pays n'échappe pas à ce phénomène puisque, chaque année, un douzième des français souffre d'un épisode dépressif caractérisé (3), et plus d'un français sur sept présente une symptomatologie correspondant à un trouble psychiatrique caractérisé, la prévalence sur la vie entière des troubles psychiatriques s'élevant entre 30 et 40 % en France (2,4).

De plus, la santé mentale ne s'arrête pas à l'absence de maladie psychiatrique, comme précisé dans sa définition établie par l'OMS, qui stipule qu'il s'agit d'« un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté » (5). Ainsi, de nombreuses situations de vie peuvent induire une souffrance psychique ne constituant pas une maladie psychiatrique à proprement parler. Pour rendre compte de l'inscription de la souffrance psychique dans un contexte de vie plus global, on peut par exemple noter que 38 à 65 % des affections psychiques rencontrées en milieu hospitalier seraient réactionnelles à une maladie somatique (6).

2. Retentissement sanitaire et socio-économique

Les troubles psychiatriques sont à l'origine d'une morbi-mortalité importante partout dans le monde, représentant la principale cause d'années vécues avec une incapacité, dont elles constituent un sixième (4).

Ils sont fortement corrélés aux gestes suicidaires, qui représentent 1 décès sur 100 dans le monde chaque année et sont la quatrième cause de mortalité chez les 15-29 ans au niveau mondial (7). En France, le taux de suicide standardisé annuel était en 2016 de 12,76 pour 100 000 habitants, supérieur à la moyenne européenne (8), et il s'agissait de la deuxième cause de mortalité des 18-24 ans après les accidents de la route (9).

Il s'agit par ailleurs d'une catégorie de maladie qui touche fortement une population jeune, En effet, un enfant ou adolescent sur huit souffre ou souffrira d'une pathologie psychiatrique (10), la moitié des troubles de santé mentale de l'adulte se manifestant dès l'âge de 14 ans (11), occasionnant un retentissement social et économique majeur. Les coûts annuels, directs et indirects, associés à ces maladies sont estimés à plus de 100 milliards d'euros en France (12,13).

3. Représentation sociale

Les maladies psychiatriques sont fortement stigmatisées dans la société, où elles sont communément vues comme des maladies « à part ». Plusieurs enquêtes menées en France ont montré que les personnes souffrant de maladies psychiatriques étaient largement considérées comme dangereuses ou incapables de mener une vie normale en société (14–16).

4. Une réponse médicale insuffisante

Malgré leur forte prévalence et leur retentissement majeur, les maladies psychiatriques restent mal identifiées et sous-traitées. Ainsi, moins d'un patient sur deux souffrant d'un trouble psychiatrique serait identifié en consultation de médecine générale à Paris (17), notamment car ces troubles peuvent être masqués, la plainte psychique n'étant pas explicitée par les patient·e·s (18), ou intriqués avec d'autres troubles somatiques (19), ce qui conduit à s'interroger sur la formation des futur·e·s praticien·ne·s à ces compétences diagnostiques. Une étude européenne révèle que près de la moitié des patients souffrant des troubles psychiatriques les plus fréquents ne bénéficient pas de soins dédiés, ce chiffre étant plus faible pour la schizophrénie (17,8 %) et le trouble obsessionnel-compulsif (24,6 %), et plus élevé pour les troubles liés à l'usage d'alcool (92,4 %) (20).

5. Rôle du·de la médecin généraliste

Les médecins généralistes, en tant que premier recours au système de santé pour la plupart des patients, ont un rôle majeur dans les soins apportés aux patient·e·s souffrant de maladie psychiatrique. En effet, la prévalence des troubles psychiatriques dans la patientèle des médecins généralistes se situe aux alentours de 25 % (21). Or, il se trouve que plus des $\frac{3}{4}$ de ces patients sont suivis exclusivement par leur médecin généraliste, ce qui est le taux le plus élevé des 6 pays concernés par l'étude ESEMeD menée entre janvier 2001 et juillet 2003 (22). Ainsi, dans la plupart des cas, ils sont le·la seul·e professionnel·le de santé amené·e à soigner leur patient souffrant d'un trouble psychiatrique, il apparaît donc primordial qu'ils puissent bénéficier d'une formation adéquate dans ce domaine.

Au-delà de la maladie psychiatrique formellement définie, le rôle exercé par les généralistes de médecin traitant, notamment de patient·e·s atteint·e·s de maladies somatiques chroniques, les amène à être fréquemment confronté·e·s à des situations de souffrance psychologique secondaire (23,24).

6. Objectif de la thèse

Ce travail de thèse a pour but d'interroger des internes en DES de médecine générale sur leur capacité ressentie à dépister, diagnostiquer et accompagner des patient·e·s en souffrance psychique et leur point de vue sur leur formation dans ce domaine, afin aussi de cerner leurs attentes pour améliorer leurs compétences.

II. Méthode

1. Type d'étude

Ce travail de recherche a été effectué selon la méthode de l'analyse de contenu thématique. Cette méthode de recherche porte sur la retranscription intégrale de l'entretien et vise à identifier, analyser et répertorier les thèmes émergents issus de la récolte des données.

L'obtention de ces données a été faite par la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs, basés sur la formulation de questions ouvertes et permettant des relances incitant l'enquêté·e à parler ou permettant de recentrer son propos sur le thème abordé.

De nouveaux entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, qui a été obtenue à l'issue de neuf entretiens.

2. Population interrogée

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes ayant effectué leur internat en Île-de-France et ayant terminé la totalité de leurs stages du D.E.S. de médecine générale depuis moins de 2 ans. Les participant·e·s ont soit répondu à un appel à participation diffusé sur un groupe Facebook réunissant les internes de médecine générale d'Île-de-France de la promotion ECN 2018, soit été sollicités directement par le doctorant sur la base du volontariat.

3. Réalisation des entretiens

Une fois l'accord des participant·e·s obtenu, il était convenu avec eux·elles d'un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien, soit en présentiel dans le lieu de leur choix, soit à distance par visioconférence sur le logiciel Zoom[®]. Les entretiens étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien, qui a été modifié à plusieurs reprises au fur et à mesure de l'étude en fonction des données recueillies. Celui-ci suivait une trame organisée autour de trois grands thèmes, la formation reçue à l'accompagnement des malades psychiatriques, la pratique actuelle des médecins interrogé·e·s dans ce domaine, et enfin les suggestions d'évolution de la formation des internes de médecine générale, laissant ainsi les patients construire leur propre discours, tout en y intégrant des questions de relance ou de mise au point si nécessaire.

Avec l'accord des participant·e·s, les entretiens étaient enregistrés, par dictaphone ou par l'outil d'enregistrement de Zoom[®] le cas échéant. Ils étaient ensuite retranscrits sur un logiciel de traitement de texte de façon anonymisée avec pour code E1, E2... suivant l'ordre de réalisation des entretiens, et l'enregistrement était ensuite supprimé.

L'analyse des entretiens et le codage des verbatims ont ensuite été réalisés manuellement. Les verbatims ont été codés, fragmentés et regroupés dans diverses catégories afin de faire émerger les thèmes principaux.

III. Résultats

1. Talon sociologique

	Âge	Genre	Année de DES	Faculté	Lieu d'exercice
Entretien 1	30	F	6	Paris Cité	Urbain
Entretien 2	29	F	4	Paris Cité	Urbain
Entretien 3	28	F	4	Paris-Saclay	Urbain
Entretien 4	29	H	5	Sorbonne Université	Urbain
Entretien 5	30	H	5	Paris-Est Créteil	Semi-rural
Entretien 6	29	F	1 ^{ère} année post-DES	Paris-Saclay	Urbain
Entretien 7	29	F	4	Paris Cité	Urbain
Entretien 8	29	F	1 ^{ère} année post-DES	Sorbonne Université	Urbain
Entretien 9	27	F	1 ^{ère} année post-DES	Sorbonne Université	Urbain

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participant·e·s (H : Homme ; F : Femme)

Les jeunes médecins interviewé·e·s avaient effectué leur DES de médecine générale dans différentes facultés franciliennes. Il s'agissait en majorité de femmes, et iels exerçaient presque exclusivement en milieu urbain.

2. Formation

Une réponse presque unanime au sein des personnes interrogées est qu'elles estiment que le sujet a été peu abordé au cours de leur cursus d'interne : « *j'ai pas l'impression d'avoir vraiment reçu une formation spécifique sur l'accompagnement en psychiatrie (E9)* », « *pendant l'internat, en tout cas, je n'ai pas vraiment noté de cours spécifiques sur l'accompagnement psychologique des patients en souffrance psychique (E2)* », « *je n'ai pas eu beaucoup de formation de ce côté-là, en tout cas pendant l'internat je trouve (E8)* », « *je crois qu'on n'est pas assez formé sur ce côté-là (E3)* ».

a. Formation et expérience de terrain

Presque toutes les personnes interrogées mentionnaient le rôle important des stages dans leur apprentissage (« *c'est quelque chose que tu apprends pendant ton internat, sur le terrain, je pense (E4)* », « *j'ai beaucoup appris en stage (E3)* », « *ça a été de l'expérience pure, ça a été en étant confrontée à certaines situations pendant les stages (E8)* »), l'une d'elles trouvant cependant que peu d'attention était spécifiquement accordée au sujet (« *à chaque fois c'était pendant le feu de l'action et puis derrière, on n'avait pas de cours dédié, on n'avait pas de mise au point derrière sur ça (E8)* »).

Les stages de médecine générale étaient majoritairement cités comme lieu d'apprentissage (« *je l'ai surtout reçue en stage chez le prat (E1)* », « *peut-être une prédominance quand tu passes*

en médecine générale, parce qu'on a quand même beaucoup beaucoup de psychologie et de psychiatrie (E8) »), que ce soit le stage de niveau 1 (« en niveau 1 surtout (E2) ») ou le SASPAS (« dans un stage de SASPAS [...] j'ai été pas mal formée de ce côté-là (E3) »).

Les réponses étaient en revanche plus partagées sur le rôle des stages hospitaliers, environ la moitié des répondant·e·s estimant qu'ils avaient également été un lieu important d'apprentissage (« on a plutôt appris ça sur le terrain, à l'hôpital pendant les stages (E4) »), quand l'autre moitié trouvait plutôt que ces stages se prêtaient mal à la formation sur ce sujet (« en stage hospitalier, j'ai l'impression qu'on a moins le temps de se poser sur ce type de patients (E3), « les autres stages, ça n'a pas trop d'intérêt, quand tu es en pédiatrie, aux urgences, bon, la psychothérapie de soutien, on repassera (E2) »).

i. Modalités d'apprentissage

Le passage par l'observation active était cité dans environ trois quarts des entretiens comme ayant participé à la formation des étudiant·e·s (« je pense que tu l'apprends en voyant des gens qui savent faire les choses correctement et en essayant de faire comme eux (E4) », « en observant [...], je pense que j'ai été un petit peu formée (E6) »), ainsi que le partage d'expérience avec des pairs (« si jamais j'avais des soucis avec des patients que je voyais moi, on avait des RCP où on pouvait en discuter (E3) »), et les débriefings avec les maître·sse·s de stage de médecine générale d'après plus de la moitié des interrogé·e·s (« on faisait un petit debriefing à chaque fois (E3) », « c'est des choses que j'ai plus parfois débriefées quand j'en ai eu l'occasion avec les maîtres de stage (E4) »). L'expérience acquise par la pratique autonome était également citée comme un des principaux moyens de se former pour les jeunes médecins (« au fur et à mesure de [...] mes propres consultations en autonomie, de recevoir ce type de patients, on va dire que c'est la pratique qui te forme finalement (E6) », « au fur à mesure que tu fais, tu te rends compte de ce qui passe mieux auprès des patients, et tu arrives à adapter un petit peu ta façon de faire (E9) »).

D'autre part, quatre répondant·e·s rapportaient avoir bénéficié au cours de certains stages du contact avec des professionnel·le·s de santé mentale (« j'ai eu dans mon stage une maquette psychiatrie en fait. J'étais deux fois par semaine au CMP (E7) », « premier stage j'étais aux urgences à l'hôpital [...], et donc en fait on avait l'occasion à ce moment-là d'être souvent en contact avec les psychiatres, en fait c'est surtout eux qui nous aidaient sur la marche à suivre (E9) »).

ii. Compétences acquises

Les compétences développées sur le terrain étaient notamment des compétences communicationnelles (« On a eu aussi ce genre de conseils des médecins que j'ai eu en stage, [...] sur la communication avec le patient (E5) ») permettant d'adapter son positionnement face au patient (« tu vois comment le praticien se positionne, se comporte face au patient, en fonction de pourquoi il vient (E6) »), ainsi qu'une capacité à savoir ajuster sa proximité par rapport au patient, acquise surtout avec l'expérience (« prendre le recul qu'il faut, [...] encore une fois c'est l'expérience, au fur à mesure, tu sais un peu mieux quoi dire, quelle posture avoir (E9) »). Les stages pouvaient également, selon 2 étudiantes, être le lieu où recevoir des conseils pratiques (« le SASPAS il a été hyper intéressant surtout pour avoir des associations, des numéros de téléphone (E9) »), et une répondante mettait en avant y avoir développé des compétences diagnostiques (« dans mon SASPAS [...], quand je revenais dans [...] le stage en cabinet, les patients, je repérais plus facilement les dépressifs, je repérais plus facilement des gens où ça va pas forcément bien, je repérais plus facilement les violences (E7) ») ainsi qu'un apprentissage du maniement des

médicaments psychotropes (« *quand on est en psy on apprend... il y a tellement de médicaments, donc on apprend à gérer un petit peu les médicaments (E7)* »). Cinq des neuf personnes interrogées n'ont pas évoqué spontanément de compétences spécifiques acquises au cours de leur formation pratique.

b. Formation universitaire

i. Modalités d'apprentissage

Huit médecins interrogé·e·s rapportaient avoir rencontré cette thématique à la faculté dans le cadre de sessions consacrées à l'analyse de situations vécues, comme les groupes d'échanges de pratiques (« *des groupes de pairs, où il y avait plusieurs internes qui parlaient des différents cas qui posaient problème (E3)* », « *on pouvait discuter pendant ces groupes-là de situations qui nous ont mis en difficulté avec des patients, et c'est vrai que ça tournait souvent soit sur des problèmes relationnels ou des choses comme ça, ou alors des patients souvent psychiatriques avec lesquels on a un peu plus de mal (E2)* »), permettant pour certains une prise de conscience de la fréquence de la maladie psychiatrique (« *les GEP [...], où on parle de patients et on se rend compte que [...] la dépression se cache un peu dans n'importe quel cas clinique un peu masquée (E4)* ») ainsi qu'à l'occasion de mises en situation, sous forme notamment de jeux de rôle (« *ce que j'avais fait [...] à la fac [...], des mises en situation parfois de situations difficiles (E5)* », « *des mises en situation avec "Là, toi tu vas faire le patient, et moi je vais faire le médecin" (E8)* ») ou d'ECOS (« *j'ai eu un test d'ECOS, [...] c'est en gros une session avec des enseignants, [...] un qui regarde, un qui joue l'acteur, un qui joue le patient, et puis nous en situation [...] comme si on était en consultation, et puis ensuite, ils nous commentent la situation et nous donnent des conseils (E1)* »).

