



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Accès et caractéristiques des soins psychiatriques ambulatoires chez
les étudiants post-bac des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 4 juin 2019 à 16h
au Pôle Formation

Par Vincent LEMAHIEU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume

Assesseurs :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Monsieur le Professeur THOMAS Pierre

Monsieur le Docteur GRANDGENEVRE Pierre

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur GRANDGENEVRE Pierre

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

BAPU	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CPAA	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
BMJ	British Medical Journal
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECN	Épreuves Classantes Nationales
ELIOS	Équipe en Ligne d'Intervention et d'Orientation pour la prévention du Suicide
JAMA	Journal of the American Medical Association
MDA	Maison des Adolescents
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SPS	Soins aux Professionnels en Santé
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TDAH	Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
GÉNÉRALITÉS.....	3
I. Études et santé mentale.....	3
II. La psychopathologie chez les étudiants.....	5
III. Épidémiologie de la santé mentale.....	9
A. Chez les étudiants au niveau mondial.....	9
B. Cas particuliers des étudiants en santé et des étudiants de médecine.....	11
C. Enquête chez les étudiants de médecine en France.....	13
1) Impact des études supérieures.....	13
2) Gestion du stress et difficultés psychiques.....	14
3) Recours aux soins des étudiants.....	15
4) Ressenti des étudiants.....	15
D. Évolution de la prévalence des troubles psychiques et disponibilité des soins.....	16
IV. Un accès aux soins défaillant chez les étudiants.....	19
V. Barrières à l'accès au soin chez les étudiants.....	21
VI. Reconnaissance des troubles psychiques par les étudiants.....	22
VII. La stigmatisation.....	23
A. La stigmatisation dans la culture.....	24
B. Conséquences de la stigmatisation de la pathologie mentale.....	28
C. La stigmatisation dans les cours.....	30
D. La stigmatisation chez les étudiants.....	32
VIII. Soins psychiatriques ambulatoires chez les étudiants.....	34
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	35
I. Matériel.....	35
II. Méthode de la recherche scientifique.....	35
RÉSULTATS.....	37
I. Recours disponibles lors des études des soignants.....	37
II. Origine des demandes.....	38
III. Motifs de demande de suivi.....	40
IV. Attitude des étudiants en suivi.....	41
V. Capacités d'identification des troubles.....	43
VI. Conduites à risque.....	44
VII. Recours proposés aux étudiants.....	45
VIII. Spécificités et difficultés dans les prises en charges des étudiants.....	46
IX. Articulation avec d'autres structures.....	47
X. Evolution des suivis des étudiants.....	49
XI. Freins à l'accès au soin chez les étudiants.....	50
DISCUSSION.....	51
I. Commentaires sur les entretiens.....	51
II. Implication de l'université.....	55
III. Guidelines au niveau universitaire.....	56
IV. Promotion du bien-être.....	58

V. Psychologie positive.....	61
VI. Formations pédagogiques.....	63
VII. Interventions anti-stigmatisation.....	65
VIII. Médias conventionnels.....	67
IX. Nouvelles technologies.....	69
X. Limites de l'étude.....	74
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	76
ANNEXES.....	88
Guide d'entretien.....	88
Entretiens semi-dirigés.....	90

INTRODUCTION

La prévalence des troubles psychiques est en augmentation au niveau mondial et il semblerait que les populations étudiantes ne soient pas épargnées.

En effet la littérature récente retrouve une plus grande prévalence de ces troubles chez les étudiants que dans la population générale et que dans la population de même tranche d'âge non étudiante.¹

L'OMS a estimé que les troubles psychiques allaient devenir les premiers motifs de demande de soin dans le futur, les troubles dépressifs à eux seuls deviendraient la première cause de morbidité en 2030, devant les infarctus du myocarde et les accidents de la voie publique.²

La pathologie mentale retentit sur le déroulement des études, la qualité de vie des étudiants et leur santé en général.¹

Malgré les nombreux recours présents, les statistiques tendent à prouver que l'accès au soin reste limité.^{1,3-5}

Il semble primordial de se pencher sur les raisons de ce mal-être grandissant et d'y répondre pour permettre à ces jeunes adultes de ne pas être entravés dans leur cursus et leur donner la possibilité d'exploiter leur plein potentiel.

Afin de comprendre les enjeux permettant l'accès au soin des étudiants et leur bien-être, je me suis intéressé aux différents paramètres impliqués dans le soin psychiatrique de cette population, dans l'optique de déterminer les points clefs du parcours de soin des étudiants.

J'ai pour cela réalisé une série d'entretiens auprès de soignants en santé mentale et addictologie afin de mettre en lumière les caractéristiques des soins psychiatriques dans la population étudiante.

GÉNÉRALITÉS

I. Études et santé mentale

La santé mentale est définie par l'OMS comme un état de bien-être, à la fois émotionnel et psychologique, où l'individu reconnaît ses potentiels, s'adapte aux pressions naturelles de la vie, travaille avec succès et de manière productive et répond aux exigences de la vie quotidienne.

Cette définition comprend non seulement l'absence de troubles psychiques mais aussi la présence de comportements positifs.⁶

Le maintien d'une bonne santé mentale est mis à mal au cours des études supérieures qui sont conjointes à une période de transition critique entre l'adolescence et le statut d'adulte, ce qui peut être un moment particulièrement déstabilisant dans la vie d'une personne.

Cette transition est une réelle crise au cours de laquelle la personne remet en question son style de vie mais aussi son système identitaire, sa position sociale ainsi que ses projets. Ses stratégies auparavant fonctionnelles ne le sont plus forcément. Pour maintenir un équilibre l'individu devra mettre en place des stratégies d'adaptation alliant contrôle cognitif, gestion des émotions et maîtrise des actes. La réussite de cet ajustement peut dépendre de l'habileté des individus à développer de nouvelles stratégies de coping et à abandonner celles devenues inefficaces ou non pertinentes.

Le coping est défini comme l'ensemble des pensées et des actes permettant de résoudre les problèmes rencontrés et de réduire le stress.⁷

Cette période peut déstabiliser l'équilibre mental des étudiants et amener un terrain fertile pour l'apparition de symptômes psychiatriques.

Les capacités d'adaptation peuvent se trouver débordées, l'étudiant fragilisé est alors plus vulnérable à l'anxiété et la dépression (plaintes psychiques les plus fréquentes de cette période).⁶

Le DSM-5 décrit les personnes atteintes de troubles anxieux comme manifestant des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux d'angoisse intenses, fréquents, persistants et graves, et pour qui l'angoisse provoque une détresse qui nuit à leurs capacités sur différents plans (vie sociale, affective, professionnelle, etc.).

Les troubles anxieux impactent négativement les capacités d'apprentissage dans ses différentes dimensions, à savoir les capacités d'attention et de concentration (la gestion du temps, la surcharge cognitive, la distractibilité, l'état de fatigue), la mémoire à court, moyen et long terme (capacité à mémoriser, à emmagasiner l'information et à l'encoder), l'organisation (capacité à préparer une action, à la coordonner et à se mettre en action pour la réaliser), la planification, l'estime de soi / confiance en soi, le raisonnement, la vitesse de traitement ou d'exécution.^{8,9}

Chez l'étudiant, ces différentes atteintes vont rajouter un stress supplémentaire à la réalisation des études, dégradant à terme leurs performances académiques et leurs capacités à accomplir leurs buts positifs et leurs projets.⁶

Selon le DSM-5, les symptômes de dépression sont retrouvés par une tristesse de l'humeur, une perte marquée d'intérêt et de plaisir pour la majorité des activités, une perte de poids significative (plus de 5% du poids en un mois) ou un changement de l'appétit, des troubles du sommeil, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une fatigue ou une perte d'énergie, une auto-dévalorisation ou un sentiment de culpabilité inapproprié, une diminution de la capacité à réfléchir ou à se concentrer, une indécision, des pensées de mort récurrentes, des idéations suicidaires.

Ces symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.⁸

Les étudiants atteints de ces troubles ont alors d'autant plus de difficultés à mobiliser leurs capacités d'adaptation pour la bonne poursuite de leurs études.⁶

II. La psychopathologie chez les étudiants

L'étude de la psychopathologie montre que l'individu peut présenter des vulnérabilités endogènes et latentes, le prédisposant à l'apparition de troubles psychiques. Ces prédispositions ne seraient pas nécessairement des marqueurs prémorbides d'une pathologie future mais plutôt des failles pouvant s'exprimer dans des circonstances spécifiques.

Selon le modèle diathèse-stress, le stress viendrait activer ces vulnérabilités et laisserait émerger les troubles.¹⁰

De plus il existe une variabilité intra-individuelle qui vient interagir dans ce modèle. L'individu n'est pas statique dans son fonctionnement mais est un organisme dynamique

qui échange en permanence avec son environnement, ce qui provoque une fluctuation de sa fragilité par rapport au stress et par conséquent à l'apparition de troubles psychiques.¹¹

Concernant la vulnérabilité inter-individuelle il semblerait que les étudiants de sexe féminin et ceux en situation financière précaire soient des personnes plus à risque de développer ces troubles.¹²

Une revue systématique de la littérature retrouve que les étudiantes présentent significativement plus de symptômes d'anxiété que leurs collègues masculins. Elles ont un risque relatif 2.68 fois plus élevé de présenter des symptômes dépressifs.¹³

Une étude australienne réalisée chez les étudiants retrouve que ceux en situation financière précaire étaient à très haut risque de développer des symptômes de détresse psychique. Leur situation socio-économique est considérée comme très stressante.¹⁴

Les antécédents d'idéation suicidaire ou de tentative de suicide sont généralement des facteurs prédictifs importants d'un nouveau passage à l'acte.

Les idées et comportements suicidaires sont des marqueurs de détresse psychologique extrême et peuvent avoir des conséquences néfastes à long terme, comme la dépression et les addictions, et sur l'insertion socio-professionnelle.

Une étude retrouve que la présence d'idées suicidaires chez des jeunes de 15 ans augmente le risque de présenter des comportements suicidaires et des difficultés de fonctionnement socio-professionnel à l'âge de 30 ans.³

Le contexte de vie infantile semble être intimement lié à cette vulnérabilité.

Une étude a trouvé un lien entre la maltraitance émotionnelle dans l'enfance et l'apparition d'idées suicidaires chez les étudiants, indépendamment d'une potentielle violence physique ou sexuelle.

Selon le modèle du stress des comportements suicidaires les étudiants dont l'enfance est teintée de maltraitance peuvent présenter des traits de personnalité vulnérables comme une faible estime de soi. La ré-occurrence de stress interpersonnel comme les abus verbaux peut mener à des idéations suicidaires.

Le stress interpersonnel peut engendrer le sentiment d'être un poids pour les autres et le sentiment de manque d'appartenance, ce qui, selon la théorie interpersonnelle du suicide, peut amener des idées suicidaires.³

Les antécédents psychiatriques familiaux sont bien connus pour être des facteurs prédictifs d'apparition de troubles psychiatriques.

Une étude prospective réalisée avec des familles dont les parents étaient atteints de troubles psychiatriques a retrouvé des troubles psychiatriques chez 1/3 des enfants, des troubles transitoires dans un autre tiers et aucun trouble dans le dernier tiers.¹⁵

Une revue de la littérature concernant les enfants de patients atteints de schizophrénie retrouve une apparition de troubles psychiatriques chez 20 à 40% de ces enfants. Ce taux monte jusqu'à 46% lorsque les deux parents sont atteints.^{16,17}

Les stressseurs potentiels de cette période ont été énumérés: développement identitaire, relations et sexualité, apparition de changements physiques et troubles psychologiques, difficultés interpersonnelles.

De plus, les années d'études supérieures sont marquées par des changements majeurs culturels, démographiques, sociétaux et technologiques qui peuvent contribuer à l'apparition de troubles développementaux, mentaux, émotionnels et psychologiques.¹⁸

C'est à cette période que les jeunes adultes se séparent et s'éloignent de leurs parents, construisent une identité indépendante, font des choix de vocation, établissent des relations d'intimité et développent leurs affiliations sociales. Tous ces processus ont des influences majeures à long terme sur leur devenir.

Plusieurs études ont reconnu ces changements comme critiques dans le développement. Ils entraînent un stress important et peuvent déstabiliser l'équilibre.¹⁹

Concernant les proches, selon Shim et al. les étudiants rapportant un entourage plus fourni étaient plus à risque de présenter des idées suicidaires que le groupe d'étudiants à l'entourage plus restreint ou la population non étudiante. Les auteurs émettent l'hypothèse que ces étudiants pourraient avoir de nombreux liens sociaux mais chacun de ces liens semble trop fragile pour permettre d'établir une relation d'intimité. Ils n'ont peut-être pas un solide réseau social avec lequel échanger leurs pensées les plus personnelles et se sentent par conséquent isolés socialement.³

Par ailleurs, tous les jeunes adultes ne ressentent pas ces difficultés et leurs conséquences négatives.

Certains individus se montrent résilients face aux troubles psychiques. On retrouve ici une variabilité inter-individuelle, la résilience permettant de se protéger de l'apparition de la pathologie mentale.¹⁰

Il est possible que ces individus présentent des traits et capacités positifs comme l'optimisme, l'espoir, la ténacité, la résilience et des émotions positives, et restent inébranlés par cette période de stress.¹⁸

III. Épidémiologie de la santé mentale

Les troubles psychiatriques et les abus de substance sont des causes majeures de morbidité au niveau mondial, représentant 22,9% de la charge des maladies non létales et 7,4% de la charge de santé de toutes les maladies confondues sur 187 pays.²⁰ Presque 10% de la population adulte mondiale est affectée par un trouble psychiatrique à n'importe quel moment dans le temps et 20% de la population présentera un trouble psychiatrique au cours de sa vie.²¹⁻²³

A. Chez les étudiants au niveau mondial

Les populations étudiantes, tous types d'études confondus, semblent présenter une prévalence de troubles psychiques plus importante encore que dans la population générale.

Des revues systématiques récentes affichent des taux de maladie mentale préoccupants chez les étudiants avec entre 27% et 34% de dépression et 11% d'idéation suicidaire.²¹⁻²³

Le risque suicidaire est 2 fois supérieur chez les étudiants au cours de leurs études qu'à leur entrée dans le tertiaire.

Entre 16,5% et 25% des étudiants auront des idées suicidaires au cours de leurs cursus (40% scénarisées et 20% avec passage à l'acte soit environ 4% des étudiants) contre 10,5% des 18-25 ans dans la population générale.³

En 2016 une étude américaine retrouvait des idéations suicidaires scénarisées chez 9,8% de la population étudiante et des tentatives de suicide dans l'année chez 1,5%. Une autre étude sur une population de plus de 15000 étudiants retrouve 18% des sujets ayant déjà présenté des idées suicidaires scénarisées et 8% ayant déjà réalisé au moins une tentative de suicide.

Les statistiques sont bien plus importantes dans cette population que pour n'importe quelle autre tranche d'âge.

Le sex-ratio de la mortalité par suicide est en défaveur des hommes mais la littérature ne statue pas sur une différence significative entre les genres pour la prévalence des idéations et comportements suicidaires.

Tout aussi inquiétant est le silence qui entoure cette souffrance. Une étude retrouve que 46% des étudiants ayant eu des idées suicidaires scénarisées dans l'année ne l'avaient jamais verbalisé.²⁴

Les taux principaux de maladie mentale, à savoir des symptômes de détresse, d'anxiété et de dépression sont 3 fois plus élevés que dans les populations générales de même tranche d'âge.¹⁴

Un article tisse un lien entre ces prévalences élevées et les inquiétudes des étudiants concernant leurs compétence et endurance futures ainsi qu'une charge de travail importante et un manque de retour des encadrants académiques.¹²

Ces difficultés mentales sont souvent accompagnées par une faible estime de soi, des compétences sociales et émotionnelles inadéquates et des relations interpersonnelles pauvres.

B. Cas particuliers des étudiants en santé et des étudiants de médecine

Au sein même des études supérieures certaines filières sont plus pourvoyeuses de difficultés psychiques. Les étudiants en santé sont les plus touchés (étudiants de médecine, de soins infirmiers, d'odontologie, de kinésithérapie, de soins vétérinaires, etc). Une revue systématique a retrouvé deux causes majeures: les facteurs académiques (charge de travail et problèmes associés à l'apprentissage) et facteurs cliniques (peur des situations inconnues, erreurs avec les patients ou le matériel technique).²⁵

La santé mentale de ces étudiants se détériore au cours de leurs études avec une augmentation croissante de la prévalence des troubles psychiques. Or, les cursus sont longs et financièrement coûteux. Ils sont confrontés à de longues heures d'apprentissage et exposés à des situations cliniques potentiellement alarmantes.

Ils pourraient présenter des traits de personnalité (perfectionnisme par exemple) les prédisposant à un plus grand risque de développer des pathologies mentales au cours de leurs études.²⁶

Dans les études de santé, ce sont les étudiants de médecine qui présentent le plus fréquemment des troubles psychiatriques. Déjà en 1903 le JAMA alertait sur le sujet avec un écrit intitulé "Les suicides des médecins et leurs raisons".

Cent ans plus tard, il semblerait que cette tendance reste d'actualité.

Les étudiants de médecine présentent des bien-être psychologiques similaires à la population générale avant leur entrée dans les études. De manière générale, la santé mentale de ces étudiants se dégrade tout au long de leurs parcours avec l'installation de

stratégies d'adaptation dangereuses, comme l'abus de toxique, en plus d'une difficulté à rechercher l'aide médicale pour leurs troubles psychologiques.^{25,27}

L'incidence de dépression dépend de l'âge des étudiants mais surtout de l'année d'études. La prévalence est similaire à la population générale à l'entrée des études et augmente au cours du cursus.⁵

Beaucoup de revues se sont intéressées aux statistiques décrivant ces tendances.

Une étude du JAMA retrouve 27,2% de symptômes dépressifs (contre 9,3% des 18-25 ans dans la population générale) et 11% d'idéations suicidaires.⁴

Dans une revue de la littérature d'articles publiés entre 1990 et 2010 cette prévalence était supérieure à 30% alors que celle de la population générale américaine était de 9%.

Une autre étude du JAMA retrouve que les jeunes médecins sont particulièrement affectés par la dépression avec 28,8% des internes présentant des symptômes dépressifs contre 7,2% des 26-49 ans dans la population générale.²⁸

Une méta-analyse franco-québécoise de 2004 retrouve un risque relatif de suicide à 1.41 pour les hommes médecins et 2.27 pour les femmes médecins par rapport à la population générale.

Cette tendance s'inscrit dès le début des études. La moitié des étudiants de médecine souffre de burn-out avant l'internat sans sex-ratio significatif.

Ces troubles ont été reliés au programme universitaire, la pression de la compétition des concours, les examens, les frais associés aux études, la charge de travail en stage et les conditions de travail.

Ajoutées à la dépression et au burn-out s'additionnent l'anxiété, la consommation de tabac et d'alcool et les idéations suicidaires.²⁹

Plusieurs études polonaises retrouvent que 21,7% des étudiants de médecine ont déjà eu recours aux soins psychiatriques ou psychologiques et que 36,5% d'entre eux déclarent désirer la poursuite de ces soins.⁵

C. Enquête chez les étudiants de médecine en France

Plusieurs enquêtes ont été réalisées en France ces dernières années, notamment par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les associations des étudiants de médecine et des jeunes médecins.

1) Impact des études supérieures

Il a été retrouvé que plus de 95% des étudiants ressentent que les études de médecine ont un impact négatif sur les autres sphères de leur vie. Et notamment, 85% d'entre eux considèrent ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer aux loisirs. Concernant l'organisation du travail, plus d'un tiers des étudiants ne peut accéder au repos de garde et près d'un tiers doit renoncer aux congés annuels dû à la pression de service. De plus, la moitié des internes travaille plus de 48 heures par semaine et plus de 8% travaillent plus de 70 heures par semaine.

Concernant les relations interpersonnelles, plus d'un quart a été témoin ou victime de remarques sexistes, homophobes ou racistes lors des stages et plus de 15% ont été victimes de pression ou de harcèlement lors des stages hospitaliers.

Les étudiants regrettent leurs conditions d'étude, notamment dans les stages hospitaliers, qui sont considérées comme des sources de stress important.