Deux interviewées évoquaient également des cours magistraux, qualifiés de très théoriques (« *un cours magistral [...] sur les rappels des définitions, de la prise en charge, des traitements médicamenteux et non médicamenteux, donc c'était vraiment très théorique (E6)* »), les autres étudiants n'évoquant pas cette modalité d'enseignement au cours de leur cursus.

Une des répondantes avait apprécié la présence lors des groupes d'échange de pratiques d'un professionnel de la santé mentale, en l'occurrence un psychologue participant à l'enseignement (« *là c'était un psychologue encadrant. Ça, c'était pas mal parce que du coup, il y avait son éclairage un peu pour... même nous expliquer les réactions, des fois, des patients (E2)* »).

Un seul interne mentionnait également dans son cursus le rôle des RSCA (« *il y a effectivement eu ces RSCA où on t'incite à avoir ce travail un peu perso qui est plutôt important, je pense, qui t'entraîne un peu à continuer ta formation médicale (E4)* ») et de l'accompagnement par sa tutrice universitaire (« *ma tutrice était assez dispo et [...] j'ai le souvenir que parfois elle m'a demandé [...] d'aller plus en profondeur sur un sujet ou un autre, et oui, je pense qu'elle m'a un peu aidé là-dessus (E4)* »)

ii. Contenu des enseignements

L'axe le plus fréquemment travaillé d'après les réponses recueillies était la communication avec le patient (« *sur la manière d'aller parler au patient, d'aborder certains sujets, de partager les expériences, oui je pense que ça a aidé un peu (E4)* », « *ils ont voulu accentuer en tout cas sur la communication, sur comment se comporter avec le patient, sur l'écoute qu'on a (E8)* »), entre autres par le biais de techniques d'entretien motivationnel

(« *l'entretien motivationnel, on a été pas mal formés à ça (E2)* », « *des petites astuces sur, par exemple, comment chercher la motivation du patient, comment essayer de le motiver à faire ça (E3)* »), ainsi qu'une nécessité d'aller s'intéresser à l'histoire du·de la patient·e dans sa globalité plutôt que de seulement focaliser sur la plainte de « l'ici et maintenant », car les manifestations considérées comme caractérielles peuvent être des modes d'expression d'une souffrance plus profonde (« *la formation, elle m'a permis de me dire que cette patiente elle n'était pas juste chiant, c'est qu'elle avait des séquelles des traumatismes qu'elle avait vécus (E4)* »), et la manière de mener les entretiens avec les patient·e·s (« *sur l'interrogatoire, comment mener la consultation (E8)* »).

Deux répondant·e·s mettaient en avant un enseignement tourné vers l'adoption d'un modèle de soins biopsychosocial, modèle paradigmatique de l'enseignement en médecine générale selon lequel les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie (25), et intégrant donc selon eux·elles la question de la souffrance psychologique de façon intrinsèque (« *j'estime avoir une formation suffisante pour [...] avoir ce regard un peu de la personne dans sa globalité (E3)* »). Deux internes, interrogé·e·s sur cette dimension globale, recentrent leurs préoccupations sur l'aspect biomédical y compris dans le domaine de la santé mentale, exprimant ainsi leur inquiétude concernant leur compétence dans ce domaine (« *[pas tellement] sur les conduites à tenir, sur la pharmacothérapie, sur tout le reste quoi (E4)* », « *pas beaucoup de théorie sur la prise en charge en théorie, avec les médicaments (E8)* »). Une répondante estimait en revanche avoir acquis des compétences diagnostiques à la faculté (« *c'est en ça que ça m'a aidée [...], c'était plutôt la connaissance et la reconnaissance de ces patients (E9)* ») et avait eu des cours portant sur les médicaments psychotropes (« *les prises en charge, sur le plan médical vraiment thérapeutique (E9)* »), se plaignant toutefois d'une approche inadaptée à la pratique habituelle de médecine générale (« *on parlait de buprénorphine, de méthadone, enfin bon, moi je sais que je vais jamais prescrire ça (E9)* »).

Deux étudiantes se rappelaient avoir assisté à des cours intitulés du nom d'une maladie psychiatrique identifiée, comme la dépression (« *je me souviens d'un seul cours, c'était sur la prise en charge de la dépression en médecine générale (E6)* »), quand plus de la moitié des répondant·e·s ont assisté à des enseignements focaux en lien avec la psychologie, comme les addictions (« *les addictions, addiction au tabac, alcool et certaines drogues un peu fréquentes comme le cannabis (E9)* »), les troubles du sommeil (« *on a dû avoir au moins [...] un atelier, [...] sur l'insomnie (E8)* »), ou les troubles fonctionnels (« *Ça a été évoqué [...], les troubles somatoformes (E5)* »). Une étudiante disait également avoir été formé à la faculté à l'évaluation du risque suicidaire (« *évaluer un risque suicidaire, ça c'est la formation qui m'a apporté ça (E8)* »).

Tout comme la question de la dimension biopsychosociale est intégrée chez nombre d'entre eux, le rôle de coordination des soins est aussi mentionné, ainsi trois entretiens relevaient la dispensation de conseils pratiques, notamment concernant le rôle de coordination des soins (« *quels outils on a pour les aider; [...] et quels intervenants on peut faire entrer dans la boucle pour essayer de les aider (E3)* »).

c. Formations complémentaires

Deux étudiantes rapportaient avoir assisté de façon volontaire à des formations complémentaires proposées par la faculté dans le cadre du GISSMED et qui traitaient de la santé mentale (« *on avait eu quelques sessions un petit peu ponctuelles, sur la base du volontariat (E1)* »), « *j'avais une fois fait [...] un cours, ça s'appelait le GISSMED (E9)* », où, pour l'une

d'elles, l'intervention d'une patiente experte avait été déterminante selon elle (« *ils avaient fait intervenir une addictologue et une patiente experte [...] qui avait été dépendante à l'alcool. Et donc, là pour le coup, d'avoir leur expérience, comment ça s'est passé pour elle, son parcours, les erreurs qui ont été faites par [...] ses premiers interlocuteurs de santé au début, ça permet de se dire "Bon ben OK [...] j'éviterai de faire la même chose", voilà, ce type de formation par exemple, je trouve que c'était hyper utile (E1)* ») et avoir assisté à des cours complémentaires proposés par un syndicat d'internes (« *en première année d'internat, j'étais syndiquée [...], et il me semble qu'ils avaient peut-être fait une ou deux formations là-dessus (E1)* »).

Deux répondantes avaient assisté à un congrès avec des présentations magistrales sur le sujet de la souffrance psychologique, mais sans pouvoir se rappeler ni la thématique exacte ni l'apport en compétence (« *en congrès, il y a toujours un topo dessus, donc oui probablement que j'ai dû y assister aussi (E1)*, « *le premier congrès que j'ai fait, je crois qu'on en parlait (E9)* »), et une autre étudiante mentionnait l'utilisation d'un site de formation en ligne (« *je me suis intéressée à des plateformes un petit peu de formation, [...] Guideline par exemple (E8)* »), la plupart des interviewé·e·s répondaient toutefois ne pas avoir suivi de formation complémentaire sur le sujet (« *il me semble pas avoir assisté à des colloques ou des séminaires où ils en parlaient en tout cas (E4)* »), estimant que le sujet était plutôt peu abordé dans ces contextes (« *j'ai fait quelques congrès de médecine générale, [...] et alors moi je ne me souviens pas qu'il y ait eu des ateliers ou des interventions sur ce sujet-là (E6)* », « *c'est vrai que je pense pas avoir vu de thème spécifique dessus (E5)* »), et plus généralement ne pas avoir cherché de formation parallèle sur le sujet (« *c'est vraiment des choses que j'évitais (E9)* ») en dehors pour certains de recherches individuelles spécifiques (« *de temps en temps je revenais sur le référentiel du Collège qui est accessible sur internet (E8)* », « *je me documente un petit peu personnellement (E7)* »).

De manière générale, les possibilités de formations facultatives ne semblaient pas avoir marqué la mémoire des étudiant·e·s, dont les réponses à ce sujet sont fortement marquées par un lexique de l'incertitude (« *probablement (E1)* », « *il me semble pas (E4)* », « *je pense pas (E5)* », « *je ne me souviens pas (E6)* », « *je crois qu'on en parlait (E9)* »).

d. Hétérogénéité de la formation

i. Rôle des expériences antérieures

Une donnée importante qui ressortait de la grande majorité des entretiens était que les étudiants ne débutent pas l'internat sur un pied d'égalité dans le domaine de l'accompagnement des malades psychiatriques : d'une part certaines situations personnelles semblent pouvoir fortement influencer le rapport des étudiants à ce sujet (« *honnêtement, là, ce que j'applique, moi personnellement avec mes patients, c'est toute ma psychothérapie que je reproduis. Enfin, j'ai fait une psychothérapie en parallèle et je vois les patients qui ont des souffrances que j'ai pu avoir similaires un peu, et donc j'essaie de les guider comme ça (E2)* ») et même permettre d'opérer un changement complet de son approche, notamment en permettant de faire l'expérience de la différenciation entre la maladie et la personne malade (« *c'était pas, à l'époque, un domaine de la médecine qui m'intéressait [...] un de mes amis très très proches hein [...] nous a avoué qu'il avait été diagnostiqué schizophrène, [...] et en fait quand je l'ai vu en face de moi [...] je me disais "Mais en fait, c'est une personne, c'est mon ami, c'est une personne qui est normale en fait, et qui finalement prend son traitement, discute avec moi comme n'importe lequel de mes amis" (E9)* »), et d'autre part la totalité des entretiens relevaient un premier abord de cette thématique au cours de l'externat (« *avant l'internat déjà, je suis passé en psychiatrie, en tant qu'externe, donc là pour le coup, bah c'était formateur (E8)* », « *pendant*

l'externat aussi j'ai eu une petite formation (E1) »), forcément différente pour chaque étudiant selon sa faculté d'étude et les stages effectués.

ii. Différences entre les terrains de stage

Ensuite, au cours de l'internat, d'importantes différences étaient relevées selon les parcours différents des internes, avec une hétérogénéité des terrains de stage (« *moi je trouve que j'ai eu de la chance, [...] tout le monde était hyper disponible [pour discuter de l'accompagnement psychologique des patient-e-s], mais je pense qu'il y a des personnes qui tombent pas dans des stages où les gens sont aussi cool (E9) ») et un intérêt variable des différents maîtres de stage pour l'accompagnement des malades psychiatriques (« *j'étais avec des médecins qui étaient hyper formés à l'accompagnement psychique des patients (E6) », « Les autres [...] MSU [...] il y avait moins d'apprentissage avec eux (E4) », « ça dépend de ton maître de stage aussi, déjà de sa façon de faire, d'appréhender les choses (E5) »). Au contraire de la majorité des internes rapportant avoir pu généralement bien débriefer les situations rencontrées, certains se plaignaient de la déception de n'avoir parfois eu que peu de retours (« *il y avait peu de retour [...], je n'ai pas un souvenir [...] d'avoir eu de gros feedback sur la prise en charge en psychiatrie (E8) », « je trouve que les pédopsychiatres c'était pas oufissime quoi, [...] eux ils venaient pas nous voir à la fin de la journée en nous disant "Voilà on a décidé ça, on fait ça, il faut faire ça", comment l'accompagner, où on va l'orienter, nous on n'avait pas le retour (E9) »). De même, à rebours de la majorité des entretiens, le SASPAS était parfois évoqué ayant été peu formateur (« *sur mes stages SASPAS après, [...] je n'ai pas eu l'impression d'avoir d'enseignement complémentaire à ça (E1) »). Une différence était également présente dans l'évocation de l'acceptation d'un observateur extérieur par les patients, parfois bien admis par le patient (« *les quelques patients que j'avais vus en tant qu'observateur, ça n'avait pas l'air de les perturber (E3) ») ou au contraire refusé, empêchant le passage par l'observation (« lors des stages de niveau 1 et de SASPAS [...] c'est vrai que, comme c'est des sujets parfois délicats, [...] j'étais souvent refusé lors de ce genre de consultation (E5) »), potentiellement en fonction de l'habitude des patients à cette pratique (« les patients qui sont suivis dans cette structure-là, ils ont l'habitude des étudiants en médecine, des internes (E3) »).*****

iii. Hétérogénéité de la formation universitaire

Les répondants mentionnaient des éléments contribuant selon eux à une hétérogénéité de la formation également à l'université, notamment l'absence de formation spécifique commune à l'ensemble d'une promotion (« *il y a pas de socle, [...] qu'il faudrait donner à tout le monde aussi, pour avoir vraiment des bases communes à chacun (E5) », « [On n'a pas eu] quelque chose de posté pour toute la promo (E1) »), faisant que cette problématique soit plutôt abordée de façon fortuite au sein de sessions qui ne lui sont pas dédiées (« *comme c'était n'importe quelle situation, on aurait pu ne pas parler de ce genre de situation-là et pas avoir ce genre de truc (E2) »), une étudiante signalant de fait ne pas avoir abordé ce sujet lors des groupes d'échange de pratiques (« ça ne m'a pas marqué [...] si on a parlé de ce genre de cas en groupe d'échange de pratiques, ça me revient pas (E6) »).**