Le respect de la réglementation du temps de travail et le respect du repos de sécurité sont indispensables dans la prévention des risques psycho-sociaux.³⁰⁻³²

2) *Gestion du stress et difficultés psychiques*

Plus de 40% des étudiants déclarent avoir des difficultés à gérer leur stress. La pression liée aux examens pousse plus de 80% des étudiants à délaisser leurs stages hospitaliers.

Les étudiants indiquent que ce stress retentit négativement sur leur bien-être. Cela les empêche de se sentir épanouis dans leurs études et entrave la construction et le maintien d'un bon équilibre de vie.

De plus, 14% à 27,7% déclarent avoir eu des idées suicidaires (contre 3,7 à 4% des femmes et 2,6 à 3,7% des hommes âgés de 20 à 34 ans dans la population générale) dont 5,8% d'idées suicidaires dans le mois précédant l'enquête. Ce sont plus de 27% des étudiants et des jeunes médecins qui présentent une dépression. Et plus de 38% pleurent au moins une fois par mois à cause des études.

Plus de 66% d'entre eux montrent des signes caractérisés d'anxiété.

87% des étudiants se disent en manque de sommeil, plus de 17% utilisent des hypnotiques occasionnellement et plus de 1% quotidiennement. Plus de 27% ont déjà consommé des anxiolytiques et plus de 10% en consomment régulièrement.

47% des étudiants ressentent le besoin d'être aidés psychologiquement, avec une augmentation de cette proportion au fur et à mesure des études.

Ces statistiques sont significatives et préoccupantes. Elles invitent les institutions universitaires à s'emparer de ce problème devenu sociétal dans le milieu de la médecine.³⁰⁻³²

3) *Recours aux soins des étudiants*

41% des répondants n'ont pas de médecin traitant. Ce qui laisse supposer plusieurs hypothèses. Ils peuvent avoir recours aux soins de leur entourage professionnel, dont l'objectivité est discutable, ou l'auto-prescription. Il est aussi possible qu'ils n'aient pas recours au soin.

Seulement un tiers des étudiants a rencontré la médecine du travail ou universitaire avec des rencontres de moins en moins fréquentes au fur et à mesure de la formation.

20% des répondants ont dû interrompre leur activité du fait de leur état de santé avec 20% d'entre eux en arrêt pour un trouble psychique.

Face à ce manque de suivi, il a été recommandé de rendre obligatoire et systématique la visite d'aptitude en service de santé au travail pour tous les jeunes médecins.^{30,32}

4) *Ressenti des étudiants*

L'un de ces sondages a permis aux étudiants de s'exprimer sur les points les plus douloureux au cours de leurs cursus. Parmi leurs remarques voici les plus retrouvées :

- L'ECN et la compétition malsaine entre les étudiants de médecine, au détriment de l'entraide inter-collègue
- Une rigidité du système universitaire qui bafoue parfois toute logique humaine
- Un manque de valorisation
- Une absence de système de soutien pour les étudiants en échec dans leurs études ou en difficulté dans leur spécialité
- Des horaires importants et le salaire des internes perçu comme ridicule compte tenu de l'activité réalisée
- L'absence d'un suivi de qualité avec la médecine du travail

- Un manque d'application des lois encadrant le travail des étudiants de médecine³²

D. Évolution de la prévalence des troubles psychiques et disponibilité des soins

La prévalence des troubles psychiques est en augmentation chaque année chez les étudiants.

Aux États-Unis, le centre universitaire de santé mentale a diffusé un rapport d'activité annuelle pour les années 2015, 2016 et 2017, regroupant 139 universités américaines.

En 2015, 100 736 étudiants ont été reçus par 2770 cliniciens, sur 770 000 consultations.

En 2016, on retrouve une augmentation de 50% avec 150 483 étudiants reçus par 3419 cliniciens sur 1 034 510 consultations.

En 2017, l'augmentation est de 60% avec 161 014 étudiants reçus par 3592 cliniciens (augmentation de 29,6%) sur 1 255 052 consultations (augmentation de 62,9%).

Ces chiffres montrent une demande croissante de soins en santé mentale avec une inadéquation observée sur l'offre proposée.

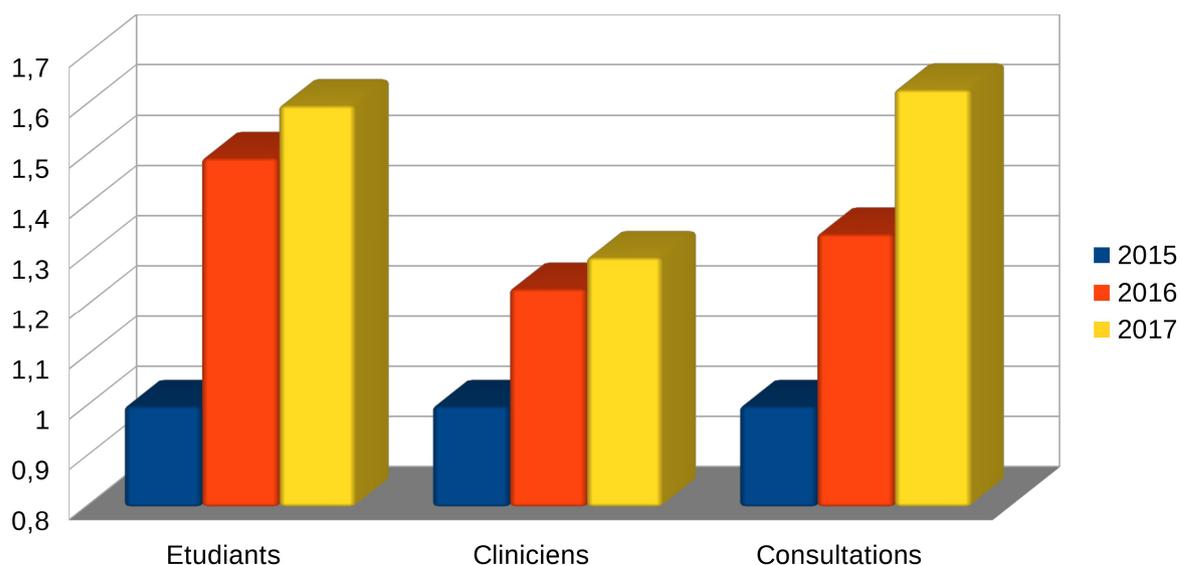


Figure 1: Evolution du nombre d'étudiants ayant eu recours aux soins, du nombre de cliniciens disponibles et du nombre des consultations ayant été réalisées de 2015 à 2017 dans les services de santé universitaires aux États-Unis

Le SAMHSA alerte sur l'état de santé mentale des 16-25 ans qui sont les moins prompts à rechercher de l'information et de l'aide.

Par ailleurs, une méta-analyse de 2016 retrouve qu'un tiers des demandes de suivi d'étudiants était mis en attente faute de moyen.

Le centre universitaire de santé mentale retrouve une augmentation des "consultations d'urgence" (28%) et une baisse des consultations de suivi (7,6%) de 2010 à 2016.

Une hypothèse serait l'absence de possibilité de suivi pour ces patients reçus rapidement, l'offre de soin n'augmentant pas de manière proportionnelle à la demande. Une autre hypothèse serait l'arrêt du suivi par les patients avant l'atteinte des objectifs, potentiellement en lien avec un délai trop long entre chaque consultation.³³

Une étude s'est intéressée aux prévalences des différents troubles de la santé mentale de 2009 à 2015 chez les étudiants.

On y retrouve des augmentations significatives pour l'anxiété (9,3% à 14,9%), la dépression (9,0% à 12,2%), les attaques de panique (4,5% à 7,3%), les TDAH (3,8% à 5,1%), les insomnies (2,6% à 3,7%).

En revanche il n'est pas retrouvé de différence significative pour les troubles bipolaires, la schizophrénie, les TCA et les phobies.

Il est noté une augmentation de la fréquentation des services de soins universitaires qui passe de 14,4% à 18,7%.

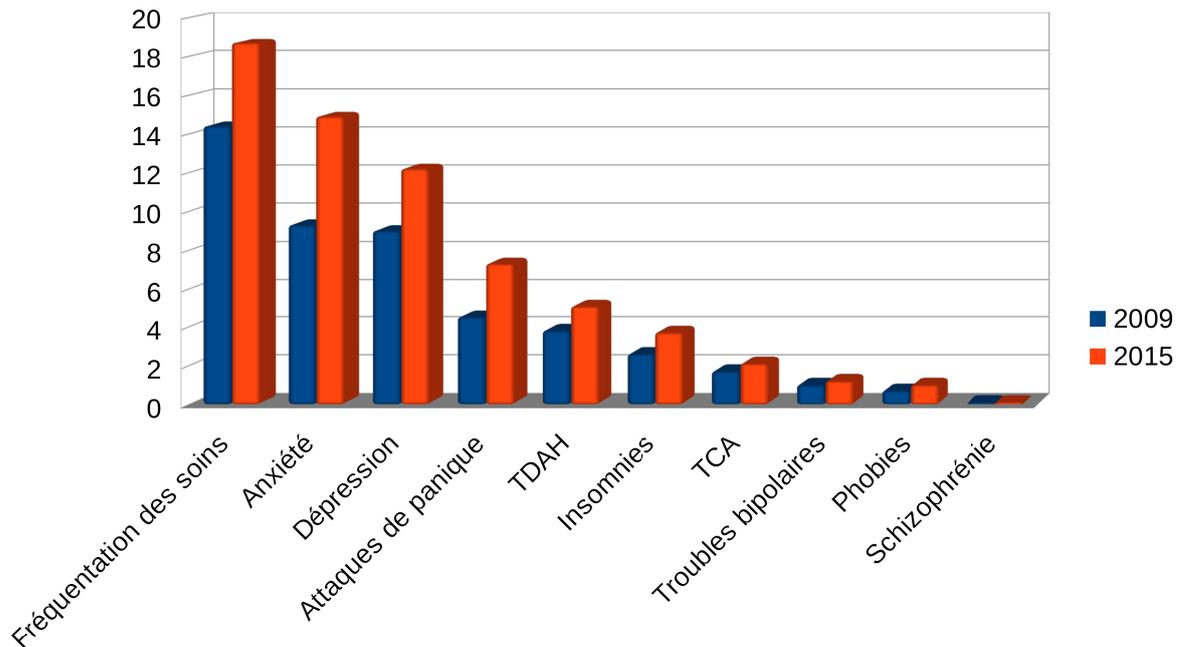


Figure 2: Evolution du nombre de suivis et des motifs de suivi de 2009 à 2015 dans les services de soin universitaires aux États-Unis

Néanmoins, une proportion non négligeable d'étudiants ne reçoit pas de soins à cause d'une absence de demande.¹

IV. Un accès aux soins défaillant chez les étudiants

Bien que chaque année plus de 20% de la population mondiale souffre de pathologie mentale ce sont plus des deux tiers qui ne reçoivent pas de soins.

Même dans les pays les plus développés cette tendance est majeure. Aux États-Unis ce sont 67% des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui n'accèdent pas aux soins et 74% en Europe.

Ces proportions sont encore plus importantes dans les pays à ressource faible ou moyenne, tel que le Nigeria avec 98,4% de ces personnes n'arrivant pas au soin.³⁴

La conséquence la plus marquante de ce phénomène reste le suicide.

L'OMS estime le nombre annuel de suicide à 800 000 dans le monde. La littérature indique que la recherche d'aide est faible.

55% des personnes décédées par suicide n'ont pas eu de contact avec leur médecin traitant le mois précédent leur mort et 68% n'ont jamais eu de contact avec la psychiatrie.³⁵

Les étudiants sont une population qui présente des taux importants de troubles mentaux et pourtant ils sont minoritaires à accéder au soin.

Plusieurs études réalisées dans différents pays retrouvent une utilisation des soins de santé mentale chez les adolescents et jeunes adultes présentant des idées suicidaires à moins de 50%.³

Plusieurs études retrouvent que 50 à 80% des étudiants souffrant de troubles mentaux ne recherchent pas de traitement.¹

Une étude menée à Singapour dans une population étudiante de santé retrouve que 50,8% des étudiants refusent de discuter de leurs troubles mentaux avec leurs collègues. 42,3% se considéreraient comme faibles s'ils étaient atteints d'une pathologie mentale qu'ils n'arriveraient pas à gérer seul.³⁶

Malgré leur formation en santé mentale, les étudiants de médecine considèrent souvent que la dépression n'est pas une maladie nécessitant une thérapie.

Le sondage Student BMJ de 2015 réalisé auprès de 1122 étudiants de médecine retrouve que 30,5% d'entre eux présentent des problèmes psychologiques et 15% des idées suicidaires. Seulement 15,7% des étudiants ont recherché l'aide des services de soins mentaux.⁴

Plus de 50% des étudiants présentant des symptômes de dépression craignent que divulguer leur difficulté soit risquée pour la poursuite de leurs études. Plus de 60% de ces étudiants pensent que rechercher de l'aide signifierait que leur capacité à faire face à leur maladie est insuffisante.

Ces résultats indiquent que les étudiants présentant des symptômes de dépression se sentent stigmatisés par leurs collègues ou professeurs. L'interaction entre la stigmatisation et la pathologie rend l'accès aux soins des plus laborieux.⁵

Chez les étudiants de première et deuxième année de médecine présentant des symptômes de dépression, 30% déclarent la stigmatisation comme obstacle à la demande d'aide, 48% avancent un manque de temps, 40% signalent un manque de confidentialité comme barrière à l'accès au soin et 24% déclarent des inquiétudes quant à la documentation de leur thérapie dans leur dossier académique.

Les étudiants estiment que déclarer leur dépression pourrait avoir un effet délétère sur leurs études ou diminuer leurs chances d'obtenir un poste futur.

Cette croyance se poursuit au cours de la carrière professionnelle avec l'idée que la pathologie mentale est un signe de faiblesse et pourrait avoir des conséquences néfastes sur l'évolution de carrière.^{4,5}

Les barrières à la recherche de soins psychiques restent présentes après la fin des études. Elles ont été recherchées chez les médecins. Il est retrouvé une inquiétude concernant le manque de confidentialité, un embarras et une peur d'être perçu comme faible, une impression d'impact négatif sur leur évolution de carrière et dans leurs rapports avec leurs pairs et patients. Il est également retrouvé une perception d'un reflet négatif sur

leur intégrité professionnelle et une auto-stigmatisation des soignants atteints de maladie mentale.^{25,37}

V. Barrières à l'accès au soin chez les étudiants

Plusieurs études mettent en avant des barrières structurelles comme le coût impliqué, la difficulté d'accès physique, le doute concernant la confidentialité, la peur que d'autres personnes soient au courant. Ces barrières peuvent impacter négativement la balance motivationnelle à rechercher les soins.³⁸

Une revue de la littérature retrouve que les jeunes adultes mettent en doute la confidentialité des systèmes de soin et ont des difficultés à leur faire confiance. Le manque d'accessibilité est une barrière importante, notamment dans les régions rurales. La crédibilité des professionnels de santé mentale est elle aussi remise en question avec une impression que les soins ne seraient pas aidants. Un manque de connaissances des structures de soin a été retrouvé chez ces sujets. La démarche même d'aller vers le soin est décrite comme stressante, principalement pour ceux naïfs de tout soin psychique. Ces réticences sont retrouvées de manière significative chez les étudiants qui semblent préférer le soutien de leurs famille et amis.³⁹

VI. Reconnaissance des troubles psychiques par les étudiants

Il existe différents biais chez les étudiants rendant difficile la reconnaissance des troubles psychiques et leur prise en charge.

Les compétences émotionnelles des jeunes adultes sont encore en construction. Elles comprennent l'identification, la description, la compréhension et la gestion des émotions. Leurs capacités d'expression émotionnelle sont encore en peu élaborées. Ce manque d'habileté émotionnelle entrave la reconnaissance par l'étudiant de ses troubles et la recherche d'aide.⁴⁰

De plus, ils sont très affectés par un biais d'auto-suffisance.⁴¹ C'est à dire qu'ils minimisent leurs besoins d'aide et perçoivent leurs capacités d'adaptation meilleures que celles d'autres individus. Ce biais est alimenté par un désir développemental d'autonomie. Or, une étude réalisée chez les étudiants retrouve une plus grande proportion de symptômes dépressifs voire d'idées suicidaires dans la population présentant ce biais que dans celle ne le présentant pas.⁴¹ Ce phénomène tend à banaliser les troubles et pousse les étudiants à se distancer des systèmes de soin.^{42,43}

On apprend aux étudiants de médecine qu'ils sont des soignants et non des personnes pouvant avoir des difficultés personnelles. Ils ont alors tendance à penser qu'ils doivent cacher leur dépression. Ils sont toujours dans une situation de hautes attentes. Ils ont l'impression de prendre des décisions qui sauvent des vies et ne peuvent donc pas faire d'erreur. Cette politique inscrit les étudiants dans une tendance à réfuter les troubles dont ils pourraient être atteints et rend l'accès au soin d'autant plus difficile.⁵

VII. La stigmatisation

Du grec "stigma", signifiant marque, le stigmate était, dans la Grèce antique, une cicatrice sur la peau, réalisée par un fer chaud, pour marquer ceux que la société considérait comme différents, déviants ou criminels.

La stigmatisation se retrouve à plusieurs échelles. Au niveau structurel, il existe des normes culturelles et politiques institutionnelles discriminantes. Aux niveaux individuel et social on la retrouve au travers des interactions interpersonnelles, basées sur un manque de connaissances (ignorance et stéréotypes), d'attitudes négatives à l'égard d'un groupe (préjudice) et de son exclusion (discrimination). Et au niveau internalisé elle s'exprime chez les personnes atteintes de pathologies mentales intégrant les stéréotypes et croyances négatifs.^{4,5,44,45}

L'impact de la stigmatisation sur l'individu est important. Elle délabre les relations sociales, l'accès à l'emploi et la stabilité financière, la santé physique, l'estime de soi et l'auto-efficacité (la capacité à accomplir des buts et supporter des événements de vie difficiles). Ces mécanismes ont pour finalité l'ostracisation de cet individu par la population générale.⁴⁶

La stigmatisation est un phénomène qui persiste aujourd'hui. Les conséquences de celle portée aux personnes atteintes de pathologies psychiques sont au moins aussi délétères que la maladie elle-même.

En 2001, l'OMS présentait la stigmatisation comme l'obstacle à la santé le plus important à surmonter.⁴⁷

Pour les personnes atteintes de pathologies mentales, la stigmatisation est basée sur les croyances d'être responsables de leur maladie. La pathologie mentale est perçue comme le résultat d'une défaillance morale et rend plus prompt à mentir ou être violent.⁴⁸

A. La stigmatisation dans la culture

Les normes socioculturelles façonnent les stéréotypes et les attentes des individus dans une société donnée. Elles déterminent quels comportements sont considérés acceptables et lesquels sont considérés comme anormaux et inattendus.

La Chine est un bon exemple de l'intégration de la stigmatisation de la santé mentale dans le maintien de l'ordre social.

Le confucianisme, très influent pendant 2000 ans, récompense l'harmonie sociale et souligne l'obligation individuelle à se conformer aux normes sociales pour maintenir l'ordre.⁴⁹

Dans cette société la pathologie mentale est perçue comme imprévisible et socialement perturbatrice ce qui engendre un sentiment de honte pour les patients et leurs familles. Cette stigmatisation est retrouvée dans le corps soignant. La psychiatrie est toujours perçue comme une spécialité inférieure avec seulement 1% des étudiants de médecine qui choisit cette voie en Chine. Cette constatation est due à un accueil limité des étudiants dans les unités psychiatriques, un faible salaire et une mauvaise reconnaissance sociale.

Les cognitions et croyances stigmatisantes se voient influencées par les médias chinois associant la pathologie mentale avec la violence et le danger.

Les reportages d'informations chinois rapportent fréquemment des crimes prétendument commis par des personnes atteintes de troubles mentaux. Cela renforce les stéréotypes de danger et d'imprévisibilité.

Les médias semblent partiellement responsables de la propagation et de l'augmentation de la stigmatisation au travers de représentations négatives des personnes atteintes de maladies mentales.