3. Les jeunes médecins dans leur pratique

a. Des situations qui prennent du temps

Presque tous les médecins interrogés estimaient que la souffrance psychologique était fréquemment rencontrée en médecine générale (« je trouve qu'en médecine générale [...], on a quand même beaucoup de psychiatrie (E8) », « un bon tiers de mes patients où j'ai une problématique un peu psychothérapeutique derrière ou un truc psy qui se passe (E2) », « un patient sur cinq, 20 %, ça me semble pas... c'est pas exagéré (E4) »). Ils trouvaient généralement que les consultations consacrées à ce type de situation étaient longues (« c'est des consultations longues (E4) », « c'est des consultations qui sont pas faciles je trouve, au début, à se cadrer [...] sur le créneau de 15-20 minutes (E8) »), et que la chronicité de ces troubles amenait à revoir les patients à de nombreuses reprises (« on est amené à revoir beaucoup de fois ces patients-là (E8) », « quand tu sors de ce genre de consultation, tu sais [...] que ça va être un travail sur le plus long terme (E6) »). Les autres facteurs cités contribuant à l'importance du temps consacré à ces patients étaient la nécessité de prendre du temps pour évaluer la situation (« une évaluation sur plusieurs temps (E4) ») et l'importance de fournir suffisamment d'explications aux patients sur leur trouble (« j'explique en quoi consiste la dépression (E1) », « j'utilise beaucoup d'images, des choses comme ça (E2) »), tout cela ayant pour conséquence de rendre difficile de consacrer le temps nécessaire à tous les patients (« il faut beaucoup de temps, qu'on n'a pas forcément des fois (E3) », « il faut quand même prendre [...] un certain temps pour accompagner le patient, mais donc tu prends du retard, et donc après tu te mets une pression supplémentaire, après ça peut jouer sur la qualité du soin sur les patients suivants, ou sur le patient même que tu es en train de prendre, parce que tu essaies quand même de limiter ton retard (E5) »).

b. Une problématique complexe

Les entretiens dégagèrent une problématique complexe, englobant un grand nombre de situations différentes (« le champ des maladies psychiques qui est hyper vaste (E6) »), en majorité des dépressions (« Dépression, ça je rencontre très souvent (E3) », « c'est quand même un motif [...] récurrent en médecine générale, [...] la dépression (E5) ») et des troubles anxieux (« c'est quand même un motif [...] récurrent en médecine générale, [...] l'anxiété (E5) »), ainsi que des situations de souffrance au travail (« notre motif principal, nous en médecine générale, qui est [...] le syndrome d'épuisement professionnel (E8) », « il y en a [...] qui nous appellent [...] parce qu'ils sont en burn out (E4) ») et de violences (« les violences faites aux femmes, d'autant plus tout ce qui est violences avec les mineurs (E1) », « tout ce qui est inceste, attouchements et tout ça (E2) »), mais également des troubles du sommeil (« Beaucoup de troubles du sommeil (E6) ») ou, chacun une fois, les troubles addictifs (« dépendance à des substances, ça aussi pareil, très fréquent (E3) »), l'hypochondrie (« l'hypochondrie (E8) »), les troubles psychotiques (« ça m'arrivait de voir des patients qui étaient un peu dans des idées de persécution en général, les schizophrènes (E7) »), les troubles de la personnalité (« trouble de la personnalité (E9) ») ou enfin la gestion d'un risque suicidaire (« gérer un risque suicidaire élevé par téléphone (E8) »).

Cet aspect pouvait s'introduire au sein de la consultation de différentes manières, notamment par un abord direct de la problématique psychologique par le·la patient·e (« des fois les patients l'abordent par eux-mêmes (E8) », « Il y en a certains qui viennent directement en disant "Je vais pas bien, je sais pas ce qui se passe" (E1) ») ou bien de façon détournée devant un tableau somatique masquant la souffrance psychologique (« parfois effectivement ils viennent pour des motifs, mais qui finalement sont secondaires, et derrière il y a une cause psychiatrique (E8) », « ils viennent souvent pour des motifs différents et parfois en fait, c'est au fur et à mesure que tu

creuses un petit peu que tu te rends compte que, en fait, le premier problème c'est souvent psychologique (E5) »).

c. Les spécificités des souffrances psychologiques

L'abord de la santé mentale révèle une spécificité d'approche que soulignent les internes, selon notamment que la situation relève d'une souffrance psychologique au sens large (« *Je trouve ça très compliqué en fait, la prise en charge psychique des patients (E6) »*, « *J'ai plus besoin qu'ils adhèrent à fond avec moi pour aller voir le psychologue qu'un cardiologue (E2) »*) ou d'une maladie définie selon des critères précis (« *j'avais une patiente [...], qui était déjà connue pour un syndrome anxiodépressif, et qui était sous [...] Venlafaxine (E5) »*).

L'investissement du·de la médecin semblait dépendre assez fortement d'une part de prédisposition personnelle (« *j'ai l'impression que c'est [...] presque un trait de caractère personnel, j'ai tendance à bien m'entendre avec ces patients-là (E2) »*, « *j'ai peut-être une fibre d'écoute [...], d'empathie (E1) »*, « *personnellement je n'ai pas forcément envie de faire ce boulot-là (E8) »*) : certain·e·s identifiaient la discipline comme moins codifiée (« *le fait que ce soit [...] moins codifié, j'ai l'impression, que la prise en charge d'une maladie somatique quelconque en médecine générale (E6) »*, « *il y a pas de protocoles en psychiatrie (E9) »*), rendant l'évaluation initiale des patients plus difficile (« *il y a quand même plus de travail sur une première consultation, pour commencer à dessiner un diagnostic qui ne va peut-être pas se faire dès la première consultation (E8) »*), ce qui est parfois compensé par l'utilisation d'outils d'évaluation formalisés (« *un test Hamilton [...] en vrai ça t'aide vraiment beaucoup, ça t'oriente quand même un petit peu (E9) »*). Une interne trouvait également ces situations d'évolution plus imprévisibles que les autres (« *c'est plus ça qui me met mal à l'aise, moi, c'est de me dire "Mais quand est-ce que ça va se terminer ?" (E6) »*).

Environ deux tiers des entretiens faisaient état de difficultés de communication avec ces patients (« *surtout la communication [je ne m'y sens pas à l'aise] (E9) »*) liées à la difficulté à se confronter à la subjectivité de l'interlocuteur (« *[les maladies somatiques] c'est concret, alors que psychique c'est pas le cas (E6) »*) et à la rencontre de certaines résistances psychiques (« *des fois on se retrouve avec des patients [...] qui n'acceptent pas forcément leur maladie, ça c'est fréquent, qui refusent de prendre leur traitement, qui sont en rupture thérapeutique (E7) »*, « *je trouve que la résistance, elle est pas mal présente chez les patients avec souffrance psychique (E3) »*), ainsi parfois que d'une ambivalence des patients face aux soins (« *elle réclamait de l'aide et en même temps, [...] elle ne suivait pas trop les conseils qu'on pouvait lui donner pour l'aider (E4) »*), entraînant parfois un sentiment d'échec pour le·la praticien·ne (« *j'avais l'impression de ne rien faire, de ne pas avancer (E6) »*). La communication pouvait également être entravée par une forme de gêne du·de la médecin face à la souffrance d'autrui (« *quand quelqu'un rentre en pleurant, [...] avoir ce mouvement de recul et ne plus savoir quoi dire (E6) »*) et par une crainte de l'erreur, une « *peur de pas avoir les bons mots (E6) »*. On identifiait aussi parfois un sentiment de peur (« *il y a un peu une peur, quand même, des patients vraiment psychiatriques (E2) »*, « *j'avais peur de me retrouver seule avec un patient avec de lourdes maladies psychiatriques, de me faire agresser (E9) »*) en raison d'une stigmatisation sociale de la maladie psychiatrique (« *Je vais leur dire "Non mais vous êtes pas fou, c'est pas que pour les fous, vous vous ne l'êtes pas, c'est pas pour ça que je vous adresse" (E2) »*) qui a des effets également sur les médecins (« *cet a priori du patient psychiatrique, comme ce qu'on entend à la télé, qui va peut-être nous agresser parce qu'il est pas bien (E9) »*).

Une autre difficulté spécifique à l'accompagnement des malades psychiatriques semblait être l'existence d'une difficulté à réussir à garder une distance suffisante par rapport à la situation du patient (« *je pense que j'ai été un peu trop dans la sympathie au début, parce que j'avais des*

relations presque trop familières, au début (E9) » « Ça m'est arrivé [...] d'être hyper touchée, d'être trop touchée par ce que racontait le patient, donc larmes aux yeux, et cætera (E6) »), pouvant créer un important poids psychologique pour le·la médecin (« parfois c'est dur d'accueillir l'histoire du patient (E6) », « c'est une des principales difficultés, je trouve, la charge émotionnelle à gérer (E2) ») qui doit donc aussi se préoccuper de sa propre santé mentale pour être en mesure d'accompagner ses patients (« on est des humains et donc, si nous-même on a des blessures à guérir, peut-être qu'on est moins préparé donc à refaire un travail avec le patient sur ce point-là, qu'on a nous-même vécu (E8) »).

Une dernière spécificité tenait à la pharmacopée spécifique des médicaments psychotropes, dont le maniement semblait délicat à certain·e·s répondant·e·s (« moi je touche pas aux traitements parce que je sais pas les manipuler (E9) », « peut-être moins à l'aise quand il s'agit de manipuler tout ce qui est molécules, quand il faut instaurer un traitement vraiment antidépresseur ou ce genre de chose (E5) »).

Compte tenu des spécificités de cette discipline évoquées précédemment, les réponses divergeaient quant au sentiment d'aisance des jeunes médecins dans leur pratique, une majorité s'estimant plutôt à l'aise (« je suis plutôt à l'aise (E7) », « C'est pas la situation dans laquelle je suis le plus mal à l'aise en tout cas (E4) »), mais environ un tiers se trouvant au contraire peu à l'aise sur le sujet (« moi je suis pas du tout à l'aise avec les patients avec des souffrances psychiques (E3) », « c'est pas un motif [...] avec lequel je me sens à l'aise (E6) »).

d. Le rôle du·de la médecin généraliste

Interrogé·e·s sur leur vision de leur rôle de médecin généraliste comme interlocuteur·rice privilégié·e en soins primaires, les internes laissaient nettement paraître leur conception de la dimension globale du soin comme une caractéristique fondamentale de la médecine générale, qui sous-tend une approche bio-**psycho**-sociale.

i. Approche holistique

De la moitié des entretiens affleurait le concept de modèle biopsychosocial, déjà cité précédemment (« Il y a aussi tout un contexte social, l'entourage, l'histoire familiale, l'histoire de vie, tout ce parcours de vie (E3) », « la détresse psychologique, elle est d'origine multiple quoi, ça peut être à peu près... à peu près tout dans la vie peut occasionner une détresse psychologique (E4) »), conduisant à inciter les patient·e·s, dans le cadre des soins psychiatriques, à faire évoluer leur hygiène de vie (« essayer de faire des règles hygiéno-diététiques, des conseils sur le sommeil (E1) ») plutôt que de s'orienter directement vers des traitements médicamenteux (« j'essaie de mettre le moins souvent possible des médicaments au premier abord (E4) »). Cette approche amenait également trois praticien·ne·s à considérer le rôle de l'activité professionnelle dans l'état de santé mentale des patient·e·s, et à proposer dans ce contexte un arrêt de travail selon la situation (« Si je vois que c'est un peu réactionnel, situationnel, tout ça, je passe par un arrêt (E2) »).

Dans ce cadre, deux entretiens mentionnaient l'importance d'assurer le suivi somatique aussi bien que psychiatrique (« notre rôle c'est de s'assurer aussi que le patient n'ait pas que sa maladie psychiatrique, et que du coup il y a tout le reste qui doit être surveillé, bien faire la prévention, bien faire les dépistages, comme tous les autres patients (E9) », « des consultations de suivi en n'oubliant pas les comorbidités, les complications qui ont pu se mettre en place (E8) »).

ii. Le positionnement du·de la médecin généraliste

De façon générale, les enquêté·e·s attribuaient aux médecins généralistes des missions diverses dans le cadre de l'accompagnement des personnes en souffrance psychologique, à commencer par le repérage des troubles (« *le médecin généraliste a pour rôle [...] de dépister tous ces troubles psychiatriques, psychiques (E6)* », « *le rôle du médecin généraliste, c'est de repérer [...] quand un patient va mal (E7)* »), qui lui incombe du fait de sa position de premier recours (« *on est souvent la première porte qu'ils vont pousser (E2)* »), qui doit l'amener à rechercher activement la possibilité d'une souffrance psychologique lors de la consultation (« *parfois [...] ils viennent pour des motifs, mais qui finalement sont secondaires, et derrière il y a une cause psychiatrique, et donc à ce moment-là c'est à moi de l'aborder (E8)* », « *il y en a d'autres qu'on amène à parler de ça par le biais de motifs... de motifs superflus (E1)* »), quitte à poser la question directement (« *quitte parfois à poser la question directement : "Est-ce que vous avez, en ce moment, sur un plan professionnel, personnel, des choses qui vous chagrinent, qui vous stressent ? Est-ce qu'il y a eu des disputes ? Est-ce que... ?" (E1)* »), « *toujours poser [...] une question sur l'état psychique du patient, donc s'il vient te voir pour un problème somatique peu importe, il faut toujours dans ta consultation que tu poses la question de son état psychique, peu importe par quelle question hein, ça peut être "Est-ce que vous dormez bien en ce moment ?", "Comment ça se passe au travail en ce moment ?" (E6)* »). En effet, les patient·e·s auraient parfois tendance à ne pas oser évoquer le sujet (« *quelqu'un que tu vas suivre pour des problèmes somatiques va peut-être moins oser te parler de sa souffrance, enfin d'un trouble ou de sa souffrance psychique (E6)* ») bien qu'étant en attente de pouvoir l'aborder (« *elles sont toujours bien accueillies ces questions (E4)* »). Cette possibilité pouvait être permise en s'attachant à poser des questions ouvertes lors des entretiens (« *essayer systématiquement de poser des questions assez larges pour ouvrir la porte à ce qu'ils nous disent que dans la vie ça ne va pas (E1)* », « *essayer de garder des questions ouvertes justement pour qu'il puisse ne pas se sentir restreint et s'exprimer tant qu'il peut (E5)* ») et en laissant au·à la patient·e la place de s'exprimer (« *quand on aborde la psychiatrie c'est bien de laisser parler le patient (E8)* »).

Plus d'un·e enquêté·e sur deux exprimait l'importance pour les médecins généralistes d'adopter un rôle de soutien (« *je les porte quoi, quand ils sont vraiment pas bien du tout et qu'ils sont au bout du rouleau (E2)* », « *tout simplement être là pour le patient (E8)* ») et de s'attacher particulièrement à la mise en place d'une relation de confiance de qualité (« *créer une certaine alliance thérapeutique, [...] je trouve que c'est encore plus important dans ces pathologies-là (E8)* », « *ne pas hésiter à rassurer le patient, [...] et à lui dire que vraiment, avec le médecin, avec le professionnel de santé, il peut tout dire, voilà qu'il n'y a pas de honte, qu'il n'y a pas de jugement (E5)* », « *je pense que c'est bien de pouvoir s'ouvrir à son médecin généraliste d'une manière générale (E2)* »), particularité qui rendait d'ailleurs plus difficile, aux yeux d'une interne, la reprise de suivi d'un·e patient·e qui consultait auparavant un·e autre praticien·ne (« *je trouve que des fois c'est difficile de reprendre des dossiers comme ça, [...] la relation [...] c'est plus compliqué un patient qu'on reprend qu'un nouveau patient (E7)* »). Cela passait notamment par une attitude d'écoute (« *je pense qu'on a un rôle déjà d'écoute (E3)*, « *parfois en fait, juste parler, même si tu n'as pas l'impression que ça ait avancé quoi que ce soit, c'est très utile au patient (E5)* »), avec un rôle actif du·de la soignant·e (« *on reformule ce qu'ils disent, pour leur montrer qu'on les écoute, et puis essayer de voir si on a bien compris, et en général, quand on reformule, soit ils développent parce qu'on a bien reformulé, soit ils reviennent sur ce qu'on a dit parce qu'on a mal compris, mal interprété quelque chose, et en fait ça les amène à développer là aussi (E1)* »). Il apparaît pour cela nécessaire d'être capable de s'adapter à l'individualité du·de la patient·e (« *chaque patient est différent mais c'est un peu eux aussi qui t'aident à savoir [...] si en termes d'accompagnement, [...] en dehors de tout ce qui est très médical, très théorique, [...] très objectif, c'est un peu eux qui t'aident aussi à savoir comment se comporter avec eux (E9)* », « *si je vois qu'il*

est réticent et qu'il ne veut pas, je ne vais pas forcer non plus, il faut s'adapter au patient (E5) »).

De façon presque unanime sont mis en avant les rôles de suivi et de coordination des soins. Le·la médecin généraliste assure le suivi au long cours (« *tu les suis un peu de semaine en semaine et tu vois comment ça évolue (E2) »*), « *on se revoit pour poursuivre la thérapeutique qui a été instaurée (E8) »*), ce qui nécessite de ménager la disponibilité nécessaire au patient (« *une fois qu'on a identifié un état de détresse psychologique, le but c'est d'aménager le temps qu'il faut pour cette prise en charge (E4) »*), « *quand tu mets après un suivi en place et que tu sais que ce patient va prendre longtemps, tu bloques un rendez-vous, tu bloques un temps, tu le mets en fin de journée, ou en fin [...] de matinée [...], pour pouvoir prendre le temps nécessaire (E5) »*) sous peine de manquer de vigilance dans le suivi de son état clinique (« *un suivi donc on a l'habitude, donc "Bah je vous renouvelle comme d'habitude", [...] alors que derrière il y a d'autres choses qui se sont installées, qu'il faut rechercher, [...] donc voilà d'être, on va dire plus prudent peut-être, sur quelqu'un que je revois parce que je sais que je vais peut-être aller trop vite (E8) »*). Cela implique également d'assurer la coordination entre les différent·e·s professionnel·le·s intervenant auprès des patient·e·s (« *le rôle du médecin généraliste [...] c'est vraiment la coordination entre les différents acteurs (E2) »*), avec une mission pour le·la médecin de se constituer un réseau de correspondant·e·s de confiance (« *il faut se faire son réseau (E9) »*), « *quand on arrive dans un secteur, je pense que [...] il faut connaître [...] son secteur, et puis savoir les orientations et tout (E7) »*

L'accompagnement des patient·e·s, selon cinq interlocuteur·trice·s, passe également par des conseils pratiques afin de les guider dans leur parcours (« *je leur fixe un peu des choses à faire parce que ça permet de les orienter quand eux, ils n'arrivent plus du tout à trier (E2) »*), « *essayer [...] de montrer au patient qu'il y a différentes solutions qui s'offrent à lui, différents services adaptés à sa situation (E4) »*).

Le·la médecin généraliste se doit également de savoir manier certains traitements médicamenteux de première ligne, notamment dans la dépression (« *savoir peut-être initier un traitement antidépresseur (E7) »*), en prenant garde à leurs effets indésirables (« *c'est des patients qui vont vite... qui risquent vite de s'y accoutumer (E1) »*), cependant seules deux répondantes exprimaient directement un sentiment de compétence, partiel, à ce sujet (« *il y a des choses que tu sais faire, enfin tu sais mettre un antidépresseur (E9) »*), « *initier un traitement antidépresseur, ça tous les médecins généralistes savent faire (E7) »*).

De plus, sur le plan interactionnel, la confrontation à la souffrance psychologique d'autrui implique pour les praticien·ne·s de se préparer mentalement à ces consultations (« *je pense que, instinctivement je fais ça, enfin je me dis "Ça va... là, la consultation peut être difficile émotionnellement, donc essaye de prendre du recul." (E6) »*), afin de réussir à préserver un équilibre entre empathie et un certain recul nécessaire (« *il faut que je me détache pour ne pas ressentir les mêmes choses que la patiente (E6) »*).

e. Évaluation et adressage auprès des spécialistes de santé mentale

Si la quasi-totalité des interrogé·e·s s'accordent à penser que les médecins généralistes sont en mesure de s'occuper seuls d'un certain nombre de cas de souffrance psychologique (« *je n'oriente pas forcément, parce que je pense qu'il y a certaines choses qu'on peut gérer au cabinet (E4) »*), « *il y a des dépressions qui sont pas sévères qu'on est capable de gérer de A à Z et sans passer par un psychiatre (E9) »*), « *pour des syndromes anxiodépressifs, quand c'est pas... quand j'ai pas l'impression que ça soit sévère, je n'ai pas forcément l'orientation systématique au psychiatre (E1) »*), iels admettent également les limites de leurs compétences, notamment

concernant certains troubles sévères (« *dès que ça rentre dans le plus compliqué, bah j'ai pas l'impression d'avoir le bagage nécessaire [...] pour la prise en charge du patient (E3)* »), « *je sais que pour l'instant je ne suis pas capable d'avoir une prise en charge optimale pour tous les patients qui ont des maladies psychiatriques (E9)* ») et insistent sur leur devoir à l'égard du patient de ne faire que ce qu'ils maîtrisent suffisamment (« *il faut savoir passer la main lorsqu'on se sent dépassé (E4)* »), « *j'essaye un peu de faire la distinction entre "Est-ce que ça relève de ma compétence ou pas ?" (E2)* »), le·la médecin généraliste ayant un rôle distinct du·de la psychologue (« *je considère qu'on n'est pas là non plus pour être des psychologues (E1)* ») et n'étant pas nécessairement apte à mener une psychothérapie structurée (« *la psychothérapie, j'ai pas envie non plus de me donner cette étiquette parce que, voilà, je maîtrise pas et que c'est pas... j'ai pas la compétence pour ça, donc je dirais pas que je suis... que je fasse de la psychothérapie (E1)* »), « *on n'est pas des psychothérapeutes, donc ça c'est le rôle du psychologue aussi, de faire les psychothérapies (E7)* »), qui n'est de toute façon, selon une interne interviewée, pas adaptée au format de la consultation de médecine générale (« *Le format de la consultation de médecine générale ne s'y prête pas pour moi (E8)* »). Ces diverses raisons font que tou·te·s avaient déjà été amené·e·s à adresser des patient·e·s à des spécialistes de santé mentale (« *une fois que ça déborde et qu'on constate qu'il y a effectivement besoin d'un soutien psychologique plus important et pas juste de deux, trois consult, mais ils nous racontent leur vie et leurs souffrances, là il faut déléguer (E1)* »), « *quand je sens que ça nécessite un travail [...] très approfondi ou plus long et plus ancré dans temps, dans ces cas-là effectivement, j'ai tendance à parler au patient d'une consultation avec le psychologue ou du psychiatre en fonction des besoins et des différentes pistes diagnostiques (E4)* »), de même que lors de certaines situations d'urgence (« *si vraiment j'ai peur, je les envoie au CPOA, des trucs comme ça, pour qu'ils soient pris en charge en structure un peu hospitalière (E2)* »), « *on a un service d'orientation pour les urgences psy (E7)* »), mettant en exergue la nécessité de disposer d'un réseau de correspondant·e·s de confiance, déjà évoquée précédemment.

Dans le cas d'un suivi conjoint avec un·e spécialiste de santé mentale, un accueil redouté était le désengagement du·de la médecin généraliste des soins psychiques (« *les patients [...] qui ont leur psychiatre, qui ont leur psychologue, je leur laisse un peu ce monde-là, entre guillemets, à eux (E2)* »), surtout lorsque celui ou celle-ci se sent peu compétent·e dans ce domaine (« *des fois il me pose des questions, je suis pas forcément capable de répondre et en fait à chaque fois je lui dis "Ben vous avez un psychiatre au CMP, il faudra voir avec lui" (E9)* »).

Une difficulté fréquemment évoquée était le déficit d'offre de soins psychiatriques, occasionnant d'importants délais pour la mise en place d'un suivi spécialisé (« *au niveau psy il y a pas assez de moyens donc, par exemple les délais moyens au CMP pour l'orientation c'est trop long (E2)* »), « *pour voir un psychiatre, enfin le patient il va attendre quoi, trois mois, six mois (E9)* »), bien que plusieurs entretiens fassent ressortir une conscience d'être relativement privilégié dans l'accès aux spécialistes en exerçant en région parisienne (« *à Paris effectivement, on a la chance d'avoir beaucoup de structures qui peuvent accueillir des patients, parfois dans l'urgence, parfois dans un temps qui reste acceptable (E4)* »), « *on est à Paris, et à Paris, il y a quand même, même s'il y a moins d'accès, il y a quand même des possibilités, même s'il faut que le patient se déplace un peu plus loin, voilà, il n'y a pas la limitation des transports, de la distance... C'est toujours possible de trouver une solution (E1)* »). Cet état de fait conduit les médecins généralistes à s'attacher à cibler les recours aux soins spécialisés en psychiatrie (« *je considère qu'il faut faire le tri et l'économie, et cibler vraiment les orientations (E1)* »), et parfois à compenser ce manque d'offre de soins (« *le psychiatre [...] c'est difficile à trouver pour le patient [...], donc je sais qu'on a beaucoup quand même de choses à gérer nous-mêmes (E8)* »), « *comme pour tout, dès qu'on se rend compte qu'il y a pas assez de spécialistes on considère que les médecins généralistes doivent quand même avoir un rôle du coup plus important, pour être en alerte sur certaines choses, pour pallier le fait qu'il manque une spécialité (E9)* »).

Les autres freins à l'adressage aux professionnel·le·s de santé mentale, outre la

stigmatisation sociale de la psychiatrie déjà mentionnée, étaient le coût des consultations de psychologie (« *il y a la limitation financière, donc il y a des patients pour lesquels, pour aller voir un psychologue, même une avance de 40 euros, c'est compliqué* (E1) ») ainsi que, pour une interne interrogée, des inquiétudes d'ordre juridique concernant le partage d'informations couvertes par le secret médical avec les psychologues lors de l'adressage (« *je sais jamais trop quelle est la limite à avoir vis-à-vis du secret médical* (E1) »). Globalement, plusieurs répondant·e·s déploraient un manque de contacts avec les professionnel·le·s de santé mentale (« *J'appelle pas assez, [...] j'ai très rarement de contact direct avec les psychologues et les psychiatres* (E2) », « *il y a des lits [...] pour la psychiatrie et tout, mais je trouve que [...] c'est pas assez formé en fait, les réseaux* (E7) »), alors que ce type d'échange était évoqué avec intérêt par une interne (« *Ça m'embête parce que je trouve ça pas mal d'échanger avec les psychologues* (E2) »).