La réponse émotionnelle associée à ces stéréotypes est la peur vis-à-vis des individus atteints de pathologie mentale, la honte et l'impression d'une perte de statut social à leur contact et la crainte d'un risque de développer des symptômes psychiatriques similaires au travers d'une contagion sociale.⁵⁰

La société occidentale et française n'est quant à elle pas exempte de stéréotypes. Jusqu'à la Renaissance, la pathologie mentale est associée à la religion. La "folie" est l'expression d'une punition divine, de la possession par un démon ou d'une intervention du diable.

Par la suite, Descartes décrit une dichotomie nette entre la raison et la déraison. Cette dernière est rattachée à la "folie".

La pathologie mentale n'est alors pas considérée comme une maladie (qui touche le corps et donc organique) mais comme une problématique de la morale. Elle n'est à ce titre pas un objet d'étude de la médecine.

Faute de soins et étant donné la progression de la misère au XVII^{ème} siècle, Louis XIV ordonne la création de lieux permettant l'accueil des personnes atteintes de pathologie mentale, sous l'appellation d'Hôpital général (La Pitié, la Salpêtrière, Bicêtre...). Cette période est connue sous le nom de "grand renferment".

Devant l'impossibilité de les intégrer à la société, ces personnes sont mises à l'écart et assimilées aux dangereux tels que les vagabonds et les criminels.

Ce ne sont pas les médecins mais les juges qui décident de l'enfermement. Ceci marque la pathologie mentale comme contraire à la loi et à l'ordre social.⁵¹

Après la période de la révolution française, le Docteur Pinel crée le traitement moral et transforme l'asile en lieu de soins plutôt que de réclusion.

C'est en 1801 qu'il écrit le Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et initie une réforme profonde de la médecine avec la création de la médecine mentale et la classification des troubles traités par cette spécialité.

Le code pénal de 1810 avec son article 64 reconnaît l'irresponsabilité des personnes commettant un crime en état de démence au moment de l'acte. Cela signe le début d'une reconnaissance sociale et judiciaire du statut des personnes atteintes de troubles psychiques.

Le Docteur Esquirol, élève de Pinel, est à l'initiative de la loi du 30 juin 1838 qui prévoit la création d'un asile dans chaque département. Ainsi, même si les personnes atteintes de pathologies psychiatriques commencent à bénéficier d'une reconnaissance de leurs troubles, elles se voient toujours enfermées en dehors de la société.

C'est au début du XXème siècle que les asiles commencent à ouvrir leurs portes avec l'apparition de services d'accueil libre et de structures de placement dans les campagnes.

La découverte des neuroleptiques avec la chlorpromazine en 1951 permet de changer radicalement les soins donnés. Le Docteur Deniker est le premier à employer cette molécule en France pour le traitement des patients psychiatriques, ce qui transforme considérablement leurs conditions de vie.

La diversification des thérapeutiques chimiques et des psychothérapies permet un meilleur rétablissement pour les patients de psychiatrie.

Les durées d'hospitalisations se réduisent et une réintégration progressive de l'espace urbain et social a lieu, avec une multiplication des placements libres.

Ainsi, il faut attendre 1952 pour que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques puissent réintégrer la société.

S'ensuit un mouvement de "désinstitutionnalisation" avec la création de la psychiatrie de secteur dans les années 1960 et le développement des structures de consultation ambulatoire.

En 1970 naît le courant de l'antipsychiatrie qui promeut d'autres modalités d'accueil et dénonce les enfermements. La société dans son ensemble connaît alors un courant anti-carcéral et anti-asilaire.

Par la suite, la loi du 27 juin 1990 continue dans cette direction avec une révision des modes d'admission des patients et encadre les modalités d'hospitalisation sans consentement.

Malgré les avancées sociales et sociétales, les patients de psychiatrie restent toujours victimes de discrimination.^{52,53}

B. Conséquences de la stigmatisation de la pathologie mentale

La stigmatisation de la maladie mentale est retrouvée au niveau mondial. Elle est une des barrières principales à l'accès aux soins au travers de deux mécanismes. Sont retrouvées la peur du diagnostic et de la discrimination associée et la peur d'être rejeté à cause de ces troubles³⁴

Ce phénomène peut être lui-même à l'origine d'une souffrance indépendante de la maladie première, parfois plus délétère, avec comme conséquences une exclusion sociale, des discriminations, de la honte, une diminution de l'estime de soi, une difficulté à l'accès au soin, au rétablissement et à la réinsertion sociale.

Cette stigmatisation rend malaisées l'insertion et la poursuite des soins dans la communauté malgré les recommandations de santé.

La stigmatisation est basée sur des préjugés à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales. Ils comprennent l'impression de dangerosité reliée à des comportements perçus comme étranges ou imprévisibles, l'incapacité à se plier aux règles sociales, l'impression que l'individu est responsable de ses troubles, l'impression qu'une récupération est impossible.

L'attitude des soignants n'est pas exempte de stigmatisation tant dans les services généraux qu'en psychiatrie et impacte leurs prises en charge.⁵⁴

Une étude réalisée en Australie auprès de personnels soignants en santé mentale retrouve que ces professionnels étaient plus pessimistes que la population générale concernant les chances de récupération des affections psychiatriques.

Cette vision de la pathologie mentale entraîne une diminution de l'empathie des praticiens à l'égard de leurs patients.⁵⁵

La stigmatisation à l'encontre des personnes présentant une pathologie mentale est une problématique mondiale chez les professionnels de santé.

En dépit de leur devoir professionnel certaines études montrent que les psychiatres maintiennent une distance sociale avec les personnes présentant une pathologie psychiatrique même si leur attitude est bienveillante.

Cette stigmatisation persiste malgré l'exposition aux patients et aux formations.

La stigmatisation iatrogénique des psychiatres peut se retrouver dans la pose d'un diagnostic, les effets secondaires d'un traitement, le choix des traitements et des thérapies. Les symptômes sont banalisés plutôt qu'attribués à la pathologie sous-jacente.⁵⁶

Les praticiens sont conscients de la stigmatisation associée aux diagnostics et doivent donc les communiquer de manière prudente et retenue.

Les effets secondaires des traitements sont souvent imputés à la maladie mentale et non aux traitements eux-mêmes.⁵⁷

Les plaintes des patients atteints de troubles psychiatriques sont banalisées et attribuées à leur problématique psychiatrique. Ce phénomène engendre une perte de chance.⁵⁸

Cette tendance a été qualifiée d'ombrage diagnostique et elle surviendrait dans tous les services de soin avec pour conséquence des prises en charge différentes de la population générale.

Par exemple, une étude a retrouvé que les personnes atteintes de maladie mentale sont significativement moins susceptibles de subir une procédure de revascularisation coronaire par rapport à la population générale.⁵⁹

Dans le sondage Stigma Shout de 2009, 9 patients atteints de troubles psychiatriques sur 10 ont rapporté un impact négatif de cette stigmatisation sur leur vie. Deux tiers ont arrêté toute activité professionnelle de peur de la stigmatisation et la discrimination.⁴

13% des patients atteints de maladie mentale attribuent leurs difficultés d'accès au soin à la stigmatisation de leur maladie.⁶⁰

Une étude multicentrique a interviewé 777 patients atteints de schizophrénie. 17% d'entre eux avaient vécu une discrimination dans le système de soin avec des conséquences délétères sur le traitement de leurs symptômes physiques et sur leur retour ultérieur au soin.⁴⁵

Non seulement cette stigmatisation impacte les usagers du soin mental mais aussi les personnels soignants au travers d'une plus grande dépersonnalisation, d'une plus grande fatigue émotionnelle et d'une plus faible satisfaction au travail.⁶¹

C. La stigmatisation dans les cours

La stigmatisation de la santé mentale est retrouvée chez les professeurs de médecine et les tuteurs des stages hospitaliers. Cette attitude de dénigrement peut être transmise aux populations étudiantes.²

La plupart des étudiants de médecine considère la spécialité psychiatrique peu gratifiante et stressante. Cette stigmatisation est retrouvée dans le choix de carrière avec peu de spécialisation en psychiatrie et même une pression familiale à l'encontre de ce choix. Une majorité des étudiants pense que la psychiatrie est une discipline vague et non scientifique.⁶²

Une étude montre que les étudiants de deuxième année de médecine ont une représentation plus positive de la psychiatrie que les internes. D'après cette même étude, les internes s'accordent à penser que les psychiatres ne sont pas égaux aux autres médecins et qu'ils ressentent moins de satisfaction.

Les professeurs de médecine peuvent véhiculer une image des psychiatres négative. Ils réduiraient leur activité à la prescription d'anxiolytiques et de sédatifs sans réelle stimulation intellectuelle ni compensation financière. Une étude récente montre que 90% des professeurs de médecine considèrent les psychiatres comme des modèles néfastes pour les étudiants et 73% pensent que les patients psychiatriques sont émotionnellement épuisants.

Une étude menée en République Tchèque va jusqu'à montrer un niveau de stigmatisation plus important chez les professeurs que chez les étudiants.⁶³

Il est aussi suggéré que les psychiatres eux-mêmes sont plus susceptibles de développer des troubles psychiatriques.²

Une étude retrouve que les cours fondamentaux de psychiatrie, inculquant les critères diagnostics, les symptômes et les traitements associés, ne permettent pas une réduction de cette stigmatisation dans les populations étudiantes.⁵⁸

Plusieurs études retrouvent un faible impact de la formation théorique et des passages en unité de psychiatrie sur la stigmatisation.^{44,63}

Une explication possible pourrait être trouvée dans la persistante et tenace stigmatisation attachée à la santé mentale.

Une étude a été réalisée en Chine dans 12 universités auprès de 1372 étudiants de médecine.

Elle ne retrouve pas de différence significative dans la stigmatisation affichée après l'enseignement théorique de la psychiatrie ni après la pratique dans une unité de psychiatrie.

Les étudiants les moins vecteurs de cette stigmatisation étaient ceux intéressés par la clinique de la psychiatrie, ceux promouvant la psychiatrie au sein de la médecine et ceux dont les proches étaient atteints de pathologies mentales.

Une hypothèse serait que la stigmatisation est moins atténuée par la formation que par l'expérience ou les vocations personnelles.⁴⁴

D. La stigmatisation chez les étudiants

Une sur-expression de la stigmatisation de la pathologie mentale existe déjà dans le monde étudiant.

La littérature actuelle montre que les étudiants de médecine voient les patients atteints de pathologies mentales comme imprévisibles, dangereux et impossibles à soigner. Ils expriment une attitude de distance à leur égard.⁴⁵

Une étude menée chez les étudiants à Singapour retrouve que près de 20% d'entre eux ne voudraient pas que quelqu'un atteint d'un trouble mental s'occupe d'enfants et un tiers n'avait pas d'avis. Cela pourrait être expliqué par la perception que les patients psychiatriques sont "dangereux" ou "imprévisibles". Cette perception est retrouvée par d'autres études.³⁶

Une étude s'est attelée à rechercher les facteurs provoquant le vécu de stigmatisation de la dépression dans les populations étudiantes.

Trois facteurs ont été identifiés. Ce sont la perception de la dépression comme une faiblesse personnelle, la peur de dévoiler la maladie aux autres et le fait de croire que la dépression provoque la discrimination sociale ou professionnelle.

Chacun de ces facteurs est accompagné de l'idée que le traitement n'est pas efficace.⁵

Une autre étude analyse la sévérité de la dépression et le ressenti de stigmatisation auprès de 331 étudiants.

Plus de 70% des étudiants pensaient que développer une dépression pourrait affecter négativement leurs études et 52% voyaient la maladie comme une faiblesse personnelle alors que 26,6% d'entre eux montraient des signes de dépression modérée à sévère.⁵

Une étude menée auprès de 873 étudiants de médecine dans 6 universités américaines a retrouvé que 26,9% des étudiants indiquaient qu'ils iraient chercher de

l'aide en cas de problème émotionnel sérieux contre 44,3% dans la population générale et 38,8% dans la population du même âge.

Or, plus de 52% d'étudiants montraient des signes de burn-out avec une plus grande intensité d'auto-stigmatisation dans ce sous-groupe.

La stigmatisation par les enseignants de la recherche d'aide était deux fois plus retrouvée par les étudiants soignés pour un burn-out dans l'année que par les étudiants non suivis.⁵

Il semble que l'environnement des études interagisse avec les biais de reconnaissance des troubles psychiques des jeunes adultes et rende l'accès au soin d'autant plus difficile.

En revanche l'expérience personnelle (chez l'individu, sa famille ou ses proches) engendre une plus grande acceptation sociale de la pathologie mentale. Cette tendance est plus marquée chez les internes (à 96%) que chez les titulaires (87%).⁵⁶

VIII. Soins psychiatriques ambulatoires chez les étudiants

Comme vu précédemment, les étudiants toutes filières confondues et plus encore ceux en santé présentent des prévalences de troubles psychiques inquiétantes.

Néanmoins, leur utilisation des systèmes de santé mentale semble marginale et peu encadrée, probablement en lien avec les résistances évoquées.

L'hypothèse principale serait qu'il existe un problème d'accessibilité ou d'adhésion aux soins chez les étudiants.

Une hypothèse secondaire pourrait être que la population étudiante présente des résistances ou des facteurs compliquant la stabilisation de leurs symptômes.

Afin d'explorer ces hypothèses, je me suis rapproché de plusieurs soignants en santé mentale et addictologie suivant des étudiants au long cours ou réalisant des évaluations de premiers contacts dans la région des Hauts-de-France.

A travers le recueil de l'avis de ces soignants concernant la mise en place du soin des étudiants, ce travail permettra d'explorer ces hypothèses afin de proposer des pistes d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Matériel

Mon travail s'est porté sur une étude qualitative dont l'objectif principal est de déterminer l'adhésion et l'efficacité des soins psychiatriques ambulatoires chez les étudiants.

Pour connaître les enjeux de ces suivis un guide d'entretien a été élaboré, en partenariat avec la consultation de méthodologie de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France.

Ce guide s'est focalisé sur trois points principaux, à savoir la diffusion de l'information de l'offre de soin aux étudiants, les spécificités de la clinique et les freins à la mise en place du soin.

II. Méthode de la recherche scientifique

Je me suis rapproché de structures de soins aux étudiants.

Les premières structures abordées sont le SUMPPS et le BAPU, de par leur fonctionnement exclusif pour les étudiants et leur lien avec l'université.

Le SUMPPS est une porte d'entrée dans le soin pour tous les étudiants universitaires, proposant évaluation, soin, suivi et orientation. Malgré de très nombreuses sollicitations l'équipe du SUMPPS n'a pas répondu positivement à nos demandes de rencontre.

Concernant le BAPU malgré certaines résistances nous avons pu organiser deux rendez-vous. Un seul a pu avoir lieu par faute de réponse de la part de l'équipe du BAPU pour le second.

Le professeur Thomas a réalisé une liste de psychiatres libéraux et du service publique sur la région lilloise avec pour objectif de permettre un accès au soin rapide pour les étudiants. Je me suis rapproché de ses différents acteurs. Elle était composée de psychiatres de secteur 1, de secteur 2 et d'addictologues de la Consultation Jeune Consommateur.

Une moitié de ces soignants a accepté de réaliser des entretiens, l'autre moitié n'ayant pas répondu aux demandes.

Par la suite j'ai contacté des soignants proposant des consultations spécialisées, telles que la consultation de psychotraumatisme, le TDAH ou les premiers épisodes, afin d'explorer un maximum le spectre des troubles mentaux.

Les entretiens ont été enregistrés avec un smartphone OnePlus 5, via l'application « Enregistreur ». Tous les soignants m'ayant reçu ont accepté d'être enregistrés. Les verbatims ont ensuite été retranscrits et sont disponibles en annexe de ce document.

Au final 13 soignants ont été interviewés, un psychologue, un médecin généraliste avec capacité d'addictologie et 11 psychiatres dont 2 avec un DESC d'addictologie. Le panel se compose de 5 femmes pour 8 hommes, de 30 à 55 ans.

RÉSULTATS

I. Recours disponibles lors des études des soignants

12 personnes interrogées sur 13 n'ont pas souvenir d'avoir reçu d'informations concernant les structures disponibles en cas de difficultés psychiques au cours de leurs études.

Sur les structures déjà identifiées le SUMPPS est cité à 2 reprises, le CROUS, le BAPU, les psychologues libéraux et les médecins traitants ont été mentionnés chacun une seule fois.

3 intervenants indiquent avoir eu accès à plus d'information lors de l'internat, mais cette orientation concernait les patients, la possibilité pour les soignants de les utiliser pour leur bien-être personnel ne semblait pas évidente.

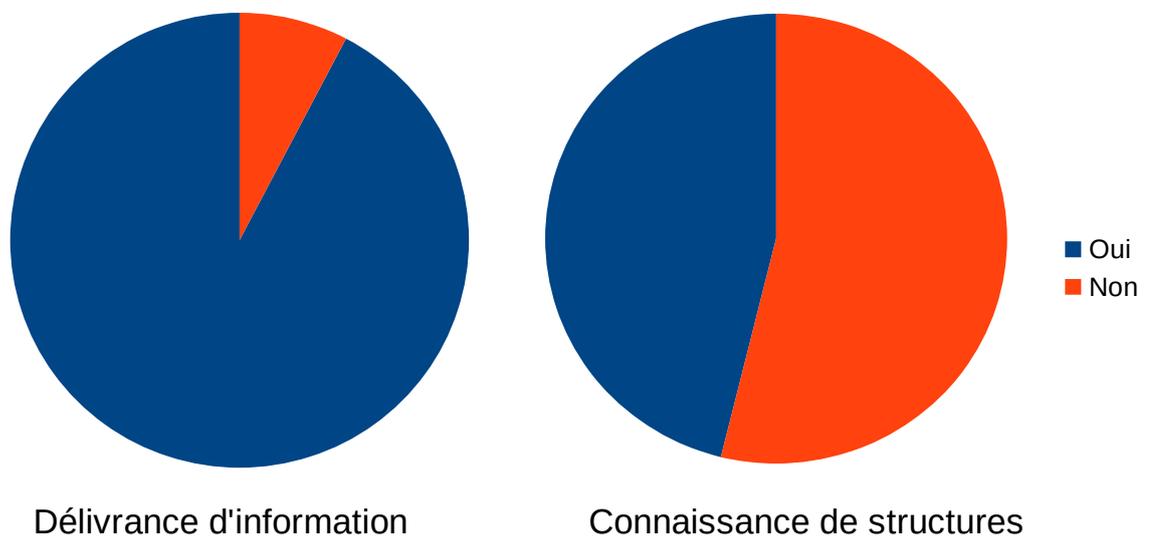


Figure 3: Proportions des soignants interrogés ayant reçu une information sur les structures de recours lors de leurs études et proportion des soignants ayant connaissance des structures de soin psychique au cours de leurs études

II. Origine des demandes

7 des 13 des soignants reçoivent les étudiants exclusivement ou majoritairement de leur propre initiative. 5 décrivent une faible proportion de demande spontanée de la part des étudiants.

1 seul soignant déclare ne jamais avoir de demandes directes, ce qu'il relie à sa consultation d'addictologie, peu demandée par les étudiants qui ne se sentent pas concernés.

7 des 13 soignants reçoivent des demandes de la part de la famille, mais elles ne concernent que peu de consultations.

1 intervenant refuse toute demande provenant de la famille et ne répond qu'à celles provenant du patient lui-même.

Les orientations de la part de confrères médecins généralistes ou spécialistes sont retrouvées chez 7 de ces soignants, en proportions inégales chez chacun d'eux mais montrant néanmoins un lien efficace dans le réseau de soin.

La majeure partie de ces intervenants n'a aucun lien avec les structures de soin universitaire (SUMPPS et BAPU), seuls 3 soignants reçoivent des suivis à leur demande, et ce en faible proportion.

Seuls 2 soignants ont des orientations directes de la part de l'université, l'un pour la prise en charge de troubles que le patient ne considère pas comme problématique et le second pour une évaluation psychiatrique.

2 personnes interrogées ont rencontré des étudiants après la dispensation de cours.

De manière plus anecdotique on retrouve des adressages de la part de la justice, des CMP et des MDA (chacun étant évoqué à une occasion).