4. *Apports et carences de la formation*

Pour synthétiser ces deux premiers paragraphes, nous pouvons dire que cet examen rétrospectif de la formation reçue et de l'impression de leur propre compétence par les jeunes médecins a permis de mettre en lumière des points forts de la formation au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement de la maladie psychiatrique.

a. *Les atouts de la formation*

Le rôle prépondérant de l'expérience clinique était cité dans tous les entretiens, en particulier au cours des stages de médecine générale, en observation active puis en autonomie, et par le biais des débriefings avec les maître·sse·s de stage, ainsi, pour près de la moitié des répondant·e·s, que par des échanges avec des professionnel·le·s de santé mentale.

Certaines modalités de la formation universitaire étaient valorisées, en particulier les formats interactifs comme les groupes d'échanges de pratiques, et les ateliers pratiques de type jeux de rôles ou ECOS. La participation d'intervenants extérieurs à la spécialité de médecine générale, comme des professionnel·le·s de santé mentale ou des patient·e·s expert·e·s, avait également été appréciée par les étudiant·e·s ayant pu en bénéficier. Lorsque des cours étaient dédiés à une problématique spécifique, les thèmes abordés semblaient correspondre à des situations fréquemment rencontrées par les répondant·e·s dans leur pratique, comme la dépression, les troubles du sommeil ou les addictions.

La principale compétence retirée de leur formation par les jeunes médecins, au vu de ces entretiens, était le souci d'intégrer la souffrance psychologique des patient·e·s dans leur globalité selon le modèle biopsychosocial, central dans l'enseignement actuel de la spécialité de médecine générale. Cela les conduit, dans ce cadre, à investir la question du dépistage de la maladie psychiatrique de façon active devant des plaintes diverses et parfois détournées, notamment en s'attachant à laisser aux patient·e·s suffisamment d'espace d'expression grâce à un mode communicationnel adéquat.

Chacun·e à leur manière, iels expliquaient avoir appris à pratiquer une forme de soutien différente d'une psychothérapie structurée, reposant sur une relation soignant·e - soigné·e de qualité fondée sur l'écoute active du·de la patient·e et son suivi dans le temps. Cette approche s'articulait avec leur implication dans un rôle d'orientation dans le parcours de soins et de coordination des soins.

Dans l'ensemble, la formation semble en partie porter ses fruits, puisque plus des deux tiers des interrogé·e·s disaient se sentir plutôt à l'aise dans leur pratique et s'estimer capables de

s'occuper seul·e·s d'un certain nombre de situations de souffrance psychologique. Toutefois, plusieurs insuffisances de la formation étaient également pointées lors des entretiens.

b. Aspects manquants ou insuffisants

La critique majoritaire à l'égard de la formation au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement des patient·e·s souffrant de maladie psychiatrique était sa grande hétérogénéité. Celle-ci était notamment due, en stage, à l'implication variable des maître·sse·s de stage ainsi qu'à la plus ou moins grande facilité à assister à des consultations en tant qu'observateur selon les terrains de stage, et à l'université au fait que le sujet soit généralement abordé fortuitement, sans formation systématique prévue pour tou·te·s les étudiant·e·s.

Les étudiant·e·s ayant suivi des cours magistraux isolés, que ce soit dans le cadre de la formation universitaire systématique ou de formations complémentaires volontaire, semblaient en avoir retenu peu d'éléments jugés utiles pour la pratique.

Dans leur pratique, environ deux tiers des interrogé·e·s évoquaient des difficultés à appréhender certaines spécificités mises en jeu par la communication avec un·e patient·e en souffrance psychologique, ainsi qu'à surmonter certaines idées préconçues à l'égard des malades psychiatriques, présentes du côté des patient·e·s comme des médecins.

On retrouve dans environ la moitié des entretiens la plainte d'un manque de repères, notamment concernant le diagnostic et l'accompagnement des malades psychiatriques, l'aspect biomédical de ces troubles étant peu abordé dans la formation, ou de façon peu adaptée à la pratique quotidienne.

Le manque de contacts avec les professionnel·le·s de santé mentale et la difficulté d'accès à leurs soins, quasi unanimement déplorée, paraît essentiellement conjoncturel, mais aussi parfois lié à la crainte de la stigmatisation par le·la patient·e et à des difficultés d'ordre déontologique ou juridique pour le médecin, par exemple concernant le respect du secret médical dans les relations avec les psychologues.

Dans l'ensemble, environ un tiers des répondant·e·s s'estimaient peu à l'aise pour dépister, diagnostiquer et accompagner des patient·e·s souffrant de maladie psychiatrique.

Cette analyse de la formation reçue orientait ensuite l'expression des souhaits des praticien·ne·s sur ses évolutions souhaitables.

5. Les souhaits d'évolution de la formation

Un tiers des interviewé·e·s expriment qu'ils auraient souhaité avoir une formation plus approfondie sur ce sujet (« *si on a des formations, on a des choses supplémentaires, c'est toujours bon à prendre, parce qu[e] [...] les situations sont tellement diverses et complexes qu'[] [...] une méthode, on va dire, appliquée sur un patient ne fonctionnera pas forcément sur le patient suivant, donc si on a d'autres approches et d'autres point de vue qui peuvent aider à la prise en charge du patient, moi je ne suis pas contre (E5) »).*

a. Le contenu de la formation

Si une étudiante suggérait une évocation simple du sujet (« *peut-être avoir une introduction pour vraiment être au courant de ce qui existe, de ce qui se fait* (E8) »), laissant l'abord plus détaillé de la discipline à des formations complémentaires proposées au volontariat (« *la formation je pense que ça, ça doit plutôt être personnel, si on a envie de se former, si on a envie de faire ça* (E8) »), la demande générale était plutôt celle d'une formation spécifique plus avancée, portant en particulier sur des questions pratiques (« *avoir peut-être des petits moments plus pratico-pratiques* (E4) », « *comment bien les orienter, nous donner des associations, nous donner des structures* (E9) », « *des petites formations [...] sur [...] comment [...] on peut organiser une orientation* (E7) »), par exemple sur les aspects médico-légaux (« *des cours sur « Qu'est-ce qu'on fait ? », « Qu'est-ce qu'on a le droit ou pas de faire quand quelqu'un nous expose des violences ? », « Qu'est-ce qu'on a le droit ou pas de dire aux psychologues, aux différents interlocuteurs ? », [...] c'est des choses pratico-pratiques dont on a besoin au quotidien* (E1) »), et avec des sessions centrées sur certaines situations fréquentes (« *créer un cours [...] sur la prise en charge du patient dépressif, la prise en charge du patient avec un trouble anxieux* (E8) », « *le typique patient en burn out, franchement on va en voir des milliards, qui vient vous voir "Ben voilà, je suis au bout du rouleau", et puis on essaye de s'entraîner un petit peu à "Comment on réagit ?", "Qu'est-ce qu'on peut lui proposer ?", "Combien de temps d'arrêt ?", "Qu'est-ce qu'il se passe un peu dans sa tête ?", "Est-ce qu'il faut vraiment tout de suite mettre des anxiolytiques, des machins ?"* (E2) »), ainsi que sur le repérage des maladies psychiatriques en médecine générale (« *la première étape c'est de renforcer [...] le dépistage* (E4) », « *pour permettre le repérage de troubles dépressifs, [...] le repérage des maladies psychiatriques en général* (E7) »).

La moitié des répondant·e·s pensaient que la formation devait également s'orienter vers un travail des aptitudes communicationnelles des médecins (« *la communication ça se travaille, [...] ça nécessite de l'entraînement* (E4) », « *comment parler avec eux, comment discuter avec eux* (E3) ») et l'apprentissage de la conduite d'un entretien motivationnel (« *la personne dépendante à une substance, comment essayer de creuser ses motivations* (E3) »), afin de les aider à assumer une posture psychothérapeutique de soutien (« *on a tout un cours sur l'entretien motivationnel, pourquoi ça ne pourrait pas être [...] la psychothérapie de soutien* (E2) », « *Il faudrait peut-être donner au moins des bases de psychothérapie* (E5) »). Concernant une formation plus avancée encore, les avis étaient partagés : deux internes pensaient que la compréhension plus profonde du fonctionnement psychologique des patients serait pertinente à enseigner (« *Le plus difficile c'est vraiment le fonctionnement du psychisme du patient* (E6) »), quand une autre estimait qu'il n'était pas nécessaire d'approfondir autant (« *tout ce qui est compréhension du fonctionnement, [...] ça sera de la recherche personnelle je pense, hein, parce que si ça n'intéresse pas du tout quelqu'un de comprendre comment ça fonctionne dans la tête d'un bipolaire, [...] je ne pense pas que ça soit très important pour un médecin généraliste* (E7) »).

La question de l'enseignement des aspects plus biomédicaux de la psychiatrie partageait également les interviewé·e·s : la moitié environ pensait qu'il ne s'agissait pas d'un aspect à privilégier dans l'enseignement au cours du DES (« *au début d'internat, je pense qu'on était beaucoup formaté ECN, et donc je me rappelle qu'il y avait pas mal de cointernes qui se plaignaient de ne pas avoir des « vrais cours » un peu, enfin, vraiment médicaux, somatiques, les recos, une mise à jour et tout ça, sauf qu'en fait ça c'est un travail qu'on doit apprendre à faire tout seul, dans les bouquins, tout ça* (E1) », « *tout ce qui est diagnostic, évaluation de la gravité, [...] on l'a déjà pas mal appris pendant notre externat, c'est des choses, je pense, qu'on sait quand même assez bien faire* (E6) »), quand l'autre moitié regrettait plutôt de ne pas avoir reçu d'enseignement suffisamment poussé à ce sujet (« *l'aspect théorique, technique me manquait, moi* (E8) »), notamment des notions de base de maniement des médicaments psychotropes (« *peut-être donner vraiment un socle plus solide sur le maniement des psychotropes* (E5) », « *essayer au*

moins de connaître un peu les traitements (E7) »), ainsi qu'une sensibilisation à la limitation de la prescription médicamenteuse (« être plus sensibilisés à tout ce qui est hypermédicalisation (E1) », « comment éviter la surmédication (E6) »), avec une formation à la réévaluation des traitements et de la déprescription (« peut-être sensibiliser à ça, à la déprescription ou à la réévaluation (E1) »).

Environ un médecin sur trois aurait également souhaité être plus informé·e·s sur l'organisation des soins afin d'être préparé·e·s à leur rôle de coordinateur·rice des soins (« des cours sur [...] "Comment ça se passe l'organisation des soins sur un territoire ?", [...] c'est des choses pratico-pratiques dont on a besoin au quotidien et pour lesquelles je trouve qu'on n'est pas assez formé pendant l'internat (E1) », « vers qui je peux les orienter, ou vers quelle structure je peux les orienter si jamais j'ai un souci avec un patient (E3) »).

Enfin, face au poids psychologique de certaines situations rencontrées au cours de leur exercice, deux enquêtées auraient aimé être plus préparées à faire face à ces situations (« essayer d'identifier un peu en amont qu'on ne va pas voir que des rhinopharyngites quoi, et que ça peut nous toucher profondément (E2) ») et être informées sur les recours possibles en cas de souffrance psychologique en tant que praticienne (« de dire [...] "Que faire en fait quand vous êtes dans ce genre de situation, si vous ne vous sentez pas bien suite à une consult qui vous a touchée, ou tout ça" (E2) »).

b. Modalités d'enseignement

i. À l'université

Environ la moitié des étudiants mettaient en avant l'intérêt de la pratique pour progresser dans l'accompagnement des patient·e·s souffrant psychologiquement (« on apprend moins bien, je trouve, en observant les autres faire qu'en faisant nous-mêmes (E1) », « lorsqu'on fait nous-même, on apprend de nos erreurs (E4) »), et la suggestion de loin la plus fréquente concernant la formation universitaire des futur·e·s médecins généralistes à cette problématique était la mise en place de sessions de jeu de rôle, afin que les étudiant·e·s s'exercent de façon pratique à ce type de consultation (« je pense que ça aurait pu nous aider un peu plus d'avoir plus d'exercices de simulation, d'entretiens, de faux entretiens, tout ça, qui auraient pu nous aider un peu plus (E4) », « scénariser des entretiens, je pense que ça aussi ça peut être intéressant (E9) », « peut-être des jeux de rôle aussi pour pouvoir s'entraîner un petit peu sur les réactions qu'on pourrait avoir (E2) »), éventuellement sous forme d'ECOS comme suggéré par une interne (« s'il y a des choses comme ça [les ECOS] qui sont développées sur le plan notamment des souffrances psychiques, ça peut être intéressant, parce que là pour le coup, ça m'a beaucoup aidée, je l'ai réutilisé à chaque consultation un peu d'annonce complexe comme ça (E1) »), bien qu'une étudiante s'inquiétait également d'un potentiel manque d'authenticité de telles simulations (« je trouve pas ça naturel une simulation, j'ai pas l'impression qu'une vraie consultation peut se passer comme en simulation (E6) »). Une limite de ce format pouvait être liée à la difficulté pour certain·e·s étudiant·e·s de se plier à ce type d'exercice en public (« je suis plus gênée par les autres étudiants, je pense, que par les enseignants (E6) »), d'où l'intérêt d'organiser plutôt des sessions par petits groupes (« si c'est vraiment en petit comité, pour les gens très timides comme moi, je pense que [...] ça peut être une des solutions pour la mise en pratique (E6) ») hors d'un contexte d'examen (« du moment que c'est dans la bienveillance et que c'est pas quelque chose de validant (E1) »).

Autour de la moitié des répondant·e·s, accordant une importance à l'existence d'un enseignement commun à tou·te·s les étudiant·e·s (« une formation commune (E3) »), souhaitaient que soient également proposés des cours magistraux (« je pense que le cours c'est quand même plus simple à mettre en œuvre pour pouvoir donner des informations claires, nettes et réutilisables

dans le quotidien (E5) »), pouvant être associés à des sessions pratiques ensuite (« Il faut revoir la théorie avant, pour moi [...] c'est indispensable d'avoir un minimum de théorie avant d'être plongé dans l'expérience interactive (E8) »), tout en insistant sur la nécessité de laisser suffisamment de place à l'interaction entre élèves et enseignants (« ça serait beaucoup plus intéressant [...] qu'on ait plus d'ateliers où on peut vraiment discuter (E9) »), par exemple par le biais de l'analyse de vidéos de consultations en cours (« j'avais une fois fait [...] un cours, [...] à la fac, et [...] c'étaient des vidéos et on devait critiquer les vidéos, par exemple sur des entretiens entre patient et médecin, [...] et en fait je me dis peut-être qu'on devrait faire ça, par rapport aux maladies psychiatriques (E9) »).

Quatre enquêtés mettaient également en avant le bénéfice du partage d'expérience entre praticien·ne·s (« en partageant peut-être ce genre de cas, d'expérience, [...] avec des pairs (E6) »), qui pourrait notamment être mis en œuvre par l'instauration de groupes d'échanges de pratiques dédiés spécifiquement à cette problématique (« je pense que des analyses de pratiques, mais vraiment dédiées au motif de consultation troubles psychiques [...], ça pourrait être hyper intéressant (E6) », « des GEP, des Groupes d'Échanges de Pairs axés là-dessus (E4) »).

Concernant le moment du cursus à privilégier pour cet enseignement, les avis étaient extrêmement divers, entre le début d'internat (« ça serait utile, si c'est possible, dans les débuts, la première année d'internat, [...] avant de passer le SASPAS (E7) »), la fin du DES (« peut-être au moment plutôt du SASPAS du coup, parce que c'est à ce moment-là que tu te retrouves seul face aux patients, où tu te rends vraiment compte peut-être que la médecine générale c'est beaucoup de psychiatrie, en tout cas moi c'est là où je m'en suis rendue compte (E8) »), ou plutôt une formation continue au long de l'internat (« à chaque stage, enfin peu importe, vraiment en continu sur notre formation, il faudrait que ce soit mis en place (E6) ») avec un accent mis sur les périodes correspondant aux stages de médecine générale (« on voit de la psychiatrie en consultation de médecine générale régulièrement, donc je pense que c'est à ce moment-là qu'il faut insister dessus (E9) »).

ii. En stage

La formation de terrain, dont le rôle était rappelé dans plusieurs entretiens (« tout ce qui est accompagnement des patients, orientation des patients, ben ça, ça passe par la pratique (E1) », « c'est sur le tas donc tu t'entraînes tout seul quoi (E2) »), devait certes passer en premier par l'observation active (« il y a peut-être une part d'apprentissage aussi quand on les regarde faire aussi au début, en [...] observation active [...]. Ça c'est pas mal aussi pour prendre des techniques (E2) »), en gardant à l'esprit qu'un tel format pouvait perturber la relation entre le·la praticien·ne et son·sa patient·e (« le problème de l'observation active c'est que du coup, tu es à deux avec le patient et c'est pas du tout la même relation, je trouve (E2) »), mais surtout par la pratique autonome suivie de débriefings approfondis avec les maîtres de stage (« peut-être en stage de SASPAS, se dire qu'on fait des points un peu plus longs sur les dossiers psychiatriques (E8) », « en médecine de ville donc quand tu as tes consultations, [...] éventuellement en faisant, [...] par exemple aussi des analyses de pratiques avec tes praticiens (E6) »). Les stages devaient aussi selon deux médecins être l'occasion d'un partage d'expérience avec le maître de stage (« pouvoir partager avec ton maître de stage, voir comment lui il aurait géré cette situation (E6) », « peut-être que le maître de stage prenne un peu plus le temps de dire, [...] comment il a diagnostiqué la pathologie de la patiente qu'on suit, raconter bien l'histoire, quelles difficultés il a eues, oui plus un partage d'expérience peut-être à approfondir (E8) ») et de conseils pratiques de sa part (« être [...] plus axé [...] sur comment on gère une première consult (E8) »). Le principal écueil de la formation de terrain, verbalisé par trois interviewés·e·s, était l'inévitable hétérogénéité entre différents terrains de stage, influençant la qualité de la formation de chacun (« tout le monde n'a

pas forcément, entre guillemets, la chance d'être confronté à ces... à des situations complexes en étant accompagné et en supervision du maître de stage ou... que ce soit à l'hôpital ou en ville (E1) », « moi je trouve que j'ai eu de la chance [...], mais je pense qu'il y a des personnes qui tombent pas dans des stages où les gens sont aussi cool (E9) »).

Afin de favoriser la prise de conscience du ressenti des patient·e·s lors d'un tel accompagnement, une interne formulait la proposition, à l'image de l'exigence faite aux psychanalystes de suivre eux·elles-mêmes une thérapie analytique, de mettre en place des consultations ou une évaluation psychothérapeutique aux futur·e·s médecins généralistes, afin de leur faire vivre l'expérience du côté patient·e (« *Ou alors avoir des consult obligatoires de psychothérapie pour les internes, une évaluation psychothérapeutique, je sais pas, pour qu'ils se rendent compte et qu'ils puissent faire le point sur le transfert et le contre transfert qu'ils pourraient potentiellement se prendre en pleine tête (E2) »*).

c. Participation de professionnel·le·s de santé mentale

Une demande récurrente exprimée dans les entretiens réalisés était celle d'une participation de professionnel·le·s de santé mentale auprès des étudiant·e·s en formation (« *ce serait pas mal d'avoir un éclairage un peu psychothérapeutique et psychiatrique (E2) », « ça serait beaucoup plus intéressant qu'on ait quand même, même des psychiatres, ou des médecins généralistes qui font de l'addictologie, ou des médecins généralistes qui gèrent beaucoup les patients psychiatriques (E9) »*), que ce soit par l'observation de consultations spécialisées (« *avoir ce temps d'observation d'un praticien qui est formé ou qui est à l'aise, en tout cas, avec la prise en charge de ce type de patients (E6) », « peut-être [...] une demi-journée chez le psychiatre, une demi-journée chez le psychologue, peut-être plutôt voir un peu comment ils travaillent (E8) »*), ou bien l'organisation de sessions donnant lieu à des retours de ces professionnel·le·s concernant l'accompagnement de patient·e·s leur ayant été adressé·e·s par des médecins généralistes (« *des interventions auprès des internes sur les motifs de consultation qu'ils reçoivent, enfin les médecins généralistes qui leur orientent des patients par exemple (E6) », « ça pourrait être très bénéfique pour eux aussi de nous donner leurs attentes vis-à-vis de notre pratique dans leur spécialité (E9) »*), ou encore par des cours dédiés à la formation à l'entretien psychiatrique dispensés par des spécialistes (« *peut-être nous donner des pistes pour s'orienter en consultation, enfin on ne peut pas dire des phrases types mais [...] pour nous aider [...] à orienter la consultation correctement (E6) »*).

Cinq enquêté·e·s évoquaient même la piste de la création d'un stage dédié à la santé mentale (« *soit un stage obligatoire [...] dans une unité de psychiatrie, ou bien faire de la consultation externe pour voir comment ça se passe aussi, ou [...] par exemple des professionnels qui font de la psychothérapie, par exemple des médecins généralistes qui sont formés à la psychothérapie, donc dans un passage chez le généraliste, on pourrait voir ce genre de choses (E5) », « au moins un passage dans un centre spécialisé type CMP, au moins un passage dans notre formation (E7) »*), en veillant à ce que la pratique apprise soit applicable en ville, donc en tenant compte de l'écart entre la pratique psychiatrique hospitalière et les situations rencontrées en ambulatoire (« *qu'on ait plus accès à des stages où on voit pas que de la pathologie psychiatrique lourde, déjà, ce serait déjà un premier point (E9) », « la partie hospitalière est complètement différente de ce qu'on voit en ville, donc c'est pas la même approche non plus (E5) »*).

IV. Discussion

1. Une situation fréquente demandant une formation spécifique

Les réponses des interviewé·e·s concernant la fréquence des troubles psychiatriques et de la souffrance psychologique au sens large rejoignent les données de la littérature, à savoir qu'il s'agit de situations rencontrées fréquemment en médecine générale, représentant autour d'un quart des consultations (21). De ce fait, il n'est pas surprenant de constater qu'émerge globalement une exigence de recevoir une formation spécifique des internes de médecine générale au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement des patient·e·s souffrant de maladie psychiatrique.

Or, la vision d'ensemble des entretiens offre plutôt la description d'une formation parcellaire, en stage comme à l'université, le sujet étant généralement abordé au coup par coup, au sein de séances sans thème prédéfini. Ce manque de notions ou de thématiques spécifiques à la santé mentale définies à traiter au cours du parcours des internes a pour conséquence le ressenti d'une importante hétérogénéité de formation entre étudiant·e·s, qui semble de ce fait ne généralement pas parvenir à atténuer les différences de niveau entre étudiants présentes initialement, liées aux expériences personnelles et à la formation antérieure éventuelle.

Malgré ce reproche fait par les étudiant·e·s, le recours à des formations complémentaires semble marginal, leurs préoccupations s'orientant plutôt, à ce niveau de formation, autour de la dimension somatique ou globale plus généralement. Ce constat montre de fait l'importance de repenser la formation commune sur ce sujet.

2. Confusion entre souffrance psychique et maladie psychiatrique

L'analyse des entretiens permet de nettement entrevoir une confusion entre les notions de souffrance psychologique et de maladie psychiatrique dans l'esprit des jeunes médecins interrogé·e·s. Il convient toutefois de distinguer ces deux notions, qui ne doivent pas être confondues car n'ayant pas exactement les mêmes implications.

La souffrance psychologique humaine peut se définir comme une expérience désagréable, au même titre qu'une douleur physique, causée par la non satisfaction des besoins psychologiques de l'individu (26). Dans le domaine de la psychologie sociale et de la personnalité, le terme de souffrance sociale est utilisé pour dénoter une détresse émotionnelle causée par un échec d'une connexion sociale forte (27). Ces états mentaux peuvent ainsi être vécus dans des situations aussi diverses qu'une rupture amoureuse ou amicale, une exclusion sociale, une situation humiliante, un deuil...

Une catégorie particulière à noter, de par sa fréquence dans la pratique médicale, est la souffrance psychologique secondaire à une dégradation de la santé physique, notamment lors d'une maladie grave et/ou chronique, vécue comme une agression extérieure par le·la patient·e et qui lui fait subir de nombreuses expériences pouvant être vécues comme des violences (28).

La maladie psychiatrique quant à elle, généralement désignée sous le vocable « trouble psychiatrique » ou « trouble mental », se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu, et regroupe une grande variété de troubles définis par des critères précis, par exemple comme définis

au sein de classifications spécifiques comme la CIM-11 (29) ou le DSM-5-TR (30). Elles impliquent dans la plupart des cas une souffrance psychologique, mais cela n'est pas systématique, et surtout elles ne constituent pas la totalité des situations de souffrance psychologique, qui recourent un champ beaucoup plus vaste.

Ainsi, la confrontation à la maladie psychiatrique implique des compétences diagnostiques et thérapeutiques comparables à celles nécessaires pour toute autre maladie, sur lesquelles portaient en partie les demandes d'approfondissement de la formation, tandis que la dimension d'accompagnement abordée dans les différents entretiens semble plutôt tournée vers la souffrance psychologique.

3. L'attente principale des médecins : savoir-faire, savoir-être ?

Il ressort des entretiens que les consultations consacrées à des situations de souffrance psychologique feraient appel à des habilités spécifiques par rapport à d'autres situations, notamment en termes communicationnels et relationnels.

C'est en ce sens que semblent aller les nombreuses demandes d'enseignement de compétences communicationnelles et psychothérapeutiques formulées par les jeunes médecins. Ces demandes, en ce qu'elles semblent englober l'entièreté ou presque de l'attitude verbale et non verbale du·de la praticien·ne durant l'entretien, semblent dépasser celles de l'enseignement d'un savoir-faire, mais semblent tendre vers celui d'un savoir-être.

Cette notion, fréquemment mobilisée dans le milieu professionnel où elle est opposée aux savoirs et au savoir-faire (31), recouvre en réalité des capacités variées, qui peuvent différer selon le contexte dans lequel elle est invoquée (32). Parmi les compétences fréquemment associées à cette notion, on trouve des savoirs théoriques, qui sont pourtant supposés constituer une entité spécifique distincte. On trouve également des comportements liés à l'efficacité ou bien des capacités d'analyse logique, que l'on pourrait quant à eux considérer comme des savoir-faire. Il existe donc un chevauchement entre le « savoir-être » dans ses acceptions les plus communes et les savoirs et savoir-faire.

Pour ce qui concerne l'être dans son sens premier, on peut se demander de quelle manière il peut s'agir d'un savoir. En effet, bien que la façon d'être de chacun puisse en partie reposer sur l'apprentissage de connaissances et l'expérience, d'où la difficulté à établir une frontière étanche entre les trois notions évoquées précédemment, celle-ci dépend aussi largement de notre personnalité et d'éléments moins conscients dans notre rapport humain. Il serait illusoire de penser que le savoir repose uniquement sur un apprentissage théorique ou même expérimentiel, sans imaginer qu'il puisse être nécessaire d'explorer plus profondément ses réactions, par exemple dans le cadre de groupes Balint, sachant qu'il est d'autant plus difficile d'appréhender cette notion de fonctionnement plus enfoui que le sujet n'a pas l'habitude de l'explorer (33).