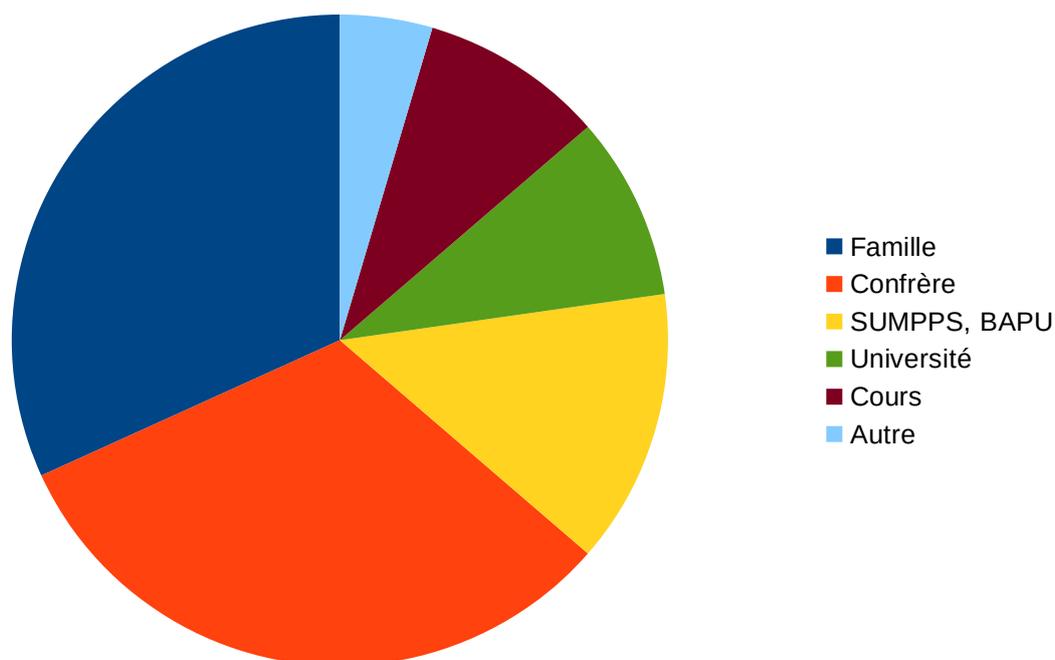


Figure 4: Répartition de l'origine des orientations des étudiants

III. Motifs de demande de suivi

Les étudiants reçus en consultation présentent des symptômes liés à des syndromes anxio-dépressifs, retrouvés chez 10 des praticiens questionnés. Ces symptômes peuvent être primaires ou conséquents à d'autres troubles.

Secondairement les motifs avancés sont ceux en lien avec les études (difficultés scolaires, échec scolaire, absentéisme, déscolarisation), déclarés par 6 soignants.

La demande de prise en charge de conduites addictives est invoquée par 4 soignants, principalement pour des addictions aux substances et plus minoritairement pour des addictions liées aux comportements.

Les troubles de la concentration sont exprimés à 2 occasions, dans le premier cas ils semblent intriqués à des conduites addictives et le second à un TDAH.

Les troubles bipolaires et psychotiques sont beaucoup plus rares, conformément aux prévalences de la littérature, et ont été avancés respectivement à 1 et 4 reprises.

Les psychotraumatismes ont été évoqués à 3 occasion, par la consultation dédiée et 2 autres soignants.

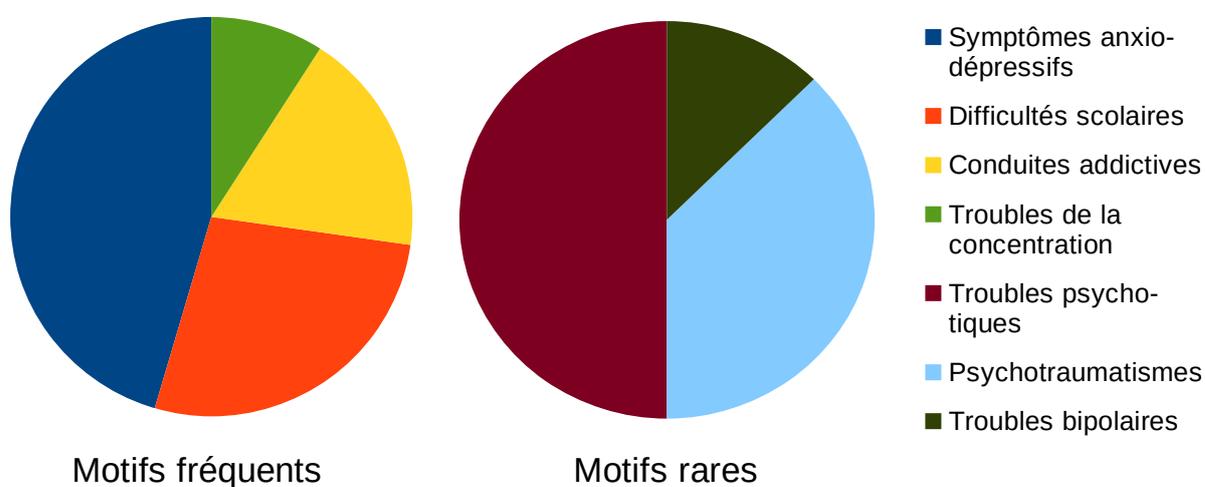


Figure 5: Répartition des motifs de demande de suivi les plus fréquents et les plus rares chez les étudiants

IV. Attitude des étudiants en suivi

Les étudiants sont majoritairement acteurs de leur prise en charge, surtout s'ils sont demandeurs de soins, comme décrits par 11 des praticiens entendus (8 de ces praticiens avançant spontanément cet argument indépendamment de l'origine de la demande).

4 soignants ont décrit une plus grande passivité chez les étudiants lorsque les soins sont à l'initiative d'une tierce personne ou d'une institution.

Les étudiants présentant des pathologies psychotiques sont décrits comme plus passifs dans le soin par 2 soignants, ces derniers expliquent que la maladie en elle-même peut venir entraver la reconnaissance des troubles et donc la motivation à la prise en charge.

Par ailleurs 3 de ces soignants ne retrouvent pas de différence dans le positionnement des étudiants par rapport à la population générale.

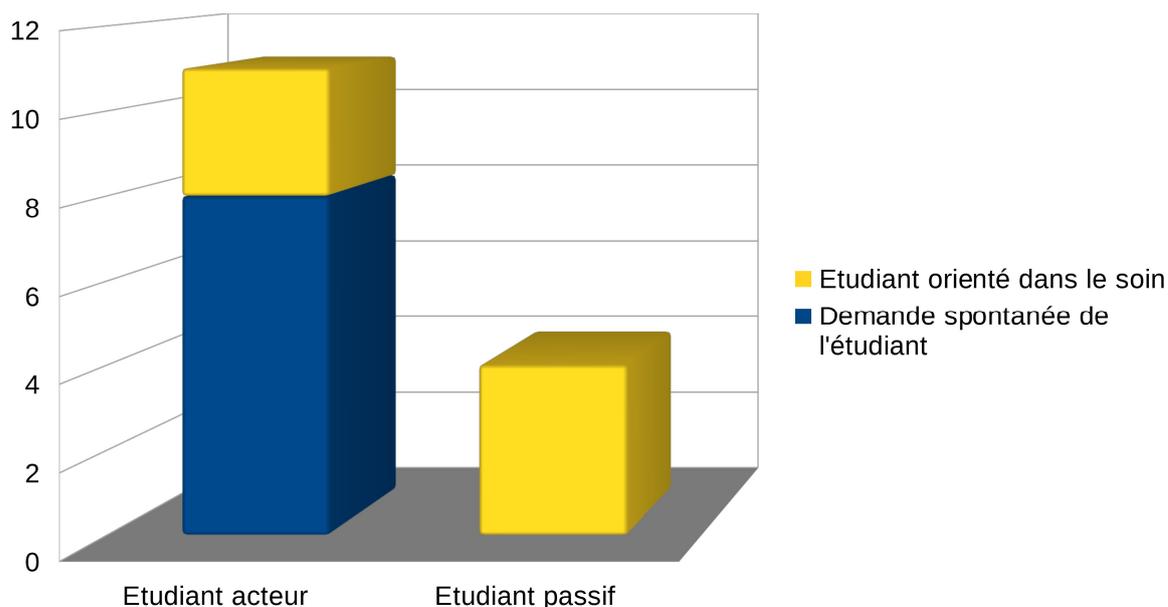


Figure 6: Implication de l'étudiant dans les soins en fonction de la demande spontanée d'accès aux soins ou son orientation

V. Capacités d'identification des troubles

Les soignants interrogés sont une majorité à penser que les capacités d'identification de la souffrance des étudiants sont bonnes ou similaires à la population générale (à raison de 10 sur les 13).

Les 3 restants pensent même que leurs capacités sont supérieures à la population générale.

A noter une particularité en addictologie, les étudiants seraient plus dans le déni de leurs troubles et de leurs conséquences, avec un discours de plaignant et un plus grand rejet du soin.

Le déni met apparemment plus de temps à se dissiper, les patients ne se sentant pas concernés par les problématiques abordées. Ce point a été repris par 5 des personnes interviewées.

3 des soignants interrogés décrivent les étudiants présentant les pathologies psychotiques ou des troubles de personnalité de type état limite comme ayant des difficultés à reconnaître leurs troubles.

VI. Conduites à risque

Les conduites addictives aux toxiques sont très présentes dans la population étudiante, comme retrouvées par 6 des soignants interrogés, à la fois dans leur fréquence et leur gravité.

Les substances les plus citées sont l'alcool et le cannabis (à 5 reprises), la cocaïne n'étant mentionnée qu'une seule fois.

4 des intervenants présentent ces conduites dans un contexte auto-thérapeutique, avec un objectif anxiolytique.

Un habitus générationnel, de type festif, est avancé par 2 de ces soignants.

2 d'entre eux ne retrouvent pas de différence dans leur fréquence par rapport à la population générale et 1 intervenant n'a retrouvé aucune conduite à risque dans sa patientèle étudiante.

1 praticien retrouve une absence de conduite addictive chez les étudiants suivis initialement en pédopsychiatrie, contrairement à sa patientèle naïve de soins précédemment.

Il n'est pas remarqué de différence pour les autres conduites à risque, comme précisé par 8 des personnes interrogées.

VII. Recours proposés aux étudiants

6 sur 13 des soignants rencontrés proposent les mêmes modalités de prescription et de psychothérapie avec les étudiants que dans la population générale.

Concernant l'instauration de traitements chez les étudiants, 4 praticiens évoquent l'utilisation de posologies plus faibles et 3 préfèrent éviter la prescription de traitements sédatifs, afin de permettre la bonne poursuite des études. 2 de ces praticiens décrivent des durées de traitements plus courtes que dans la population générale.

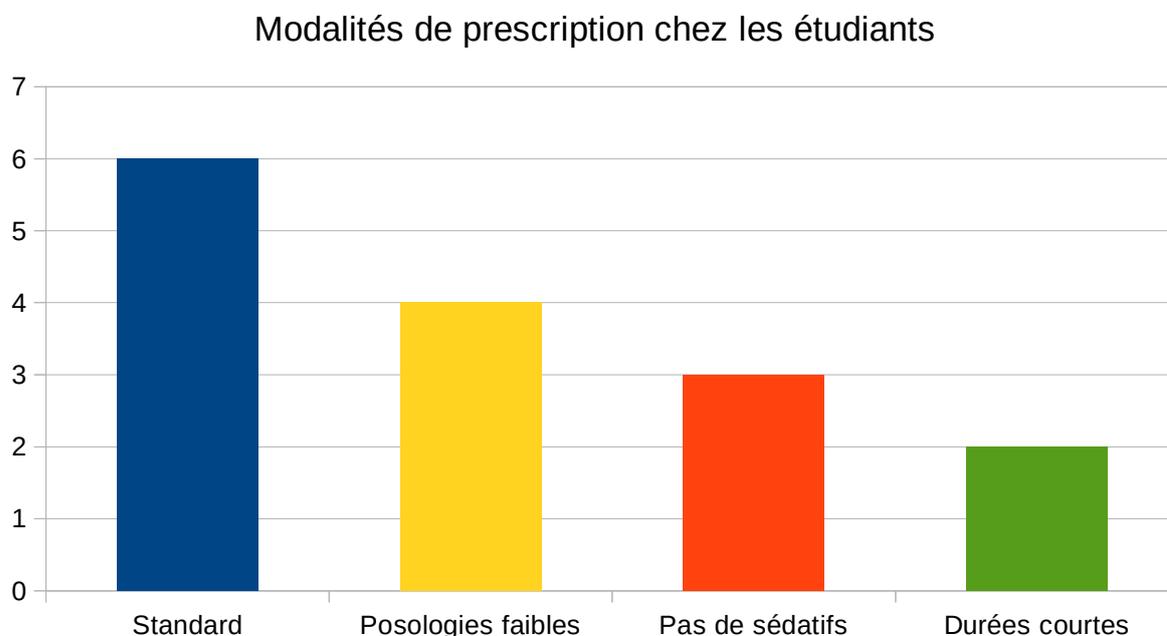


Figure 7: Modalités de prescription des traitements chez les étudiants

Parmi les psychothérapies possibles la thérapie familiale est celle qui a été la plus citée (5 sur 13), suivie par la TCC (4 sur 13), la thérapie brève, la relaxation et la thérapie de soutien (3 sur 13). Un soignant mentionne la psychanalyse dans ses recours psychothérapeutiques.

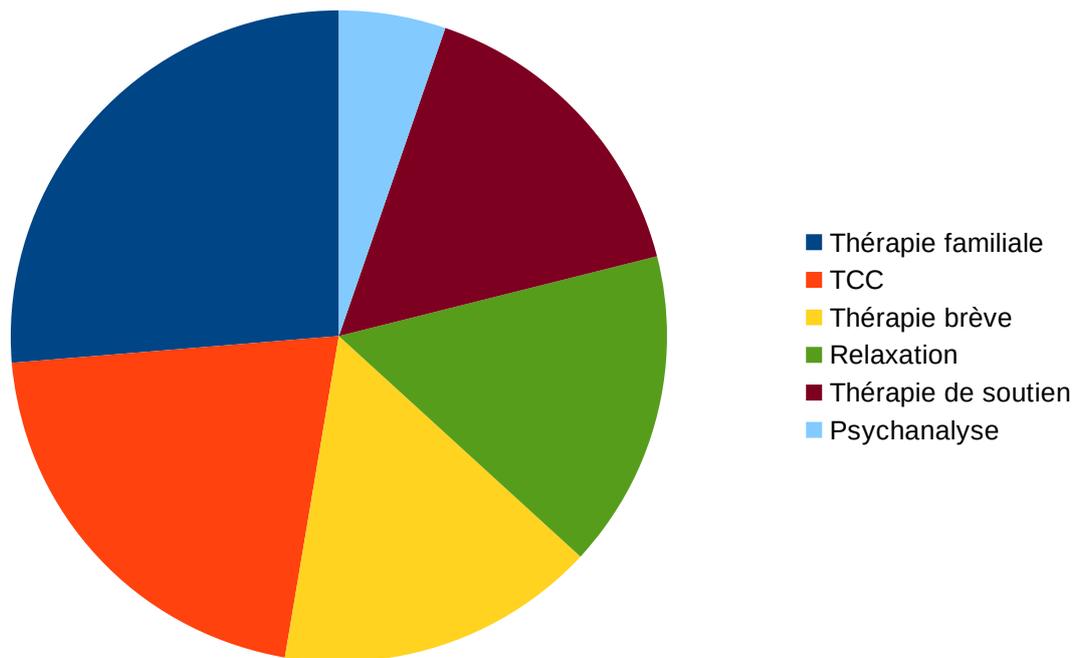


Figure 8: Répartition des psychothérapies employées avec les étudiants

VIII. Spécificités et difficultés dans les prises en charges des étudiants

Cette question a obtenu des réponses très variées et difficilement appariables.

Néanmoins concernant les difficultés il semblerait que la gestion de l'emploi du temps et les périodes d'examen puissent parasiter les soins, rendant l'assiduité et la disponibilité psychique des étudiants fluctuantes dans le temps. Cette gêne a été rapportée par 4 des intervenants.

2 personnes interrogées ne déclarent pas de difficultés particulières dans la prise en charge des étudiants.

Les autres difficultés citées sont les problématiques addictives, les risques suicidaires, les soins initiés par un tiers (famille, université, justice), le respect du cadre

thérapeutique et l'assiduité au travail, l'immaturation des étudiants, le stress lié aux études et les frais associés aux psychothérapies libérales.

Les spécificités les plus reprises sont la nécessité d'accompagner la prise en charge individuelle de l'étudiant d'un travail avec l'entourage (famille, proches, médecin traitant). 4 des intervenants pointent l'intrication systémique et la première expérience d'autonomisation comme étant fréquemment impliquée dans la problématique générale des étudiants.

3 d'entre eux proposent l'accompagnement dans les études voire la réorientation, en contactant directement les écoles ou universités, comme spécifique de la prise en charge de la population étudiante.

IX. Articulation avec d'autres structures

La quasi-totalité (11 sur 13) des intervenants n'a pas de lien avec les universités ou les écoles. Un seul d'entre eux a pu contacter les institutions académiques afin d'aider à l'aménagement des études.

Les principaux partenaires sont les structures d'hospitalisation dédiées aux jeunes, telles que la Clinique Lautréamont et les 4 Cantons, comme précisé par 6 des interrogés. Les contacts avec le CMP et avec les collègues libéraux arrivent secondairement, retrouvés à 4 reprises chacun. La coordination avec le médecin traitant a été abordée par 3 des interrogés.

Les structures universitaires de soin, comme le SUMPPS et le BAPU, ont été citées à 3 occasions.

Les unités d'hospitalisation de crise, à savoir le CAC et le CPAA, ont été mentionnées par 2 intervenants.

De manière plus anecdotique les consultations spécialisées (consultation sommeil, consultation premier épisode) et la MDA ont été avancées chacune par 1 intervenant.

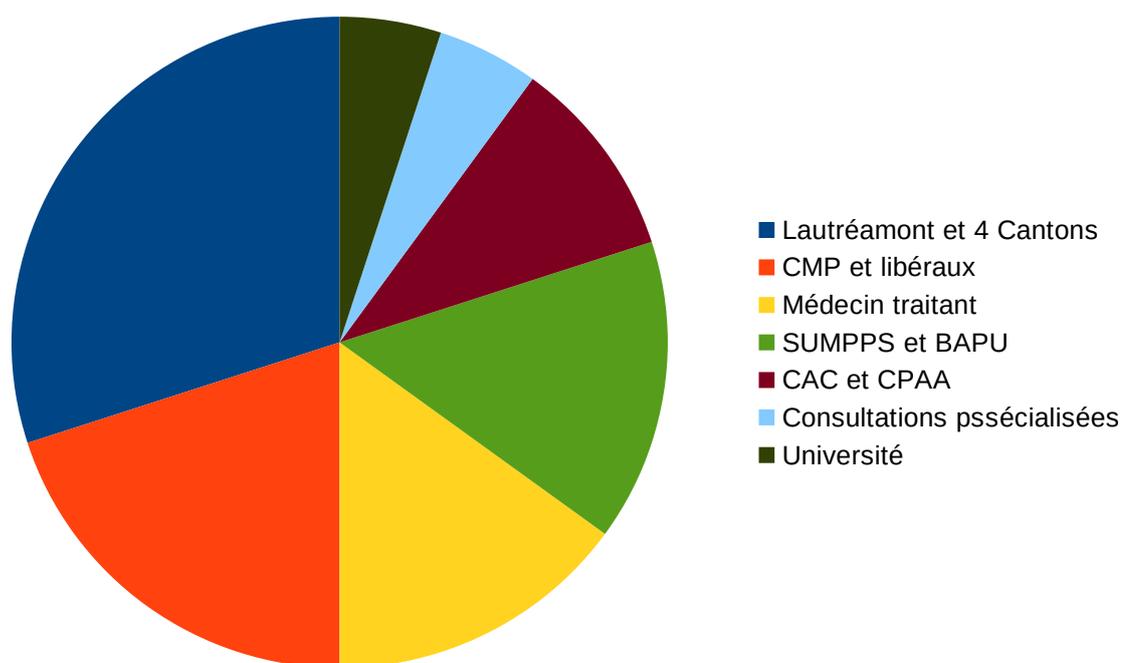


Figure 9: Articulation des soins chez les étudiants

X. Evolution des suivis des étudiants

La plupart des praticiens s'accorde à penser que les suivis des étudiants aboutissent à de meilleures récupérations que dans la population générale (10 sur les 13) et ce de manière plus rapide (8 sur les 13). Sur les 3 restants, 2 retrouvent néanmoins des évolutions positives, semblables à la population générale et seul 1 d'eux estime ces suivis de moins bon pronostic.

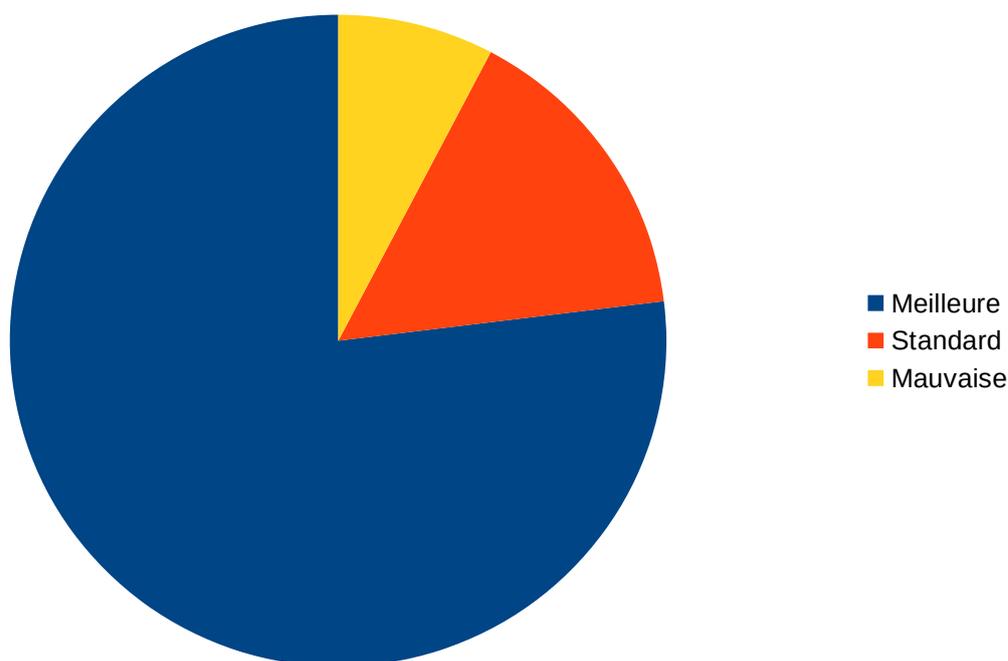


Figure 10: Evolution de la prise en charge des étudiants par rapport à la population générale

XI. Freins à l'accès au soin chez les étudiants

12 des 13 praticiens rencontrés retrouvent des freins à l'accès au soin chez les étudiants et 7 d'entre eux les relient à un manque de demandes de suivi.

Les freins avancés ont été assez divers avec chacune des personnes interrogées. Ceux les plus repris sont l'absence de connaissance des troubles ou leur banalisation et le coût financier du suivi (4 sur les 13).

Ensuite sont avancés la pression des études laissant peu de place à un suivi, la peur d'un manque d'anonymat en lien avec la localisation des structures proposant des suivis et le délai avant la première consultation, évoqués à 3 reprises.

Plusieurs autres arguments ont été présentés, l'immaturation psycho-affective, la non reconnaissance des troubles addictifs, l'étiquette de la psychiatrie, le manque d'information sur les troubles psychiques, le fonctionnement des structures de soin en santé mentale et un sex-ratio de patients très défavorable aux hommes (ces derniers étant très peu nombreux à consulter).

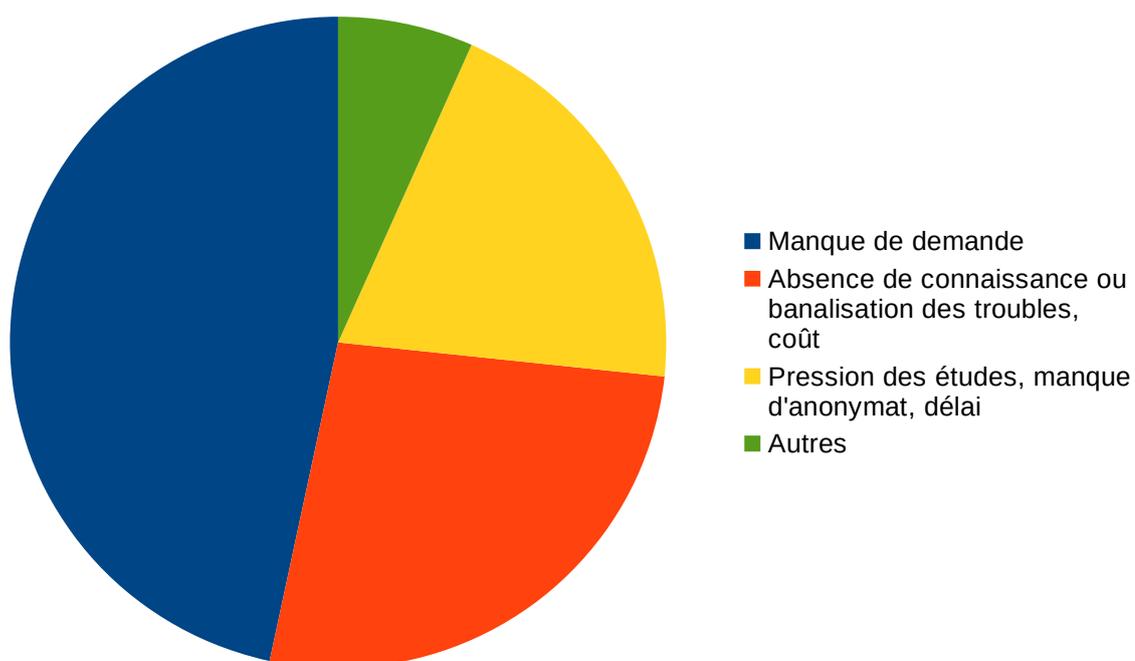


Figure 11: Barrières à l'accès au soin retrouvées chez les étudiants

DISCUSSION

I. Commentaires sur les entretiens

Les résultats de ces entretiens permettent de faire apparaître des caractéristiques spécifiques de la prise en charge des étudiants, que nous allons explorer ici.

Pour commencer, la quasi-totalité des praticiens retrouve des freins à l'accès aux soins pour les étudiants, l'hypothèse principale semble donc validée.

Les freins sont de plusieurs types, on remarque un manque de connaissance de la pathologie mentale associé à un manque de reconnaissance de ses troubles, des difficultés dans le fonctionnement même des systèmes de soin (en termes de coût, de délai d'attente, de localisation des structures, de garantie d'anonymat), la pression intrinsèque aux études.

Pour palier à ces barrières plusieurs solutions peuvent être proposées. Une plus grande diffusion d'information sur les pathologies psychiques et les structures de recours disponibles suffisamment tôt dans le cursus pourrait permettre une meilleure reconnaissance des troubles et une prise en charge plus précoce. La sensibilisation à la stigmatisation de la pathologie mentale et ses conséquences pourrait être réalisée dès le début des études dans le but de l'enrayer. Face aux importantes pressions liées aux études, le développement d'un système de soutien entre pairs permettrait de diminuer le sentiment d'isolement et de faciliter les échanges, notamment autour des difficultés ressenties par les étudiants. Les services de soin universitaires pourraient mettre en place une évaluation de chacun des étudiants, avec un dépistage systématique des troubles psychiques et la proposition d'orientations éventuelles.

Très majoritairement, les soignants interrogés n'ont pas souvenir avoir reçu d'information concernant les structures disponibles en cas de difficultés psychiques, et ce même pour les plus jeunes d'entre eux. Dans ces conditions la recherche de ces renseignements semble incomber à l'étudiant. Or, au cours de mon travail il m'a été difficile de joindre les services de soins universitaires et ces derniers m'ont décrit une impossibilité d'augmenter leur file active de suivi, ce qui impose un délai d'attente de plusieurs mois avant une première consultation.

A ce titre, il serait profitable de réaliser des communications aux étudiants pour les informer de toutes les structures pouvant leur offrir leurs services, et ce le plus tôt possible dans leur cursus.

Il est apparu que la majorité des demandes de suivi était réalisée spontanément par les étudiants. Cette configuration semble être profitable avec un travail plus actif de leur part et une meilleure évolution de leurs troubles.

Les capacités d'identification des étudiants de leurs problématiques et leur souffrance sont retrouvées comme efficaces une fois dans le soin mais une grande proportion d'étudiants ne parvient pas au soin et n'est par conséquent pas évaluable.

Plus de la moitié des personnes interrogées reçoit des demandes de prise en charge de la part de la famille. Étant donné l'importante intrication systémique retrouvée chez les étudiants, il apparaît important d'accompagner les patients et leur famille dans le soin.

L'expérience d'autonomisation, l'éloignement, le sentiment d'isolement sont des facteurs de stress fragilisant les étudiants et la réalisation d'entretiens familiaux peut aider à les lisser.

En revanche, peu des praticiens reçoivent une orientation de la part des services de soins universitaires. Peut-être que leur rencontre permettrait un meilleur maillage du soin et de lisser les difficultés d'accès au suivi, notamment en termes de délai d'attente. Les institutions académiques semblent très isolées des soignants, tant dans leur adressage à ces derniers que dans la communication. Ce point est déplorable au vu de l'impact des troubles psychiques sur les performances scolaires des étudiants. Il semblerait encore une fois important de créer du lien pour aider à l'aménagement du cursus des étudiants en difficulté. Néanmoins, face aux inquiétudes d'anonymat rapportées par les étudiants, il semblerait nécessaire de trouver une interface d'échange respectant le secret médical.

Les motifs de demande de suivi sont cohérents avec la littérature. Les troubles avancés sont majoritairement dans le cadre des syndromes anxio-dépressifs, avec une proportion importante de difficultés en lien avec les conditions d'étude. De plus, les emplois du temps des étudiants et les périodes d'examens ont été identifiés comme critiques pour la bonne dispensation des soins et une infime minorité des soignants a pu contacter les universités et écoles pour remédier à ce problème. Afin d'aménager le déroulement de ces études il apparaît important que les soignants puissent échanger avec les structures académiques au travers de référents pédagogiques bien identifiés, ou avec un service universitaire dédié à cette fonction, tout en s'assurant du maintien du secret médical.

Les comorbidités addictives, et principalement les consommations de toxiques, sont retrouvées plus fréquentes et plus importantes dans la population étudiante. Le déni

de ces troubles et de leurs conséquences n'incite pas les étudiants à rechercher de l'aide et tend à pérenniser ces conduites.

Elles sont principalement à visée anxiolytique, ce qui est questionnant par rapport aux capacités de gestion du stress des étudiants et des stratégies d'adaptation qu'ils mettent en place.

Il serait profitable de mettre en place des ateliers inculquant des techniques de relaxation et de thérapie de pleine conscience avant que le stress ne déborde les étudiants. La délivrance d'informations sur les consommations de substances pourrait être reprise dans des cours spécifiques, en mettant en perspective les risques pour les étudiants, afin de compléter la sensibilisation des campagnes de santé publique.

Une majorité des praticiens interviewés a décrit une bonne évolution des prises en charge des étudiants, avec une atténuation des troubles meilleure et plus rapide que dans la population générale.

Certains indiquent des modalités de prescription différentes avec des posologies de traitement plus faibles et des durées plus courtes. Cette spécificité montre que les étudiants répondent positivement et rapidement aux soins. Il a aussi été spécifié que les prises en charge les plus précoces sont de meilleur pronostic. Ces éléments invitent à trouver les leviers permettant de lever les barrières qui entravent l'accès au soin des étudiants.

Pour explorer les possibles voies d'amélioration, je me suis tourné vers la littérature afin de m'informer de ce qui avait déjà été recherché en vue d'exposer les démarches les plus pertinentes pour les étudiants.

II. Implication de l'université

Les universités proposent les services de la médecine universitaire, disponible pour tous les étudiants, pour tout motif de santé. Cette offre est primordiale mais a des limites rapidement atteintes dans ses recours. Les échanges avec la structure de Lille ont mis en lumière un manque de moyen, en termes notamment de personnel et de possibilité de suivi pour les étudiants, contrastant avec une augmentation de la demande, principalement pour des motifs psychologiques.

Néanmoins, la littérature se partage sur le rôle de l'université dans l'accompagnement des étudiants présentant des pathologies mentales. En effet, certains prônent la proposition d'une aide de l'université. D'autres pensent que l'implication de l'université doit être limitée du fait d'un manque de formation qui pourrait être plus délétère pour l'étudiant.³³

III. Guidelines au niveau universitaire

Des études ont déjà réfléchi à la création de recommandations à destination des universités pour l'aide à la santé mentale des étudiants et au bon déroulement de leurs études.

Un rapport a compilé une revue systématique de littérature, de sondages en ligne, d'entretiens téléphoniques avec des représentants d'universités de médecine et d'étudiants, ainsi que des points clefs du soutien aux étudiants de médecine souffrant de troubles mentaux.

Ce rapport a pu identifier plusieurs axes de travail :

Il semblerait que la création d'un environnement propice à la discussion ouverte des problématiques de santé mentale permette une réduction de la stigmatisation qui leur est associée.

L'assignation d'un tuteur à chaque étudiant et la réalisation en coopération de campagnes de sensibilisation aux problèmes de santé mentale permettent un meilleur accès au soin.

Il a été décrit comme nécessaire de prendre des mesures visant à convaincre les étudiants qu'ils ne devraient pas éviter de se faire soigner, par crainte de la présence de documentation dans leurs dossiers universitaires et de conséquences négatives pour leur future carrière.

Il est conseillé de développer des systèmes de surveillance pour identifier/détecter les personnes pouvant nécessiter de l'aide.

L'aide à la poursuite ou reprise des cours est un point important, avec la mise en place de plans concrets de retour aux études pour chaque étudiant en décrochage et ce le plus tôt possible.

En dernier lieu, il a semblé important de séparer les instances de soutien de celles qui décideraient de la poursuite des études.

Ce rapport a permis la création de guidelines et de recommandations pour les facultés de médecine :

- Proposer un système de soutien par des étudiants formés à fournir de l'aide et des conseils pour faire face au stress.
- Réaliser des conférences et des cours sur la santé mentale et les recours disponibles dès la première année d'étude.
- Former des tuteurs personnels afin qu'ils sachent reconnaître les difficultés mentales et la manière d'orienter les étudiants présentant des problèmes mentaux.

- Fournir des conseils et un soutien psychologique aux étudiants par l'université.
- Surveiller les progrès des étudiants dans leurs études, ce qui permet de discuter des difficultés potentielles des étudiants dont les performances suscitent des préoccupations⁵

Ces recommandations ont été appliquées à l'université de Cardiff au Royaume-Uni. Elles sembleraient diminuer les prévalences de troubles mentaux et augmenter l'accès au soin. Cependant, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives. Les études de médecine au Royaume-Uni et en France sont sensiblement similaires, que ce soit dans leur durée ou leur déroulement (avec un mélange entre théorie et pratique au cours du cursus).

L'adaptation de ces recommandations au monde universitaire français semble alors intéressant et pourrait être une des solutions à envisager.

Le service sanitaire des étudiants instauré depuis la rentrée 2018 dans la métropole française est une nouvelle initiative permettant de sensibiliser la jeunesse à différentes thématiques de santé publique. Les étudiants de santé sont formés à une thématique précise afin de délivrer des messages de prévention et de promotion de la santé dans des établissements scolaires. Dans les Hauts-de-France, le Docteur Charles-Édouard Notredame a coordonné le module de santé mentale et organisé la formation des étudiants ainsi que leur supervision. J'ai moi-même été un des internes référents des étudiants délivrant les messages de prévention. Les résultats préliminaires ont été très positifs, à la fois pour les étudiants impliqués dans l'action menée et pour les jeunes rencontrés au cours des interventions. Plusieurs étudiants et élèves ont pu souscrire au soin et signaler que le service sanitaire les avait aidés dans cette démarche.

IV. Promotion du bien-être

Avant de pouvoir décrire les facteurs impliqués dans le bien-être il semble important de le différencier en deux sous-types :

- Le bien-être eudémonique, aussi appelé bien-être psychologique, lié à la réalisation de son propre potentiel, la présence de relations positives et l'acceptation de soi.
- Le bien-être subjectif, aussi appelé bien-être hédonique, lié à l'expérience de satisfaction, avec une composante cognitive (reconnaissance de la satisfaction) et une autre affective (émotions positives)²⁷

Ces deux dimensions montrent bien les valences sociales, professionnelles et personnelles associées à des expériences concrètes venant les confirmer, permettant l'enracinement du bien-être.

Il est communément admis que mener un mode de vie sain est bénéfique au bien-être. Mais que veut dire un mode de vie sain ?

Selon l'OMS, cela comprendrait une activité physique régulière, l'absence de tabagisme, limiter la consommation d'alcool, manger de manière équilibrée.

Ces considérations sont étayées par la littérature. Il a été démontré un lien avec des effets positifs sur le bien-être et la diminution du risque de survenue de nombreuses pathologies somatiques.

Ainsi, l'activité physique et les activités culturelles seraient des facteurs protecteurs contre les troubles psychiques et auraient un effet bénéfique sur la santé mentale, ce sur le long terme.

De même, des études plus récentes ont montré qu'un mode de vie sain permettait une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété, une plus grande satisfaction, et un ressenti d'un meilleur bien-être mental.

Concernant les facteurs nuisibles au bien-être, plusieurs études ont retrouvé que l'obésité, le tabagisme et un rythme de vie quotidien erratique (heures de coucher, heures des repas) sembleraient associés à un bien-être moins confortable ainsi qu'à un sur-risque d'apparition de troubles de la santé mentale.

Il est encore impossible de statuer sur certains comportements, par manque de données et du fait de nombreux biais dans les études déjà parues.

Ainsi l'impact de l'alcool est controversé, certaines études retrouvant un lien non linéaire (avec un risque élevé de dépression et d'anxiété pour les consommations excessives et un plus haut taux de symptômes d'anxiété et de dépression chez les abstinents) tandis que d'autres études ne retrouvent pas de corrélation significative. Les données semblent être indissociables d'autres paramètres sociodémographiques et la consommation d'alcool peut difficilement être étudiée de manière indépendante.

De même les régimes alimentaires végétariens sont liés à l'apparition de trouble de la santé mentale (principalement des symptômes de dépression, d'anxiété et d'insomnie), ainsi qu'un bien-être plus pauvre. Néanmoins la puissance de ces études semble trop faible pour tirer des conclusions, notamment au travers de biais de sélection.⁶⁴

Ces différents points sont déjà largement repris par de nombreuses campagnes de santé publique, présentes pour les étudiants via des communications de sensibilisation. Les campagnes de prévention permettent d'informer efficacement les populations mais n'ont qu'un impact modéré sur les habitudes de vie néfastes.⁶⁵

Peut-être seraient-elles à compléter par des cours sur les bienfaits des habitudes de vie saine afin de permettre une meilleure imprégnation de ces informations.

Il est aussi important que les universités et écoles permettent aux étudiants de disposer de suffisamment de temps pour la réalisation d'activités extra-scolaires, nécessaires à l'épanouissement et facilement abandonnées au profit de la charge de travail académique.

Comme pour la santé mentale, le service sanitaire des étudiants a abordé la thématique des addictions auprès de la jeunesse afin de les sensibiliser aux risques que peuvent entraîner ces conduites, qu'elles soient liées aux substances ou aux comportements. Au vu du déni associé à ces troubles il semble pertinent de réaliser des actions de prévention le plus tôt possible.

V. Psychologie positive

Afin de permettre aux étudiants de maintenir une bonne santé mentale il est possible de mettre en place des ateliers visant la promotion du bien-être. Les universités et écoles pourraient proposer ces possibilités aux étudiants.