Cette demande d'apprentissage d'un « savoir-être » semble en fait être un besoin d'aide face aux difficultés que soulève le dialogue interpersonnel et la confrontation entre d'une part, le savoir théorique du·de la praticien·ne, et d'autre part le savoir expérimentiel du·de la patient·e. Cette rencontre de points de vue différents semble particulièrement délicate à appréhender dans le cadre de la souffrance psychologique, qui touche directement aux émotions et peut par conséquent occasionner d'importants mouvements de transfert et contre-transfert, qui sont justement des concepts issus de la psychanalyse (34,35). C'est précisément à l'analyse de ces mouvements internes du·de la patient·e et du·de la médecin que sont destinés les groupes Balint précédemment évoqués, qui pourraient ainsi possiblement contribuer à répondre à la demande des étudiant·e-s

(36). Une autre possibilité pour explorer cette dimension pourrait être la contribution de patient·e·s expert·e·s afin de sensibiliser les internes au ressenti des soigné·e·s lors de leur parcours de soins (37).

Cette spécificité dans la force des émotions qui peuvent naître chez le·la médecin des échanges avec son·sa patient·e implique aussi de porter l'attention sur la santé mentale des médecins, qui doivent être en capacité de reconnaître leur propre souffrance et qui doivent bénéficier de recours adéquats dans cette situation.

4. *Théories structurantes*

L'analyse de leur pratique et leurs souhaits concernant les orientations de la formation montrent que les jeunes médecins généralistes articulent leurs soins autour de plusieurs grands principes structurants.

a. *Le modèle biopsychosocial*

Ainsi, la moitié d'entre eux·elles décrivent leur pratique en faisant appel au modèle biopsychosocial, qui tient compte de l'intrication des aspects biologiques, psychologiques et sociaux dans l'état de santé des personnes (25). Cette approche implique de s'éloigner d'une conception médicale reposant sur un clivage somato-psychique inopérant pour de nombreux problèmes de santé, notamment chroniques (38), et de faire l'effort de s'en tenir à distance y compris lors du recours à des spécialistes de santé mentale, autrement dit de travailler avec ces professionnel·le·s plutôt qu'à côté d'eux·elles.

b. *L'approche psychothérapeutique*

D'autre part, les jeunes médecins soulignaient l'importance, particulièrement dans les situations de souffrance psychologique de laisser la place à l'écoute des patient·e·s et de s'attacher à l'instauration d'une relation de confiance de qualité. Cette relation, renforcée au fur et à mesure d'un suivi dans le temps, étant un prérequis nécessaire afin de pouvoir prodiguer des soins de qualité. À la lumière de la définition de Jean Guyotat qui stipule qu'« il y a psychothérapie chaque fois que sont utilisées à des fins thérapeutiques les mouvements affectifs mis en jeu à l'intérieur de l'esprit du malade et à l'occasion de la relation avec son thérapeute » (39), il apparaît donc que la majorité des médecins généralistes adoptent auprès de leurs patients en souffrance psychologique une approche psychothérapeutique, que l'on peut qualifier de psychothérapie de soutien (40) et qui est une thérapie non codifiée visant à rétablir ou maintenir l'équilibre psychologique du patient (41). Il existe ainsi bien un caractère de psychothérapie dans l'exercice du médecin même si peu nombreux sont ceux qui utilisent ce terme pour décrire leur pratique (40).

Ce constat amène à opérer une distinction entre les notions de relation de soins et de psychothérapie. La relation de soins repose sur l'instauration d'éléments d'échanges suffisamment positifs, associant écoute et empathie, pour espérer développer des interactions avec le patient dans le présent et à l'avenir dans le but de renforcer le lien, et peut avoir des vertus thérapeutiques par elle-même (42), elle s'inscrit comme continuité et mode relationnel de l'instant. La psychothérapie, quant à elle, consiste en une évaluation de la problématique psychique pour mettre en place une méthode structurée et spécifique permettant d'aider le·la patient·e à retrouver un

équilibre plus stable (43). Cela sous-tend un engagement, une fréquence de rendez-vous et un travail sur le moyen à long terme, la temporalité est donc différente. La psychothérapie structurée se distingue donc d'une disposition innée, et son apprentissage s'impose par conséquent, possiblement avec le concours de professionnel·le·s de santé mentale (psychologues, psychiatres, médecins généralistes psychothérapeutes) comme le suggèrent les étudiant·e·s interrogé·e·s.

c. Le rôle de coordinateur·rice des soins

Un autre concept central abordé au cours des entretiens était celui du rôle, pour le·la médecin généraliste, de coordinateur·rice du parcours de soins des patient·e·s. On retrouve en effet, dans les discours des médecins, plusieurs éléments constitutifs de cette compétence telle que définie dans la marguerite des compétences élaborée par le CNGE, certains évoqués plus haut dans cette partie tels que « Être le référent du patient dans l'espace et la durée », « Prendre en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement », ou « Mettre en place et entretenir une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue », ainsi que d'autres points récurrents comme la collaboration avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du·de la patient·e (44). Ce rôle s'articule en fait avec le modèle biopsychosocial évoqué précédemment, celui-ci permettant d'intégrer les contributions des autres intervenants dans une approche globale du·de la patient·e (45). Le·la médecin généraliste, en fonction de son évaluation de la situation du·de la patient·e, peut être amené·e à l'orienter vers d'autres interlocuteurs, ce qui nécessite de solides compétences dans le domaine de la psychopathologie pour savoir au mieux orienter les patient·e·s. C'est notamment en ce sens que pourrait intervenir la création d'un stage dédié en partie ou en totalité à la santé mentale dans la maquette du DES de médecine générale, tel que demandé par la majorité des interrogé·e·s. Cet aspect de la pratique implique d'autre part, comme cela est souligné dans plusieurs entretiens, une bonne connaissance de son environnement de travail (psychologues et psychiatres, structures dédiées à la santé mentale comme les CMP, services d'urgence, associations...).

Cette nécessité se heurte toutefois régulièrement à des obstacles qui dépassent les seules compétences du·de la médecin généraliste.

5. Les difficultés d'accès aux soins de santé mentale

Plusieurs freins mentionnés au cours des entretiens entravent l'accès des patient·e·s aux soins de santé mentale, impactant de fait l'exercice du·de la médecin généraliste. Le premier se trouve dans le cadre contraint de la consultation de médecine générale, notamment en termes de durée, pouvant limiter la disponibilité du·de la médecin à recevoir la plainte et à prendre le temps d'y répondre (46). Plusieurs jeunes médecins interrogé·e·s décrivent en effet le stress généré par le retard pris sur leur consultation lorsqu'ils prennent le temps de se consacrer pleinement aux patient·e·s en souffrance psychologique.

Les autres freins se situent plutôt à l'échelon des soins spécialisés. Il s'agit notamment de la baisse de la démographie médicale, avec de longs délais d'attente pour obtenir des consultations de psychiatrie, notamment dans des structures publiques permettant une dispense d'avance de frais (47). Le problème de l'accessibilité financière est en effet prégnant dans ce cas, environ la moitié des psychiatres libéraux d'Île-de-France exerçant en secteur 2, donc pratiquant des dépassements d'honoraires (48) et les consultations auprès d'un·e psychologue s'élevant en moyenne à 80 € par séance à Paris, généralement non remboursées (49). Le dispositif Mon Parcours Psy, mis en place en 2022 pour répondre à cette difficulté, a à ce jour présenté des résultats mitigés, de nombreux

psychologues critiquant un manque de reconnaissance de leur pratique ainsi que des modalités d'adressage et une limite de consultation annuelles trop contraignants (50), ce qui devrait amener à une réflexion sur son adaptation.

D'autre part, la stigmatisation de la maladie psychiatrique encore présente dans la société peut dissuader les patient·e·s de recourir à ces soins afin de ne pas être associé aux préjugés associant les malades à une notion d'incurabilité et d'inadaptation à la vie en société (51). Il reste du chemin à parcourir pour libérer les individus du stigmate de leur maladie, pour diffuser l'idée qu'il n'y a pas de « schizophrène » ou de « déprimé » mais des patients en prise avec la schizophrénie ou la dépression, pas plus qu'il n'est pertinent d'essentialiser les « obèses » (52) ou les « diabétiques ».

6. Modalités d'enseignement : comment marquer la mémoire des étudiant·e·s

Les retours des jeunes médecins concernant leur formation universitaire évoquent une grande différence d'impact selon le format des enseignements. En effet, si les cours magistraux seuls avaient pour la plupart peu marqué les mémoires, les formats plus interactifs, demandant une participation directe des étudiant·e·s, semblaient avoir davantage retenu leur attention et étaient privilégiés dans les recommandations des jeunes médecins pour faire évoluer la formation.

Ces observations rappellent l'importance, au-delà de l'existence même d'un enseignement, de conditions favorables à la mémorisation de son contenu. Les neurosciences ont identifié au moins quatre facteurs qui déterminent la vitesse et la qualité de l'apprentissage (53) :

- le maintien de l'attention (54) ;
- l'engagement actif de l'étudiant·e avec une mise en application régulière des connaissances acquises (55) ;
- une évaluation avec retour d'informations des enseignants pointant les progrès potentiels (56) ;
- la consolidation, avec automatisation des connaissances, qui sont transférées vers des réseaux cérébraux non conscients, libérant des ressources mentales pour de nouvelles tâches (57).

Le meilleur souvenir des sessions interactives avec une implication des internes, comme par exemple dans le cadre de jeux de rôle, plutôt que de cours magistraux, peut ainsi s'expliquer par le fait que ces modalités permettraient de mieux respecter ces piliers de l'apprentissage.

V. Conclusion

Ce travail montre que, si le socle basé sur la prise en charge globale et la coordination des soins semblait assez bien acquis au cours des formations théorique et pratique, la formation autour de la santé mentale apparaît plus hétérogène.

On observe ainsi qu'une confusion s'opère fréquemment entre santé mentale et maladie psychiatrique, qui sont pourtant deux problématiques distinctes et qui confrontent les jeunes médecins généralistes à des difficultés de deux ordres.

Les premières concernent la maladie psychiatrique à proprement parler, nécessitant l'acquisition de compétences diagnostiques et thérapeutiques dédiées. Il ressort en particulier des entretiens réalisés un besoin d'apprentissage de techniques psychothérapeutiques adaptées à la pratique de la médecine générale, de préférence avec l'aide de professionnel·le·s de santé mentale comme des psychologues ou psychiatres.

Les secondes ont trait à la souffrance psychologique de façon générale, abordée en pratique dans le cadre d'une approche biopsychosociale du·de la patient·e. Ainsi, au sein de la relation de soin, la relation thérapeutique avec un patient en souffrance psychique est singulière en ce qu'elle induit au minimum une posture de soutien, voire une thérapie plus structurée. Les internes questionné·e·s sont majoritairement demandeur·euse·s d'aborder ces questions spécifiques de façon plus approfondie. Cette spécificité de la relation thérapeutique en santé mentale implique par ailleurs une capacité du·de la médecin à s'adapter à la singularité de chaque patient·e, d'où l'intérêt d'apprendre à analyser ses propres émotions en réaction aux interactions avec l'autre, par exemple par l'intermédiaire de la participation à des groupes Balint, et également d'être attentif·ive à sa propre santé mentale afin d'être en mesure d'accueillir la souffrance des patient·e·s.

Il apparaît donc que la santé mentale est une problématique fréquemment rencontrée par les praticien·ne·s de médecine générale, et dont certaines spécificités nécessitent qu'y soit consacrée une formation spécifique.

Concernant sa mise en œuvre concrète, notons qu'au-delà de l'existence d'une formation, la structuration de celle-ci joue un rôle central dans l'apprentissage. C'est le sens de l'attrait des étudiant·e·s pour les formats d'enseignement interactifs comme les jeux de rôle, laissant une place importante à la mise en pratique des connaissances, qui seraient favorables à une meilleure mémorisation des apprentissages.

Quant à la formation pratique, les stages ambulatoires étaient généralement vus comme un lieu important pour l'acquisition de compétences, que ce soit lors des phases d'observation active ou, surtout, lors des phases d'exercice en autonomie. Une suggestion largement portée par les interrogé·e·s concernait l'opportunité de l'intégration à la maquette du DES de médecine générale d'un module dédié à la santé mentale.

Enfin, ces entretiens, au cours desquels les jeunes médecins mettaient également en avant leur rôle de coordinateur des soins, étaient par ailleurs l'occasion d'aborder des difficultés rencontrées dans le domaine de la santé mentale qui dépassaient le cadre de la seule formation des internes. Il s'agissait, en premier lieu, des contraintes liées au format de la pratique de la médecine générale, en particulier en termes de durée de consultation, et surtout des difficultés d'accès aux soins de santé mentale pour les patient·e·s, à l'origine de retards de soins et de situations difficiles à appréhender pour les médecins généralistes.

Ainsi, les évolutions souhaitables de la formation des internes de médecine générale aux soins de santé mentale ne doivent pas dispenser d'une réflexion plus générale sur l'organisation du système de santé français, notamment ambulatoire, et sur la place qu'accorde notre société à la santé mentale des citoyen·ne·s.