Je propose la psychologie positive comme exemple d'intervention à mettre en place. Ce choix a été guidé par la promotion du bien-être retrouvée dans cette approche, associée à des protocoles de différentes écoles de psychothérapie pour permettre un travail intégratif complet.

La psychologie positive est un nouveau domaine de psychologie qui cherche à comprendre les émotions positives, le potentiel psychologique, et les fonctionnements humains/sociaux/institutionnels sains, ainsi que la recherche d'application de ces connaissances pour aider la population et les institutions.

La psychologie positive a été décrite pour la première fois en 1954 par Maslow dans son livre "Motivation and Personality", mais n'a été étudiée que plusieurs décennies plus tard. Les interventions de psychologie positive fonctionnent de manière similaire à la TCC, mais au lieu de s'intéresser à une population présentant des troubles psychiques, va s'intéresser à tous les individus et promouvoir le bien-être et le développement du potentiel humain pour chacun.

Le but n'est donc pas de réduire un ou des symptômes mais d'améliorer des caractéristiques positives.²⁷

2 méta-analyses retrouvent un lien significatif entre la psychologie positive et l'amélioration du bien-être, subjectif et psychologique, et une diminution des symptômes dépressifs.^{66,67}

La littérature retrouve un lien fort entre le bien-être et la capacité psychologique des individus, sachant que le développement de ce capital pourrait améliorer le bien-être. Plusieurs études retrouvent l'efficacité et l'optimisme comme pivots de la construction de la résilience, cette dernière alimentant l'espoir.

La psychologie positive s'est montrée proactive, simple, pratique, peu coûteuse et brève dans la mise en place pour le développement du capital psychologique.

Il serait intéressant d'associer les services de soin universitaires et les référents pédagogiques pour élaborer des modules éducationnels basés sur la psychologie positive et ainsi développer le capital psychique et faciliter l'accès au soin par son référencement et sa destigmatisation.

Plusieurs universités américaines ont adopté cette initiative.

Ces interventions pourraient diminuer le taux de maladie mentale et de détresse psychologique.¹⁸

Malgré des efforts pour changer les perspectives de la santé mentale, afin de passer d'une absence de pathologie mentale à quelque chose de positif ou la présence de bien-être mental, les interventions sont plus à visée de prévention que de promotion de la santé mentale positive.

VI. Formations pédagogiques

La formation théorique actuelle semble ne pas permettre une compréhension suffisante ou une mise en perspective pertinente des enjeux ayant trait à la pathologie mentale.

La littérature retrouve que certaines interventions universitaires ont un impact positif sur les attitudes des étudiants. Celles qui expliquent les facteurs psychosociaux des pathologies mentales, associée à un cadre biogénétique. Et le contact direct ou indirect avec les patients et leur vécu au travers des cours.⁴⁵

Une étude retrouve une amélioration de l'attitude des étudiants envers les patients atteints de troubles psychiatriques après avoir bénéficié d'un programme académique dédié, de 70 heures.

Malheureusement ces programmes restent très chronophages et le programme universitaire laisse peu de place pour leur mise en place de manière ubiquitaire.

Néanmoins peut-être serait-il opportun de sensibiliser à la stigmatisation associée à la pathologie mentale au travers d'un enseignement spécifique.

Cette approche pédagogique permettrait à la fois d'améliorer l'attitude des étudiants envers les patients de psychiatrie tout en leur permettant de faciliter leur propre accès au soin.⁶⁸

Une étude retrouve que la formation aux premiers soins de santé mentale permet de diminuer la stigmatisation retrouvée chez les étudiants.

Ce module comporte à la fois une composante éducative mais aussi une emphase sur l'empathie à travers des vidéos de témoignages.

Les étudiants de pharmacie ont été particulièrement réceptifs, peut-être du fait de leur place particulière dans le système de soin.⁶⁰

Une étude australienne s'intéresse à la dispensation d'un module de formation sur les premiers soins de santé mentale chez les étudiants de médecine et infirmiers, elle montre une amélioration de l'empathie ressentie pour les personnes atteintes de dépression.

Cette intervention a permis une diminution des attitudes de stigmatisation et de la distance sociale à l'égard des personnes atteintes de dépression.

Néanmoins le ressenti de stigmatisation lui n'a pas changé.

Les 2 modes d'intervention, à savoir en e-learning et en enseignement magistral, ont retrouvé les mêmes effets.

Mais il semblerait que la meilleure méthode de dispensation soit un mélange des deux.²⁵

La ministre de la santé actuelle, Madame Agnès Buzyn, a distingué l'importance d'une meilleure reconnaissance et prise en charge de la pathologie mentale par le corps soignant. Elle a abordé la question d'une réforme de l'internat avec l'obligation pour les internes de médecine générale de réaliser un stage de trois à six mois en unité de psychiatrie. Cette démarche signe une volonté de « *Renforcer les liens entre la médecine générale et la psychiatrie, du fait de la prégnance des pathologies psychiatriques prises en charge en médecine générale* ».

Comme vu précédemment le contact des patients et de leur ressenti permet de modifier les représentations de la pathologie mentale et de diminuer sa discrimination.

VII. Interventions anti-stigmatisation

L'attitude de la population générale à l'égard de la pathologie mentale s'est améliorée ces dernières années, grâce à des initiatives comme Opening Minds au Canada, Time to Change Campaign au Royaume-Uni et National Mental Health Anti-Stigma Campaign aux Etats-Unis.⁶⁹

Malheureusement ces campagnes ne semblent pas affecter la stigmatisation retrouvée dans les populations soignantes.^{55,70,71}

Il est suggéré que la culture de la médecine promeut la stigmatisation au sein des soignants et les entrave dans la recherche d'aide pour ces pathologies.⁷¹

En se focalisant sur les composantes cognitive et comportementale, il est possible de modifier les attitudes au travers d'interventions anti-stigmatisation.

Les trois approches qui ont été utilisées sont la protestation, l'éducation et le contact.

La protestation a montré une bonne efficacité dans la diminution des images publiques négatives autour de la santé mentale, en supprimant les pensées stéréotypées et les comportements discriminants, mais semble peu affecter les préjugés. Il est difficile d'initier des attitudes nouvelles et positives avec la protestation.

L'éducation semble avoir une efficacité dépendante de la bonne connaissance sous-jacente de la santé mentale ou d'y avoir été confronté personnellement mais les changements s'effacent avec le temps.

Le contact avec des personnes atteintes de maladie mentale améliore l'effet de l'éducation. Après contact, les stéréotypes peuvent être remplacés par des images plus positives du groupe en question.⁷²

Une étude s'est intéressée à 2 types d'intervention de destigmatisation : une formation contre la stigmatisation au cours du cursus universitaire et une basée sur les contenus et les caractéristiques de la pratique psychiatrique.

La première n'a démontré qu'une faible efficacité dans une revue systématique.

Alors que les interventions se focalisant sur l'impact biogénétique vs psychosocial comme cadre causal ont eu un impact significatif sur les croyances stéréotypées.

Une autre intervention incluant des enregistrements audio de patients atteints de schizophrénie s'exprimant sur les facteurs psychosociaux a permis une diminution de la stigmatisation dans la population des étudiants de médecine sur une période étendue.

Une étude australienne retrouve qu'une intervention intégrant un paramètre de "contact" associé à des expériences d'hallucinations auditives a considérablement amélioré l'attitude des étudiants de médecine vis-à-vis de la schizophrénie.⁴⁵

L'implémentation du ressenti de l'utilisateur de santé dans les formations pourrait permettre une approche multi-dimensionnelle et moins stigmatisante de la pathologie mentale.

Un impact significatif sur l'empathie a été démontré après avoir délivré le récit des parcours des usagers de soin ayant un diagnostic de trouble mental. L'empathie n'est alors pas réservée uniquement à ces derniers mais pour toute personne accédant aux soins.

De plus ces expériences ont alimenté une plus grande capacité à s'agencer autour des besoins de la personne plutôt que se concentrer sur des tâches spécifiques.

Les compétences inter-relationnelles semblent tout aussi importantes que les capacités techniques.⁷³

Ces études montrent que les interventions anti-stigmatisation permettent une réduction notable de la discrimination de la pathologie mentale, pour les patients et pour les étudiants.

Les formations purement pédagogiques ou décrivant uniquement la stigmatisation ne semblent pas modifier l'attitude des étudiants.

Les interventions retrouvées les plus efficaces sont celles alliant information sur la pathologie mentale et présentation du vécu des usagers du soin en santé mentale. Elles améliorent notablement l'attitude des étudiants envers les personnes atteintes de troubles mentaux. Il semblerait que ces interventions doivent être répétées à plusieurs occasions au cours du cursus pour permettre une bonne imprégnation de leurs messages dans les populations étudiantes.

Peut-être que les universités pourraient inclure ces interventions dans leur programme, et ce au plus tôt dans la formation et de manière progressive pour aboutir à une meilleure acceptation de la maladie mentale. Avec comme finalité une plus grande accessibilité des soins pour les étudiants qui se reconnaissent dans les troubles évoqués.

VIII. Médias conventionnels

L'exposition de la pathologie mentale dans les médias est souvent teintée de stéréotypes négatifs, présentant la pathologie mentale comme facteur d'instabilité et potentiellement de dangerosité. Un travail conjoint entre les professionnels de santé et les journalistes pourrait changer l'image de la santé mentale reflétée auprès de la population générale.

Une étude utilisant plusieurs articles de presse a montré que la lecture de ceux présentant les aspects positifs du système de soin en santé mentale permettait une diminution de la stigmatisation chez les lecteurs et une amélioration des attitudes positives.

Des collaborations entre soignants de santé mentale et journalistes pourraient permettre une diffusion de l'information sans dénigrer la pathologie mentale et ainsi diminuer la stigmatisation présente dans la population générale.

Les médias pourraient dépeindre la compatibilité entre la pathologie mentale et une vie émotionnelle, sociale et professionnelle considérée comme normale et positive.

Des journalistes experts décrivent une diminution de la stigmatisation publique et une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychiatriques grâce à des publications promouvant la récupération de ces troubles.

La littérature a montré que le signalement responsable du suicide semblait réduire le comportement d'imitation, aussi connu sous le nom d'effet Werther.^{50,74}

Certaines séries télévisées américaines exposent à des scènes sensibles, telles que le suicide et les agressions sexuelles. Afin d'éviter les phénomènes de contagion et d'acutisation de symptômes psychiques dans la population visionnant ces médias, il a été

intégré des messages de prévention accompagnés de numéros de structures à contacter pour permettre à ces personnes d'avoir un recours bien identifié.

A Lille l'initiative Papageno est un dispositif qui intègre une collaboration entre soignants en santé mentale et écoles de journalisme. Le but est de prévenir la contagion suicidaire (effet Werther) et de promouvoir l'entraide et l'accès aux soins. Les médias et nouvelles technologies de l'information et de la communication sont employés comme outil de prévention en remplaçant les identifications à risque (identifications aux figures suicidaires) par des identifications protectrices (identification à des personnes qui ont traversé ou aidé à traverser une crise suicidaire).

Pour illustrer ces propos, l'insertion d'un numéro d'urgence dans un article traitant du suicide a montré son efficacité en termes de promotion de l'accès aux soins.

Il semblerait donc pertinent de proposer ces numéros ou structures d'aide aux étudiants via les cours magistraux ou un article dans le journal de la faculté.

L'association SPS propose une plateforme téléphonique ouverte 24h/24 et 7j/7 joignable au 08.05.23.23.36. Les échanges sont gratuits et anonymes pour tous les professionnels en santé y compris les étudiants. L'accompagnement est spécifique, adapté et pensé dans sa globalité.

Au niveau local le Professeur Thomas a proposé le numéro des infirmières de la consultation de psychiatrie pour identifier les problématiques et orienter les étudiants en détresse. Elles sont joignables tous les jours ouvrés aux horaires de travail au 03.20.44.44.60.

IX. Nouvelles technologies

Face à l'explosion récente de la technologie et de sa diffusion dans les populations les plus jeunes, notamment grâce aux smartphones et à l'accès permanent à Internet, il serait envisageable de créer de nouvelles plateformes de soin plus en adéquation avec les nouveaux modes d'abord de l'information et de la communication.

Les systèmes de soin étant parfois saturés ou situés physiquement proches des lieux d'études, ces nouvelles possibilités de soin pourraient permettre un accès facile et anonyme à tous les étudiants.

Internet et les réseaux sociaux ont ouvert un espace de parole sans précédent pour les jeunes adultes. Ils peuvent l'investir pour la recherche d'aide, ils se dirigent fréquemment sur Internet pour rechercher de l'information sur la santé mentale. Selon certains auteurs, les jeunes en détresse utilisent les réseaux sociaux en quête de soutien de la part de leurs pairs, pour stopper l'isolement et rechercher une aide émotionnelle.

De plus, de nombreux jeunes dévoilent leurs idées suicidaires via des messages publics sur Internet.

Plusieurs caractéristiques du web expliquent un effondrement des barrières à la recherche d'aide.

L'accessibilité depuis tout lieu public ou privé permet de contourner les contraintes de distance des structures de soin locales. Cela facilite la discrétion ce qui diminue les inhibitions à la recherche d'aide.

La gratuité des services permet d'éliminer la barrière du coût, et rend plus aisé l'accès aux soins pour les plus défavorisés.

Les ressources sont disponibles en permanence, y compris en dehors des heures de travail ou d'étude. Cette souplesse permet de s'adapter à la courte période au cours de laquelle la sévérité de l'idéation suicidaire et la motivation à rechercher de l'aide fluctuent. L'anonymat et l'intimité permettent des interactions moins conflictuelles et favorisent l'expression.⁷⁵⁻⁷⁸

En dépit de ses qualités, l'utilisation d'Internet n'est pas sans risque.

L'organisation britannique Royal Society For Public Health a pu soulever une inquiétude concernant les nouvelles technologies de l'information et de la communication chez les jeunes, ces dernières pouvant exploiter la vulnérabilité des personnes en détresse psychique. Cet organisme a réalisé une étude montrant une exacerbation de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes utilisateurs de réseaux sociaux.⁷⁹

Les recherches indiquent également que l'utilisateur peut être exposé à des menaces nouvelles via des interactions ou contenus non régulés.

Les évolutions technologiques ont donné une visibilité aux sites web pro-suicides, ouvert la voie au cyber-harcèlement et à une diffusion accrue de contenus à haut risque de contagion suicidaire.

En conséquence, les personnes vulnérables explorant le web avec des intentions ambivalentes seraient plus susceptibles d'être exposés à des contenus nocifs qu'à des ressources aidantes.⁸⁰⁻⁸²

Face à cette épée à double tranchant^{75,83} il semble important d'utiliser les ressources du web de manière pro-active et d'y apporter des ressources pour le soin.

Des preuves récentes suggèrent que la téléthérapie peut avoir un impact positif sur les symptômes de dépression et d'anxiété chez les jeunes à risque de les présenter ou ceux déjà porteurs de ces troubles.

Du fait de leur faible coût et de leur accessibilité, les nouveaux soins basés sur la technologie sont de plus en plus recherchés pour cibler la population générale ainsi que la pathologie mentale.

Les téléphones mobiles sont de plus en plus utilisés par les jeunes pour recevoir et partager l'information.

92% des adolescents rapportent aller en ligne quotidiennement, avec 25% affirmant être connectés en permanence.

De plus les jeunes adultes décrivent les moyens en ligne et mobiles acceptables, discrets, peu énergivores et agréables à l'utilisation.

La littérature reste à alimenter sur ce sujet avant de pouvoir tirer des conclusions mais il semble que cette approche apporterait des bénéfices non négligeables tels qu'une automatisation et standardisation des procédures de dépistage avec un coût réduit et une meilleure fidélité. Une mise en place à l'échelle globale permettrait une identification privée et efficace des jeunes à risque qui n'auraient autrement pas rencontré les soins de la pathologie mentale.

L'approche entre pairs étant une dimension très prometteuse dans la prévention du suicide, l'implémentation de média sociaux pourrait permettre une détection des individus à risque ainsi qu'un soutien à exploiter.⁸⁴

Des alternatives en ligne ont déjà pu voir le jour pour pallier aux difficultés d'offre de soin traditionnelle, proposant des suivis avec un clinicien, des thérapies interactives en ligne, des fils de discussion avec des experts et des pairs, des réseaux sociaux privés et sécurisés.

Cinq applications de smartphone ont été développées en lien avec l'evidence-based medicine, avec pour cible la dépression, l'anxiété et l'abus de substance. Mais ce domaine reste à explorer plus largement avant de pouvoir proposer des recommandations. Et il est à noter que la plupart des applications commerciales n'ont aucun lien avec la recherche scientifique.

Les technologies d'information et de communication sont des outils prometteurs pour la promotion de la santé et l'apprentissage de la santé mentale particulièrement dans les populations étudiantes.

Les recherches montrent des bénéfices sur la santé à l'utilisation de ces applications. Un sondage de 2013 par l'Association for University and College Counseling Center Directors retrouve 6% d'utilisation de téléthérapie dans 380 universités. Ce chiffre bien que faible est bien plus important que celui de 2012, retrouvé à 0,5%.³³

Au niveau français une étude a mis au point une application de smartphone permettant l'évaluation et la prédiction du risque suicidaire.

Cette étude nommée EMMA a pour objectif de mettre en place un algorithme prédictif du risque de survenue d'un évènement suicidaire (suicide, TS, hospitalisation ou passage aux urgences pour idées suicidaires) dans une application destinée au grand public.

Secondairement seront évaluées l'utilisabilité de l'application à travers son utilisation (par la fréquence de connexion), son acceptabilité et la satisfaction des utilisateurs (recherchées par des questionnaires).

Cet algorithme prédictif pourrait permettre de détecter au plus tôt les signes de passage à l'acte, sans que ceux-ci soient explicitement formulés dans les questionnaires, et donc d'alerter rapidement les équipes soignantes en levant des alertes pertinentes.

Un autre projet nommé ELIOS a été élaboré en France. Il est constitué d'une équipe de cliniciens du web que les jeunes adultes peuvent joindre par différents réseaux sociaux en cas d'idéation suicidaire.

ELIOS a été imaginé comme une porte d'entrée dans le soin, c'est à dire un système en ligne qui permettrait d'améliorer l'accès au soin en apportant un premier soutien. Cela pourrait renforcer la motivation des jeunes en détresse recherchant de l'aide sur Internet et permettre leur orientation vers les services appropriés.

X. Limites de l'étude

Ce travail est basé sur une étude qualitative et n'a pour vocation que de proposer des axes d'amélioration pour permettre une plus grande facilité d'accès aux soins aux étudiants et à terme une diminution des troubles psychiques présentés.

Cette étude comporte plusieurs limites, la première rencontrée a été l'impossibilité de me mettre en contact direct avec certaines structures comme le SUMPPS ou la MDA. Ces dernières s'occupent de nombreux étudiants et leur retour serait judicieux dans la poursuite des investigations autour de la santé mentale des étudiants.

Les entretiens ont été menés avec des soignants et non les étudiants. Ainsi, les données récoltées ne sont que le reflet indirect du vécu des étudiants, qu'il faudrait à terme rencontrer pour conjuguer les avis sur l'évolution souhaitée des recours proposés, de l'encadrement et des nouvelles possibilités d'intervention.

Sur tous les soignants contactés seule une moitié a répondu et a pu être interrogée. Cet échantillon est de petite taille et reste localisé principalement en métropole lilloise, ce qui provoque un biais de recrutement. Il serait intéressant de poursuivre les recherches à une plus large échelle.

La région propose de multiples dispositifs permettant l'accès aux soins, au travers de sept CAC, les consultations d'urgence de Fontan 1 et du CPAA, plusieurs services d'urgence et le dispositif Vigilans. Ce sont autant de portes d'entrée disponibles pour les étudiants en demande d'évaluation ou d'orientation dans le soin. Cette offre n'est pas nécessairement retrouvée dans tous les territoires français et montre une disparité d'accès aux soins en fonction des régions.

Les référents pédagogiques universitaires n'ont pas été contactés. Il serait pertinent de pouvoir échanger avec eux afin de prendre en compte les contraintes académiques et déterminer quels sont les changements les plus pragmatiques pour l'amélioration du vécu des études par les étudiants.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière les caractéristiques des suivis psychiatriques des étudiants. Les soignants interrogés ont décrit une bonne évolution de ces derniers, voire meilleure que dans la population générale. Ils ont aussi pu distinguer des barrières limitant les étudiants dans leur accès aux soins psychiques. Elles semblent liées à des freins structurels du système de santé, des obstacles psychologiques chez le jeune adulte et la stigmatisation de la santé mentale. Il est primordial de prendre en compte ces entraves à la santé et d'initier des démarches de changement pour les lever. Il est de la responsabilité des universités et des écoles de proposer des initiatives nouvelles pour le soutien des étudiants et de s'articuler avec le sanitaire pour délivrer les soins nécessaires à ceux en détresse psychologique.

La sensibilisation des étudiants à la pathologie mentale, à sa stigmatisation et la connaissance des structures de recours sont des éléments centraux dans la reconnaissance et la prise en charge des troubles psychiques.

L'aide au bien-être, la création d'un système de soutien, le dépistage des troubles psychiques et l'aménagement des études pourraient améliorer le vécu et la gestion du stress chez les étudiants tout en leur laissant la possibilité d'aller vers le soin avec un minimum de conséquences néfastes sur leur cursus.

Des collaborations avec les médias et l'engagement dans les nouvelles technologies semblent être des voies prometteuses pour rendre l'accès et la dispensation des soins plus aisés dans les populations étudiantes.

Ces différents points pourraient être explorés par de futurs travaux de recherche, en coordination avec les institutions académiques et les étudiants dans le but de proposer des actions concrètes permettant l'amélioration de la santé des jeunes adultes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Oswalt SB, Lederer AM, Chestnut-Steich K, Day C, Halbritter A, Ortiz D. Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009–2015. *Journal of American College Health*. October 2018:1-11.
doi:10.1080/07448481.2018.1515748
2. Jilowa C, Meena P, Jain M, et al. Attitude of undergraduate medical students toward psychiatry: A cross-sectional comparative study. *Industrial Psychiatry Journal*. 2018;27(1):124. doi:10.4103/ipj.ipj_82_17
3. Shim G, Jeong B. Predicting Suicidal Ideation in College Students with Mental Health Screening Questionnaires. *Psychiatry Investigation*. 2018;15(11):1037-1045.
doi:10.30773/pi.2018.08.21.3
4. Linton S, Hankir A, Anderson S, Carrick FR, Zaman R. Harnessing the Power of Film to Combat Mental Health Stigma. A University College London Psychiatry Society Event. *Psychiatr Danub*. 2017;29(Suppl 3):300-306.
5. Suwalska J, Suwalska A, Szczygieł M, Łojko D. Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatria Polska*. 2017;51(3):503-513.
doi:10.12740/PP/OnlineFirst/67373
6. Ghrouz AK, Noohu MM, Dilshad Manzar Md, Warren Spence D, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR. Physical activity and sleep quality in relation to mental health among college students. *Sleep and Breathing*. January 2019. doi:10.1007/s11325-019-01780-z

7. Sordes-Ader F, Esparbes-Pistre S, Tap P. Adaptation et stratégies de coping à l'adolescence. Étude différentielle selon l'âge et le sexe. *spira*. 1997;20(1):123-145. doi:10.3406/spira.1997.1596
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
9. Ladouceur R, Marchand A, Boisvert J-M. *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale*. Paris: Masson; 2002.
10. Ingram RE, Price JM. *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan*. New York; London: Guilford; 2011.
11. Watson D. *Mood and Temperament*. New York: Guilford Press; 2000.
12. Winzer R, Lindberg L, Guldbrandsson K, Sidorchuk A. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*. 2018;6:e4598. doi:10.7717/peerj.4598
13. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students: *Academic Medicine*. 2006;81(4):354-373. doi:10.1097/00001888-200604000-00009
14. Cvetkovski S, Reavley NJ, Jorm AF. The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *Australian*

& *New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012;46(5):457-467.

doi:10.1177/0004867411435290

15. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med*. 1984;14(04):853. doi:10.1017/S0033291700019838
16. Szatmari, P.; Nagy, J. (1990) Children of schizophrenic parents: A critical review of issues in prevention. *Journal of Preventive Psychiatry and Allied Disciplines*; 4(4): 311–327.
17. *Gottesman, I. I. (1991) Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness. New York, NY: W. H. Freeman and Company.*
18. Selvaraj PR, Bhat CS. Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Mental Health*. 2018;27(3):279-287. doi:10.1080/09638237.2018.1469738
19. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005;4(3):218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
20. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382(9904):1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
21. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(3):391-400. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015

22. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214. doi:10.1001/jama.2016.17324
23. Tung Y-J, Lo KKH, Ho RCM, Tam WSW. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*. 2018;63:119-129. doi:10.1016/j.nedt.2018.01.009
24. Becker SP, Holdaway AS, Luebbe AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Adolescent Health*. 2018;63(2):181-188. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.02.013
25. Bond KS, Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychology*. 2015;3(1). doi:10.1186/s40359-015-0069-0
26. Knipe D, Maughan C, Gilbert J, Dymock D, Moran P, Gunnell D. Mental health in medical, dentistry and veterinary students: cross-sectional online survey. *BJPsych Open*. 2018;4(6):441-446. doi:10.1192/bjo.2018.61
27. Machado L, de Oliveira IR, Peregrino A, Cantilino A. Common mental disorders and subjective well-being: Emotional training among medical students based on positive psychology. Tesfaye M, ed. *PLOS ONE*. 2019;14(2):e0211926. doi:10.1371/journal.pone.0211926
28. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373. doi:10.1001/jama.2015.15845

29. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019;55:36-42. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.08.006
30. ANEMF. Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine Chiffres & Ressentis.2013.
31. ISNAR.IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale des jeunes médecins.2017.
32. MOURGUES J-M, LE BROUTON-LEROUVILLOIS. COMMISSION JEUNES MÉDECINS – SECTION SANTÉ PUBLIQUE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE.
33. Payton FC, Yarger LK, Pinter AT. Text Mining Mental Health Reports for Issues Impacting Today's College Students: Qualitative Study. *JMIR Mental Health*. 2018;5(4):e10032. doi:10.2196/10032
34. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008;17(01):14-19. doi:10.1017/S1121189X00002621
35. Cryer REM, Caelear AL, Batterham PJ, Patel SR. Suicide, mental, and physical health condition stigma in medical students. *Death Studies*. November 2018:1-7. doi:10.1080/07481187.2018.1539049
36. Chang S, Ong HL, Seow E, et al. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(12):e018099. doi:10.1136/bmjopen-2017-018099
37. Elliot L, Tan J, Norris S, Beyondblue (Organisation). *The Mental Health of Doctors: A Systematic Literature Review*. Australia: Beyond Blue; 2010.

38. Mojtabai R. Unmet Need for Treatment of Major Depression in the United States. *PS*. 2009;60(3):297-305. doi:10.1176/ps.2009.60.3.297
39. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):113. doi:10.1186/1471-244X-10-113
40. Ciarrochi J, Wilson CJ, Deane FP, Rickwood D. Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Counselling Psychology Quarterly*. 2003;16(2):103-120. doi:10.1080/0951507031000152632
41. Labouliere C, Kleinman M, Gould M. When Self-Reliance Is Not Safe: Associations between Reduced Help-Seeking and Subsequent Mental Health Symptoms in Suicidal Adolescents. *IJERPH*. 2015;12(4):3741-3755. doi:10.3390/ijerph120403741
42. Brown JD. Evaluations of Self and Others: Self-Enhancement Biases in Social Judgments. *Social Cognition*. 1986;4(4):353-376. doi:10.1521/soco.1986.4.4.353
43. Wilson CJ, Rickwood DJ, Bushnell JA, Caputi P, Thomas SJ. The effects of need for autonomy and preference for seeking help from informal sources on emerging adults' intentions to access mental health services for common mental disorders and suicidal thoughts. *Advances in Mental Health*. 2011;10(1):29-38. doi:10.5172/jamh.2011.10.1.29
44. Zhu Y, Zhang H, Yang G, et al. Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2018;10(2):e12294. doi:10.1111/appy.12294

45. Economou M, Kontoangelos K, Peppou LE, et al. Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry Research*. 2017;258:108-115. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.009
46. Rüsç N, Corrigan PW, Heekeren K, et al. Well-Being Among Persons at Risk of Psychosis: The Role of Self-Labeling, Shame, and Stigma Stress. *Psychiatric Services*. 2014;65(4):483-489. doi:10.1176/appi.ps.201300169
47. World Health Organization. World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
48. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis: Evolution of public attitudes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(6):440-452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
49. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*. 2007;64(7):1524-1535. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.013
50. Luo A, He H, Mohamed S, Rosenheck R. Medical Student Attitudes Towards People with Mental Illness in China: A Qualitative Study. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2018;42(3):535-551. doi:10.1007/s11013-018-9568-9
51. Absil M. Les origines de la stigmatisation. 2105.

52. Bougerol T. Histoire de la Psychiatrie.
http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf.
53. Eckert N. Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie.
http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf.
54. Sow A, Van Dormael M, Criel B, Conde S, Dewez M, de Spiegelaere M. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique*. 2018;30(2):253. doi:10.3917/spub.182.0253
55. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*. 2007;19(2):113-122.
doi:10.1080/09540260701278937
56. Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. Attitudes of U.S. Psychiatry Residents and Fellows towards Mental Illness and its Causes: a Comparison Study with Medical Students. *Psychiatric Quarterly*. 2018;89(3):581-588. doi:10.1007/s11126-018-9562-y
57. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ*. 2002;324(7352):1470-1471.
58. Sherwood DA. Healthcare curriculum influences on stigma towards mental illness: Core psychiatry course impact on pharmacy, nursing and social work student attitudes. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2019;11(2):198-203.
doi:10.1016/j.cptl.2018.11.001
59. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care

- providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):62. doi:10.1186/1471-244X-12-62
60. McCormack Z, Gilbert JL, Ott C, Plake KS. Mental health first aid training among pharmacy and other university students and its impact on stigma toward mental illness. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2018;10(10):1342-1347. doi:10.1016/j.cptl.2018.07.001
61. Sastre-Rus M, García-Lorenzo A, Lluch-Canut M-T, Tomás-Sábado J, Zabaleta-Del-Olmo E. Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*. March 2019. doi:10.1111/jan.13960
62. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2005;29(1):92-95. doi:10.1176/appi.ap.29.1.92
63. Janoušková M, Weissová A, Formánek T, Pasz J, Bankovská Motlová L. Mental illness stigma among medical students and teachers. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017;63(8):744-751. doi:10.1177/0020764017735347
64. Velten J, Bieda A, Scholten S, Wannemüller A, Margraf J. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*. 2018;18(1). doi:10.1186/s12889-018-5526-2
65. Stead M, Angus K, Langley T, et al. *Mass Media to Communicate Public Health Messages in Six Health Topic Areas: A Systematic Review and Other Reviews of the Evidence*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540706/>. Accessed May 7, 2019.

66. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(5):467-487. doi:10.1002/jclp.20593
67. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 2013;13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-119
68. Gambini O, Destrebecq A, Ferrara P, Terzoni S, D'Agostino A. Destigmatizing Mental Health Care: Impact of a Single, 2-h Intervention on Attitudes Toward Mental Illness in Undergraduate Students. *Academic Psychiatry*. February 2019. doi:10.1007/s40596-019-01040-y
69. Time to Change. Attitudes to Mental Illness 2013 Research Report. United Kingdom; 2014.
70. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. 2007;19(2):137-155. doi:10.1080/09540260701278929
71. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(1):48-54. doi:10.1177/0020764011423176
72. Eksteen H-C, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017;63(8):782-791. doi:10.1177/0020764017735865

73. Happell B, Scholz B, Bocking J, Platania-Phung C. Promoting the Value of Mental Health Nursing: The Contribution of a Consumer Academic. *Issues in Mental Health Nursing*. February 2019;1-8. doi:10.1080/01612840.2018.1490834
74. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. The Effects of News Stories on the Stigma of Mental Illness: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013;201(3):179-182. doi:10.1097/NMD.0b013e3182848c24
75. Robert A, Suelves JM, Armayones M, Ashley S. Internet Use and Suicidal Behaviors: Internet as a Threat or Opportunity? *Telemedicine and e-Health*. 2015;21(4):306-311. doi:10.1089/tmj.2014.0129
76. Chan M, Li TMH, Law YW, et al. Engagement of vulnerable youths using internet platforms. van Amelsvoort T, ed. *PLoS ONE*. 2017;12(12):e0189023. doi:10.1371/journal.pone.0189023
77. Miller K. The potential role of the internet in suicide prevention. *Counselling, Psychotherapy, and Health*. 2009;5(1):109–130.
78. Luxton DD, June JD, Kinn JT. Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and e-Health*. 2011;17(1):50-54. doi:10.1089/tmj.2010.0091
79. Royal Society for Public Health #StatusOfMind: social media and young people's mental health and wellbeing. Royal Society for Public Health, London, UK; 2017.
80. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm

and Suicide in Young People. García AV, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e77555.

doi:10.1371/journal.pone.0077555

81. Smithson J, Sharkey S, Hewis E, et al. Problem presentation and responses on an online forum for young people who self-harm. *Discourse Studies*. 2011;13(4):487-501. doi:10.1177/1461445611403356
82. Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation?: Influence of the Internet on suicidal ideation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(10):1073-1080. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x
83. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*. 2007;369(9572):1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7
84. Perry Y, Werner-Seidler A, Calear AL, Christensen H. Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(2):73-79.

ANNEXES

Guide d'entretien

1. Quels étaient les recours disponibles au cours de vos études lorsque vous étiez étudiant ?
2. Concernant vos suivis d'étudiants, qui est à l'origine de la demande ? L'étudiant lui-même, la famille, les amis, l'université ou les écoles, les stages ?
3. Quels sont les motifs de la demande de suivi ?
4. Comment se positionnent les étudiants par rapport à la population générale ? Sont-ils plutôt acteurs, passifs, dans le déni de leurs troubles ?
5. Quelle est la capacité des étudiants à identifier leur problématique, leur souffrance, par rapport à la population générale ?
6. Quelle est l'importance des conduites à risque chez les étudiants par rapport à la population générale ? En termes de fréquence et de gravité ?
7. Quelles sont les difficultés et/ou spécificités de la prise en charge des étudiants ?
8. Quels recours proposez-vous aux étudiants ?

9. Avez-vous une articulation avec d'autres structures/intervenants pour la prise en charge des étudiants ?

10. Pourriez-vous évaluer l'évolution des suivis des étudiants par rapport à la population générale ?

11. Avez-vous remarqué des freins à la demande de soin chez les étudiants ?

Entretiens semi-dirigés

Entretien 1

Pour vous replacer dans vos propres études, vous souvenez-vous de quelles structures vous étiez disponibles en cas de difficultés psychiques ?

« Pour les structures, je dirais que pour moi mais à l'époque je consultais en libéral, je n'ai pas vraiment été très attentive à ça mais je dirais qu'il y avait autant de structures de soin mais moins de structures relai. Qui donc orientent, reçoivent les premières demandes. »

Donc structures d'urgence et d'évaluation ?

« Exactement. Et peut-être étions-nous un peu moins attentifs à la demande étudiante. »

D'où provient la demande, le patient se présente-t-il par lui-même, est-il orienté par quelqu'un ?...

« Écoutez, là-dessus, vraiment, c'est totalement mélangé. Certaines personnes, certains étudiants d'eux-même vont chercher et trouvent. D'autres sont orientés par le SUMMPS, d'autres sont orientés par d'autres jeunes qui sont passés par là et d'autres éventuellement par des médecins généralistes ou spécialistes qui ont connaissance du BAPU. Et il arrive, mais c'est un cas plus rare pour moi, que ce soient les parents qui sollicitent mais c'est une configuration plus rare. »

Quels sont de manière générale les motifs de la demande ?

« L'objet de la demande, c'est une question qui pose la question de présupposés. Je dirais qu'elles sont propres à l'adolescence et que ça suppose qu'on parle d'un certain nombre de signes pathologiques ou de signes qui suscitent notre inquiétude mais qui sont tout à

fait propres à l'adolescence et on ne pourrait pas vraiment établir un âge à partir duquel ça commence. Je dirais que c'est un peu le prolongement de ce qui peut déjà se produire au collège, au lycée et c'est une suite. Je ne sais pas si vous attendez une réponse un peu plus précise peut-être ? »

Ce que j'entends c'est que ça fait partie du développement plus ou moins naturel de la personne.

« Exactement. »

Et qu'à certains moments il peut y avoir un blocage, pour diverses raisons, qui va susciter la possibilité d'avoir un soutien.

« Alors, blocage peut-être mais en tout cas il y a un moment critique qui est l'entrée dans la vie active qui est imminente, l'entrée dans l'âge adulte. C'est pour cela que je l'étends sur une longue période qui peut aller jusqu'à la trentaine. Et on a d'ailleurs des personnes qui viennent à 28 ans, qui reprennent des études et qui sont encore dans ces problématiques. »

Quel est le positionnement du patient par rapport à sa prise en charge et quelle est sa capacité à reconnaître ses troubles ?

« Alors, notre écoute est individuelle, et je vais répondre par anticipation à d'autres de vos questions, mais par rapport à la population générale je ne vois pas de différence parce que ces individus, soit sont déjà dans une capacité subjective de pouvoir reconnaître qu'il y a une souffrance en eux et qu'elle est d'ordre psychique, soit pas. Et là c'est pareil, il y en a autant qui viennent en disant « ça va pas bien depuis un moment ou depuis l'enfance ou depuis toujours ou depuis un mois ou depuis que j'ai quitté mon copain », ça c'est le

premier discours et puis petit à petit notre travail, précisément, c'est qu'ils puissent établir à l'intérieur de cet espace des liens subjectifs qui leur permettent de dire « ah oui, en fait ça fait plus longtemps qu'il y a 2 ans quand j'ai quitté mon copain. Peut-être en fait que c'était là et que ça a toujours été là et qu'est-ce que je vais en faire. », ça c'est l'évolution qui se produit ici et c'est ça qu'on soutient et qu'on accompagne. Mais il peut aussi y avoir, et là c'est là aussi où nous nous trouvons dans des configurations pathologiques différentes, des dénis francs mais qui vont avec la pathologie, la pathologie psychotique par exemple, des éléments psychotiques, ou des états limites, où il y a et ça peut aussi évoluer, c'est à dire que c'est une sorte de déni qui va avec la difficulté aussi de parler de soi, ça dépend des milieux sociaux aussi, parce qu'on a quand même depuis la démocratisation de l'accès aux études on a aussi toutes sortes de populations, de milieux sociaux très défavorisés jusqu'à très favorisés, ça c'est un vrai changement. Du coup le déni peut être là d'emblée et céder très vite ou bien il fait partie de la structuration du sujet, c'est à dire que c'est pour ça qu'il y a des présupposés théoriques là-dedans, le déni est une défense primaire et qui est un recours pour structurer sa personnalité et on peut très bien avoir des moments de déni et des moments où on a conscience des choses. Si on travaille comme le fait la psychanalyse avec une grande partie de soi ignorée, qu'on appelle l'inconscient dans notre jargon, ça peut aussi être considéré comme un non accès à toute une partie de soi qu'on pourrait considérer comme du déni ou de refoulement si on parle de moyen défensif. Et c'est à nous d'évaluer si on est dans un déni psychotique ou dans un refoulement plus névrotique et c'est à nous aussi névrotiser les choses.

Donc vous voyez que là je réponds mais sans répondre parce que au fond parfois il y a du déni et parfois de la résistance et parfois tout le travail pendant un an ça va être d'arriver à pointer tout ce qui résiste dans la possibilité d'accéder à sa subjectivité ce qui suppose d'accéder à la douleur. »

Et ce dans les mêmes proportions que dans la population générale ?

« Absolument. J'ai une population d'adultes en libéral et je ne vois pas de différences. Sauf que j'assiste un peu plus tôt ici. »

Et est-ce que le fait que ce soit plus tôt peut faciliter la prise en charge ?