VI. *Bibliographie*

1. Observatoire européen des systèmes de soins de santé, éditeur. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University press / McGraw-Hill; 2007. (European observatory on health systems and policies series).
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. sept 2011;21(9):655-79.
3. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Épidémiologique Hebd*. oct 2018;(32-33):637-44.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous : vue d'ensemble* [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356117>
5. Organisation Mondiale de la Santé. Organisation Mondiale de la Santé. 2022. *Santé mentale : renforcer notre action*. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. De Mol J. Aspects psychologiques des maladies somatiques. *J Psychol*. 1 févr 2010;n° 275(2):24-24.
7. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>
8. Base de données Eurostat. *Décès dus au suicide, par sexe* [Internet]. 2022 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=fr>
9. *Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche*.
10. Jourdain-Menninger D, Strohl-Maffesoli H. *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2004 févr. Report No.: 2004 027.
11. Organisation Mondiale de la Santé. *Santé des adolescents et des jeunes adultes* [Internet]. 2022 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
12. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *Eur Neuropsychopharmacol*. août 2013;23(8):879-86.
13. *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005- 2010)* [Internet]. Cour des Comptes; 2011 déc [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_public_thematique_soins_psychiatrie.pdf

14. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques; 2004 oct. Report No.: 347.
15. Ipsos pour FondaMental et Klésia. Perceptions et représentations des maladies mentales [Internet]. 2014 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://www.fondamental.org/sites/default/files/rapport_ipsos_fondamental_1.pdf
16. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*. déc 2012;12(1):128.
17. Üstürn TB, Sartorius N, éditeurs. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester ; New York: Published on behalf of the World Health Organization [by] Wiley; 1995. 398 p.
18. Verhaak PFM, Schellevis FG, Nuijen J, Volkens AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry*. mars 2006;28(2):125-32.
19. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. In: *EM-Consulte Psychiatrie*. Paris: Elsevier-Masson; 2002. p. 37-956-A-20.
20. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. nov 2004;82(11):858-66.
21. Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez LA, Frangeuil A, et al. Détection par le médecin généraliste des troubles psychiatriques courants selon l'auto-questionnaire diagnostique le Patient Health Questionnaire : dix ans après, le dispositif du médecin traitant a-t-il modifié la donne ? *L'Encéphale*. févr 2018;44(1):22-31.
22. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):182-94.
23. Riquin É, Malka J. Impacts psychiques des maladies somatiques chroniques et troubles somatoformes à l'adolescence. In: *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 22 mars 2024]. p. 148. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-148.htm>
24. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. mai 2006;10(4):287-287.
25. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
26. Shneidman ES. *Psychological Pain Survey*. In: *The Suicidal Mind* [Internet]. Oxford University Press New York, NY; 1996 [cité 29 mars 2024]. p. 173-8. Disponible sur: <https://academic.oup.com/book/54158/chapter/422415634>

27. MacDonald G. Social pain and hurt feelings. In: Corr PJ, Matthews G, éditeurs. *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2009 [cité 29 mars 2024]. p. 541-55. Disponible sur: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511596544A049>
28. Ferragut É. *Agressions et maltraitances*. Paris: Masson; 2006. (Psychosomatique, santé, douleur).
29. Organisation Mondiale de la Santé. *Troubles mentaux* [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
30. American Psychiatric Association, éditeur. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1050 p.
31. France Travail. France Travail. 2024. Les 3 types de compétences à valoriser lors de votre candidature. Disponible sur: <https://www.francetravail.fr/candidat/vos-recherches/preparer-votre-candidature/les-3-types-de-competences-a-v-1.html>
32. Faure F, Cucchi A. Quelle caractérisation du savoir-être ? Une revue de la littérature en deux temps. *RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep*. 8 juill 2020;n° 39, 9(2):3-25.
33. Lagueux R. L'élaboration en groupe Balint... Antidote au malaise des soignants: *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2 janv 2014;n° 61(2):41-54.
34. Freud S, Meyerson I, Berger D. *L'interprétation des rêves*. Nouv. éd. augm. et entièrement rev. par Denise Berger. Paris: Presses universitaires de France; 1987.
35. Freud S. Die Zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie. In: *La technique psychanalytique* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/la-technique-psychanalytique--9782130619543.htm>
36. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *J Psychol*. 1 juill 2009;n° 270(7):29-30.
37. Friconneau M, Archer A, Malaterre J, Salama F, Ouillade MC. Le patient-expert: Un nouvel acteur clé du système de santé. *médecine/sciences*. déc 2020;36:62-4.
38. Ferragut É. Les dangers du clivage psyché / soma. *J Psychol*. 1 mars 2009;n° 266(3):32-4.
39. Guyotat J. *Psychothérapies médicales*. Paris New York Barcelone: Masson; 1978. (Collection Médecine et psychothérapie).
40. Moreau A, Le Goaziou MF. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale. *Exercer*. févr 2003;66(1):11-4.
41. Haute Autorité de Santé. *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours* [Internet]. 2017 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
42. Menaut H. Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie Soc Trait*. 19 juin 2009;n° 101(1):78-83.

43. Marc E. Qu'est-ce qu'une psychothérapie ? In: Pratique de la psychothérapie EMDR [Internet]. Dunod; 2017 [cité 11 avr 2024]. p. 11-8. Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr-2017--9782100737802-page-11.htm?ref=doi>
44. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.
45. Société Française de Médecine Générale, Fondation April. Société Française de Médecine Générale. 2010. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Disponible sur: https://www.sfmng.org/publications/les_publications/le_patient_et_son_generaliste_medecin_traitant.html
46. Collège de la Médecine Générale [Internet]. 2019. La psychothérapie en médecine générale. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/Psychotherapie-en-MG-2019.pdf>
47. Dupays S, Emmanuelli J. Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2020 juill p. 132. Report No.: 2019-090R.
48. Sylvestre M. URPS Médecins Libéraux Île-de-France. 2022. L'exercice libéral en psychiatrie. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/les-specialites/psychiatre/>
49. Psychologie.com. Observatoire de la psychologie - Baromètre de la psychologie en ligne 2021 [Internet]. Analyse de statistiques présenté à; 2021 mai. Disponible sur: <https://www.psychologue.net/site/own/observatoire-psychologie-en-ligne2021.pdf>
50. Cousin S. Que Choisir. 2023. Le fiasco du dispositif « Mon Psy ». Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/actualite-sante-mentale-le-fiasco-du-dispositif-mon-psy-n107002/>
51. Milon A. La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. Sénat; 2009 avr. Report No.: 328 (2008-2009).
52. Cornet P. Corps obèse et société - Regards croisés entre médecins et patients [Internet] [Thèse de doctorat d'Université en sciences humaines et sociales]. Université Paris-Est; 2015. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/these_philippe_cornet__2015__054595100_1645_28122017.pdf
53. Dehaene S. Les grands principes de l'apprentissage. Colloque présenté à; 2012 nov 20; Collège de France, Paris.
54. Dehaene S. L'attention et le contrôle exécutif. Colloque présenté à; 2015 janv 13; Collège de France, Paris.
55. Karpicke JD, Roediger HL. The Critical Importance of Retrieval for Learning. Science. 15 févr 2008;319(5865):966-8.
56. Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. Rev Educ Res. mars 2007;77(1):81-112.

57. Labaronne M. Liens bidirectionnels entre mémoire de travail et mémoire à long terme : Rôle des mécanismes de la mémoire de travail et des intentions [Psychologie cognitive]. Université Lumière - Lyon II; 2023.

Annexe 1

Guide d'entretiens individuels initial

- Présentation du sujet de thèse :

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale et j'effectue un travail de thèse concernant le ressenti des internes en DES de médecine générale à propos de leur formation à l'accompagnement des patients en situation de souffrance psychique.

Pour cela je réalise des entretiens individuels d'internes de médecine générale, que j'enregistre à l'aide d'un dictaphone. Ces entretiens sont anonymes, votre nom ne sera pas cité, et les enregistrements seront détruits après retranscription.

- Recueil des caractéristiques socio-démographiques :
Âge / Genre / Année de DES / Faculté du D.E.S. de médecine générale
- Guide d'entretien : **Question principale** / *Questions de relance éventuelles*

1) Quelle formation avez-vous reçu au cours de votre D.E.S de médecine générale concernant l'accompagnement des patients en situation de souffrance psychique ?

- *Volume ?*
- *Thème des enseignements ?*
- *Format d'enseignement ?*
- *Répartition au cours du D.E.S. ?*

2) Comment appréhendez-vous l'accompagnement des patients en souffrance psychique lors de votre pratique ?

- *Importance quantitative dans la pratique*
- *Rôle du médecin généraliste dans ce type de situation ?*
- *Posture active / en retrait ?*
- *Vous sentez-vous à l'aise dans cet exercice ?*
- *Principales difficultés ?*

3) Quelles évolutions devraient selon vous être apportées à la formation des internes de médecine générale concernant l'accompagnement des patients en souffrance psychique ?

- *Volume horaire ?*
- *Type d'enseignement ?*
- *Formation théorique / pratique ?*

Annexe 2

Guide d'entretiens individuels final

- Présentation du sujet de thèse :

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale et j'effectue un travail de thèse concernant le ressenti des internes en DES de médecine générale à propos de leur formation à l'accompagnement des patients en situation de souffrance psychique.

Pour cela je réalise des entretiens individuels d'internes de médecine générale, que j'enregistre à l'aide d'un dictaphone. Ces entretiens sont anonymes, votre nom ne sera pas cité, et les enregistrements seront détruits après retranscription.

- Recueil des caractéristiques socio-démographiques :
Âge / Genre / Année de DES / Faculté du DES de médecine générale / Lieu d'exercice
- Guide d'entretien : **Question principale** / *Questions de relance éventuelles*

1) Quel type de formation avez-vous reçu au cours de votre D.E.S de médecine générale concernant l'accompagnement des patients en situation de souffrance psychique ?

- *Aspects travaillés (psychiatrie/psychotropes, psychologie, psychothérapie)*
- *Thème des enseignements ?*
- *Format d'enseignement ?*
- *Formation commune dans la promotion ?*
- *En stage ?*
- *Participation de professionnel-le-s de santé mentale ?*
- *Formation préalable avant l'internat ?*
- *Formations parallèles ?*
- *Rôle de l'expérience personnelle ? Autres sources de connaissance ?*
- *Qu'en avez-vous retenu ? / Où avez-vous le plus appris ?*
- *Lacunes ?*

2) Comment appréhendez-vous l'accompagnement des patients en souffrance psychique lors de votre pratique ?

- *Importance quantitative dans la pratique*
- *Situations rencontrées*
- *Différence 1^{ère} rencontre / patient suivi*
- *Spécificités dans le cas d'un patient suivi aussi pour maladie somatique ?*
- *Rôle du médecin généraliste dans ce type de situation ?*
- *Vous sentez-vous à l'aise dans cet exercice ?*
- *Ressenti face à la souffrance psychique ?*
- *Comment avez-vous appris votre manière de faire ?*
- *Situations plus difficiles ?*
- *Spécificités de cette problématique ?*

3) Quelles évolutions devraient selon vous être apportées à la formation des internes de médecine générale concernant l'accompagnement des patients en souffrance psychique ?

- *Thématiques à aborder*
- *Aspects à travailler (psychiatrie, psychologie, psychothérapie)*
- *Moment à privilégier*
- *Format d'enseignement ?*
- *En stage ?*
- *Participation de professionnel·le·s de santé mentale ?*

RÉSUMÉ :

La souffrance psychique constitue un problème de santé majeur de par sa fréquence et son retentissement socio-économique. Les médecins généralistes ont un rôle de premier plan dans les soins de santé mentale, face à la souffrance psychique et à la maladie psychiatrique.

Nous avons donc interrogé des internes en DES de médecine générale sur leur capacité ressentie à dépister, diagnostiquer et accompagner des patient·e·s en souffrance psychique et leur point de vue sur leur formation dans ce domaine, afin de cerner leurs attentes pour améliorer leurs compétences. Nous avons pour cela réalisé une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes ayant terminé la totalité de leurs stages d'internat depuis moins de deux ans, enregistrés en présentiel ou à distance. Les données issues des entretiens ont été anonymisées par retranscriptions écrites avant analyse manuelle de celles-ci.

Neuf entretiens ont été réalisés. L'étude met en évidence la bonne acquisition d'un socle basé sur la prise en charge globale et la coordination des soins, mais une plus grande hétérogénéité dans la formation à la santé mentale en elle-même. Ainsi, une confusion s'opère fréquemment entre santé mentale et maladie psychiatrique, qui sont pourtant deux problématiques distinctes et qui confrontent les jeunes médecins généralistes à des difficultés de deux ordres.

Les premières concernent la maladie psychiatrique à proprement parler, nécessitant l'acquisition de compétences diagnostiques et thérapeutiques dédiées, notamment l'apprentissage de techniques psychothérapeutiques adaptées à la pratique de la médecine générale.

Les secondes ont trait à la souffrance psychologique de façon générale, abordée en pratique dans le cadre d'une approche biopsychosociale. Ainsi, au sein de la relation de soin, la relation thérapeutique avec un·e patient·e en souffrance psychique est singulière en ce qu'elle induit au minimum une posture de soutien, voire une thérapie plus structurée. Les internes questionné·e·s sont majoritairement demandeur·euse·s d'aborder ces questions spécifiques de façon plus approfondie. Cette spécificité de la relation thérapeutique en santé mentale implique par ailleurs une capacité du·de la médecin à s'adapter à la singularité de chaque patient·e, d'où l'intérêt d'apprendre par un travail spécifique à analyser ses propres émotions en réaction aux interactions avec l'autre, et également d'être attentif·ive à sa propre santé mentale.

Concernant la mise en œuvre concrète de la formation, ce travail souligne qu'au-delà de l'existence d'une formation, la structuration de celle-ci joue un rôle central dans l'apprentissage.

Quant à la formation pratique, les stages ambulatoires étaient généralement vus comme un lieu important pour l'acquisition de compétences, que ce soit lors des phases d'observation active ou, surtout, lors des phases d'exercice en autonomie. Une suggestion largement portée par les interrogé·e·s concernait l'opportunité de l'intégration à la maquette du DES de médecine générale d'un module dédié à la santé mentale.

Enfin, ces entretiens, au cours desquels les jeunes médecins mettaient également en avant leur rôle de coordinateur·rice des soins, étaient par ailleurs l'occasion d'aborder des difficultés rencontrées dans le domaine de la santé mentale, qui dépassaient le cadre de la seule formation des internes, comme les contraintes liées au format de la pratique de la médecine générale, en particulier en termes de durée de consultation, et surtout des difficultés d'accès aux soins de santé mentale pour les patient·e·s, à l'origine de retards de soins et de situations difficiles à appréhender pour les médecins généralistes.

MOTS-CLÉS : Santé mentale, Détresse psychologique, Médecine générale, Modèle biopsychosocial, Évaluation des besoins en formation