« Ah oui, j'en suis convaincu, le plus possible d'ailleurs, c'est pareil pour l'enfance, le plus tôt possible. Parce qu'il y a une motilité psychique plus grande même si ça ne veut pas dire qu'à 50 ans on ne peut pas bouger. Et c'est un moment de crise qui favorise par le remaniement des choses la remise en question. »

Voyez-vous plus de conduites à risque dans la population étudiante ?

« Il y en a toujours, je réponds avec ma connaissance plus théorique et épidémiologique à travers les lectures, il y en a toujours eu mais je pense que la configuration a changé. Mais ça je dirais que c'est une parole de spécialiste de l'adolescence. »

Quelles ont été les modalités de ce changement ?

« Il y a des phénomènes de mode, on pourrait même les corrélérer avec les laboratoires et les créations de molécules chimiques nouvelles, et ça correspond à une évolution de la société, on ne sait pas dans quel sens ça va évidemment mais l'anorexie mentale qui a existé depuis tout temps, qui n'est pas nouvelle, elle est présente mais pas comme une vraie structuration, ça arrive mais elle est souvent un recours parfois passager, qui accompagne, qui est corollaire d'une autre configuration pathologique. En tout cas ces questions de l'addiction, pour moi, l'addiction aux jeu-vidéo, l'addiction aux films

pornographiques et sans doute aussi des pratiques sexuelles et une attitude vis-à-vis de la sexualité qui ont changé progressivement. Et ça on le voit avec les jeunes actuellement, il suffit de les regarder évoluer. Mais par rapport à la population générale, là c'est pas flagrant pour moi, parce que j'assiste aussi à ces mêmes changements. »

Cette évolution serait donc plus d'ordre sociétale ?

« Pour moi oui. »

Quelles sont les spécificités du suivi des étudiants par rapport à la population générale ?

« Celles de l'adolescence. Celles d'une proximité, encore une fois il s'agit d'un présupposé psychanalytique, celle en vertu de quoi les modalités de construction de l'individu, tout ce qui fait qu'il va se construire avec son psychisme et les comportements qui vont avec, qui se passe dans la prime enfance et dans l'enfance, sont mises un peu sous le boisseau pendant un moment et ça revient à l'adolescence. La question actuelle que se pose les psychanalystes, y a-t-il maintenant, ce que l'on appelait à l'époque dans les théories développementales, la latence, c'est à dire le moment après la floraison de tout un tas de symptômes de l'enfance qui ne sont pas forcément considérés comme pathologiques, comme les phobies, comme les conduites obsessionnelles, c'est à dire un recours aux défenses obsessionnelles qui permettent de mettre à distance la sexualité et qui ont lieu vers 7-8 ans quand le complexe d'Oedipe est assagi et qui permettent d'ailleurs, les défenses obsessionnelles, en désexualisant les choses, de plus s'attacher aux apprentissages, tout ça avec l'irruption de la puberté et du pubertaire biologique va à nouveau être remis sur le métier avec tous les remaniements que ça suppose. Et donc c'est une période qui revisite tout ce qui a pu se passer pendant l'enfance mais avec ce

pubertaire en plus, avec la question de quitter ces objets parentaux donc il y a un flirt plus grand avec un tas de choses qui se jouent au début à savoir les défenses primaires. Raison pour laquelle on a parfois des épisodes qui pourraient être suspects d'une entrée dans la psychose, qui ne sont pas, à mon sens, à mettre du côté d'une structuration psychotique mais du côté de manifestation de défenses primaires, comme le déni, l'idéalisation, le clivage, voire des fois des hallucinoses. Et les conduites à risque en font partie aussi et parfois aussi un certain nombre de conduites addictives, qui peuvent céder ou non. Donc la spécificité elle est celle de la période de crise. Mais donc vous voyez je réponde encore une fois de façon générale. Il y a un changement sociétal, je n'ai pas l'impression qu'il y ait un changement précisément en ce qui concerne les étudiants. Il me semble que l'on peut peut-être le poser sous cet angle-là, que la reconnaissance du mal-être est plus importante dans notre société et sa revendication, ça passe par les réseaux sociaux, ça passe par un certain nombre d'échanges qui font que la socialisation est différente et que reconnaître son mal-être est beaucoup plus aisé actuellement qu'il y a 20 – 30 ans. »

Quels sont vos recours, votre pratique ?

« On est dans cette écoute-là, nous. Donc on n'apporte pas de conseils, de recettes et de méthodes comportementales, qui consisteraient à dire « faites comme ça, ça ira mieux ». Maintenant, c'est pour cela, quand je dis que l'individu est important, le cas par cas est important. Il peut sans doute nous arriver, d'abord de conseiller voire d'exiger un recours à un psychiatre, mais il peut aussi nous arriver de soutenir sans le suggérer un projet, si la personne est très isolée par exemple, d'essayer de faire d'autres activités qui le socialisent un petit peu plus, qui le sortent de son isolement, de si la personne aime le sport ou les arts, de soutenir ce mouvement-là. Mais ça ne passe pas par « oui, oui, faites

ça », ça passe par un intérêt, une écoute vers ces objets culturels ou sportifs parce que ça va permettre de consolider une assise narcissique qui permet de pouvoir ouvrir des choses plus douloureuses. Si la personne est plus solide dans ses activités et ses relations sociales »

Elle sera plus à même d'explorer les zones de souffrance ?

« Exactement, c'est un peu du bon-sens. On va pas dire « je vous conseille de faire ci, puis je vous conseille de faire ça » ça ce n'est pas notre façon de faire. Parce que ce qu'on dit aux patients, ce qu'on induit, c'est que nous on ne va jamais pouvoir répondre à leur place pour savoir ce qui est bien pour eux. Ils viennent là pour chercher qui ils sont et comment ils vont faire avec les moyens qu'ils ont, qui vont être dégagés progressivement par ce travail, mais leurs outils sont en eux et si ça passe par exemple parfois par arrêter pendant un an les études, et bien pourquoi pas. Parfois faire du sport quand c'est addictif ce n'est pas bon non plus. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures ?

« Alors les structures nous connaissent, elles nous envoient des demandes. Il nous arrive d'envoyer, on a toujours les 2 structures d'urgence publiques, l'îlot Psy le CPAA et le CAC au CHR si on a un souci, une inquiétude pour un patient on donne ces 2 numéros à appeler en urgence si besoin car nous ne sommes pas un lieu d'urgence. Sinon il y a la clinique Jean Varlet de Villeneuve-d'Ascq, certains de nos thérapeutes y travaillent voire gèrent des services là-bas. Il y a Fontan aussi. On travaille en partenariat avec les structures. »

Il y a-t-il des structures non sanitaires avec lesquelles vous travaillez ?

« Oui, à travers notre assistante sociale. C'est elle qui s'occupe de ça en général. Effectivement, je peux avoir quelques patients qui ont des soucis d'ordre social et matériel et je leur dis « peut-être pourriez-vous voir l'assistante sociale et elle pourrait vous aider là-dessus ». Et elle adresse à tous les organismes, elle est en lien avec le CROUS. »

Quel est votre ressenti par rapport à l'évolution de ces prises en charge ?

« Je constate un certain nombre de choses. Les gens qui viennent ici ne savent pas forcément qu'on est psychanalystes, ils s'attendent parfois à avoir un guidage immédiat, ils sont surpris parfois qu'il n'y ait pas de conseils. Je dirais que c'est 0.5% qui part pour cette raison, infime et à mon sens c'est qu'ils ont besoin de quelque chose tout de suite à se mettre sous la dent et qu'ils ont peur de se confronter à leur souffrance psychique et peut-être qu'ils y reviendront après ou pas, peut-être qu'ils auront trouvé d'autres moyens de faire. Mais sinon le reste, le fait juste d'écouter, le fait qu'il y ait un travail fait dans le sens de l'écoute de tout leur fonctionnement psychique et de tout leur monde interne produit quelque chose que je qualifie dans ma pratique, ce n'est pas du prosélytisme, c'est quelque chose que je vérifie, produit le fait qu'ils commencent à s'intéresser à comment ils fonctionnent en eux et avec les autres. Quel est leur part de participation à ça et en général ça les intéresse beaucoup. Même si ils peuvent être en demande de « et là comment je fais, même si je sais que vous n'allez pas me le dire... », et on part sur des solutions qu'ils peuvent trouver eux-mêmes. Donc si ça marche, oui je crois que ça marche.

On a parfois des ruptures, ça arrive, mais à mon sens la rupture elle est plutôt du côté d'un travail transférentiel, c'est-à-dire comment la relation qui se joue ici dans cet espace

protégé et qui est un pivot de la psychanalyse, comment ce qui est projeté sur le thérapeute et tout ce qui se joue dans cette relation là, va créer, re-susciter ou ressusciter des mouvements anciens et actuels mélangés et comment parfois c'est trop fort. Soit ça fait trop peur, tout ce qui va surgir de cette relation là, toute cette écoute et tout ce qui est projeté, qui revit, est réactualisé, ça fait trop peur et on s'en va, ça c'est fréquent. Moi je le situe plutôt de ce côté-là les ruptures. Les ruptures au bout d'un moment, ils sont venus pendant 6 mois et tout d'un coup ça s'arrête. Ceux qui ne restent pas au bout d'une fois ça peut être qu'ils sont déçus, peut-être c'est trop tôt, il y en a certains qui reviennent après 2 ans et disent « c'était trop tôt ». »

Est-ce que la motilité psychique dont vous parliez plus tôt permet justement d'obtenir des résultats plus positifs ou plus rapides ?

« Oui, mais c'est un peu le bon sens. Un enfant qui est en souffrance, si il rencontre quelqu'un et que ses parents sont aidés à entendre qu'on peut considérer ces choses-là qui sont de la souffrance sans qu'il y ait d'explication physiologique, sans qu'apparemment la vie soit difficile mais si on peut s'y intéresser et se dire « qu'est-ce qu'il se passe ? », ça produit quelque chose chez l'enfant, même si c'est une seule fois. Donc plus c'est tôt, plus on a l'impression qu'on est moins seul avec ça, forcément, surtout chez les jeunes. D'ailleurs on l'entend avec les adultes « si seulement je m'étais occupé de ça il y a 20 ans ». »

Entretien 2

Avez-vous des étudiants dans votre patientèle ?

« Oui. »

Sauriez-vous quantifier le ratio de demandes d'étudiants par rapport au nombre de demandes annuel ?

« C'est impossible à savoir. Nous avons 10 demandes par jour, dans mon cabinet nous sommes 7, et à titre personnel j'en ai 2 en suivi depuis cette année. Et sur le nombre de demandes adressées au cabinet on en a eu moins de 10 sur 400 premières demandes. »

Donc à priori il s'agirait d'une très faible minorité ?

« Oui, bien sûr, aussi parce que nous avons une forte demande. »

Pour se replacer par rapport à vous, avez-vous connaissance de recours qui vous étaient disponibles lorsque vous étiez étudiants ?

« Il y avait le BAPU. J'en avais entendu parlé quand j'étais étudiant mais c'était au travers de ma culture générale, ça n'a jamais été présenté à la faculté. »

L'information n'a jamais été diffusée de manière formelle ?

« À l'époque, non. Je ne m'en souviens pas en tout cas. »

Et à part le BAPU avez-vous souvenir d'autres possibilités, par exemple des associations ?

« Je ne me souviens pas de tout ça. »

Concernant vos suivis, quelle est l'origine de la demande ? Est-ce le patient lui-même, la famille, les amis, l'université ?

« Dans les deux cas ce sont les patients qui font la démarche. Dans un des cas c'est soutenu par sa famille, dans l'autre cas c'est après une présentation réalisée par le Pr Cottencin si je me souviens bien. »

Quel est l'objet de la demande, le motif de suivi ?

« Effondrement dépressif réactionnel dans les deux cas à un ressenti d'injustice. »

On se trouve face à un trouble de l'adaptation ?

« Quand on fait des études de médecine, qu'on est en cinquième année, qu'on a toujours eu des notes très honorables en stage et que parce que le stage se passe mal du fait d'un PH et que cette personne décide de ne pas valider et que du coup on redouble son année... »

Du coup ce ne sont pas nécessairement les capacités de l'individu qui sont en causes mais l'environnement qui est compliqué à gérer ?

« Oui, disons que c'est difficile en cinquième année, lorsque c'est presque fini, qu'à cause d'une personne qui refuse de valider le stage, sans recours possible, on doit redoubler, ça fait un coup. Dans l'autre cas c'est une étudiante qui avait de bonnes notes et qui, pour des raisons que j'ignore, alors qu'elle a déjà doublé, doit tripler car elle n'a pas une note suffisante dans une matière. Et elle apprend par la suite, parce qu'elle demande à voir sa copie, que la professeur qui a corrigé ne comprend pas pourquoi elle lui a mis cette note là mais il est trop tard, les délais de recours sont dépassés. »

Quelle est la position de ces patients, sont-ils en demande de soin, ou sont-ils plutôt dans le déni, passifs ?

« Non, ils sont très demandeurs de soins et participent de manière active. »

Ont-ils une bonne capacité à identifier leur souffrance et les problématiques qui les sous-tendent ?

« Oui, tout à fait. Au delà de la reconnaissance initiale il y a une réflexion sur leur mode fonctionnement, leur personnalité. Ce sont des gens qui acceptent d'entendre ce qui leur est renvoyé donc oui ils sont très actifs et dans l'intelligence de ce qu'il se passe. »

Avez-vous remarqué une différence dans les conduites à risque par rapport à la population générale ?

« A priori les deux n'ont pas de consommations particulière. Pas de conduites à risque particulières. Donc une différence en leur faveur, par rapport à la population générale suivie où là effectivement on retrouve des consommations d'alcool, des recherches de médicaments. »

Est-ce que vous avez rencontré des difficultés particulières dans ces prises en charges, des spécificités à la prise en charge des étudiants ?

« Non, j'ai plutôt eu des facilités parce que ce sont deux personnes assez conscientes de ce qui se passe, acceptent le traitement qui leur est prescrit, une fois évidemment qu'on leur a expliqué, elles sont assez compliantes. Dans les deux cas ce sont des prises en charge assez simples. »

Proposez-vous des recours médicamenteux, une psychothérapie ?

« Les deux. Il y a un traitement antidépresseur et bien sûr il y a un accompagnement psychothérapeutique mais pas spécifique. De la psychothérapie de soutien et travail de tout ce qui est trouble anxieux quand même. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures ou d'autres intervenants ?

« Pas du tout. C'est un gros problème pour nous car dans ma pratique j'interviens énormément avec les médecins du travail et les médecins conseil pour les salariés afin de les remettre en selle quand ils vont mieux. Mais avec les étudiants c'est très compliqué car il n'y a aucun interlocuteur, je ne peux pas appeler la faculté, il n'y a pas d'acteur institutionnel qui pourrait nous aider et donc c'est à l'étudiant de se débrouiller et c'est compliqué parce qu'il faut qu'il fasse appel au référent de son année. On a pas d'interlocuteur qui puisse entendre, comprendre ce qui se passe et essayer du coup trouver des solutions pratiques dans la poursuite des études. Donc la seule chose que je puisse faire c'est leur remettre un certificat comme quoi ils sont en suivi mais c'est tout. »

J'allais vous demander d'évaluer le résultat de ces suivis en termes d'évolution par rapport à la population générale mais d'après ce que vous m'avez dit j'ai

l'impression que c'est plutôt positif ?

« Oui, le résultat est très positif. Il y en a un des deux pour qui j'ai déjà arrêté le suivi parce qu'il a digéré son histoire et est reparti de l'avant. Et l'autre va beaucoup mieux, on continue le suivi afin d'assouplir un fonctionnement obsessionnel. Mais les deux sont allés mieux rapidement et beaucoup plus rapidement que la patientèle habituelle. »

Avez-vous l'impression que la durée de suivi est différente ?

« C'est difficile de tirer des conclusions sur deux suivis, mais là en l'occurrence, ce sont des suivis brefs. Ce sont des jeunes qui ont une certaine intelligence, qui comprennent les choses, après ils viennent voir un médecin étant eux-même en médecine donc ils sont un peu en confiance par rapport au médecin, ça aide. »

De manière plus générale, remarquez-vous un frein au suivi de la part des étudiants ? Y a-t-il des difficultés pour eux à aller vers le soin ?

« Moi je peux pas le remarquer, les patients qu'on reçoit, en tout cas ce qu'on connaît sont déjà dans la demande. Après si vous interrogez de PH qui reçoivent des jeunes en soins sans consentement la réponse sera différente. Mais nous en libéral, en tout cas moi, j'ai pas de frein, au contraire, ce sont des jeunes qui sont demandeurs, qui ont bien conscience qu'ils font face à un problème, qui sont tristes, qui dorment pas et que ceux qui peuvent les aider ce sont les psychiatres. »

J'entends que dans vos suivis les patients soient capables de demander de l'aide mais est-ce que, au travers de leur discours, ils peuvent faire part de la difficulté rencontrée pour aller vers le soin ?

« Pour l'un les deux parents sont médecins et ont assez rapidement insisté pour consulter donc j'ai pas l'impression qu'il y a eu un frein. Et pour l'autre elle a entendu le Pr Cottencin en parler et dans les jours qui ont suivi elle a pris contact. Je ne sais pas ce qui se serait passé si elle n'avait pas assisté à la conférence mais dans la situation actuelle il n'y a pas eu de frein. Après il y a le frein habituel d'aller voir un psychiatre. Mais là pas particulièrement. »

On constate qu'il y a une majoration de la souffrance chez les étudiants alors qu'il y a de plus en plus de recours qui leur sont proposés. J'essaye de déterminer quels sont les recours les plus pertinents et je m'intéresse aux suivis psychiatriques et psychologiques afin d'avoir le retour des soignants.

« Dans les années précédentes j'avais eu quelques suivis d'étudiants et à chaque fois ce sont des histoires de ressenti d'injustice. Soit je vois quelqu'un qui est assez bon et en stage ça se passe pas bien, le stage n'est pas validé, soit des notes qui ne sont pas bonnes et du coup un redoublement qui est mal vécu. C'est à chaque fois l'impression qu'un professeur s'est montré sévère et l'examen de fin d'année est très dur ou alors en stage. Un externe qui fait un stage avec un seul PH, si ça ne se passe pas bien, le stage est invalidé. Jamais la faculté ne remettra en cause le PH.

L'expérience que j'ai depuis quelques années c'est que quand le temps passe, avec un traitement antidépresseur, ça va mieux, le redoublement est digéré. Mais à chaque fois ce sont des coups de massue, un vécu d'injustice. »

Entretien 3

Avez-vous des étudiants dans votre patientèle?

« Oui. »

Pourriez-vous quantifier le ratio des demandes de suivi de la part des étudiants par rapport à la population générale?

« Ce ne sera qu'une approximation mais je pense qu'il s'agit de 20%. Notamment de par l'implantation du cabinet, situé juste à côté des universités catholiques et aussi le fait que le monde psychiatrique régional est petit et on se connaît bien les uns les autres. Tout du moins de ma génération ! Et en général on voit assez volontiers les étudiants ici. Peut-être aussi du fait qu'on soit un cabinet de groupe ce qui permet d'accorder les places disponibles en fonction des agendas de chacun. »

Vous êtes donc confronté régulièrement aux problématiques étudiantes dans votre activité ?

« Absolument. »

Afin de vous replacer vous-même dans vos études, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles ? Y avait-il des structures identifiées ?

« Oui, je me souviens qu'il y avait la possibilité de consulter plusieurs psychologues, à l'époque c'était au CROUS, il y avait une cellule psychologique. Il y avait 3 ou 4 psychologues qui étaient disponibles. Je les ai consultés une fois, pour un avis personnel. »

Y avait-il d'autres intervenants qui vous avaient été signalés ?

« Probablement mais n'ayant pas eu à faire la démarche au-delà de ce que j'ai évoqué je ne peux pas vous dire. »

Concernant vos prises en charge, quelle est l'origine de la demande ? Émane-t-elle de l'étudiant lui-même, de leur famille, de leurs amis, de l'université ?

« La prise de contact, nous souhaitons qu'elle vienne de l'étudiant. Comme toute personne majeure. Parfois la famille tente de prendre contact en disant que tel étudiant ne va pas bien, dans ce cas on ne prend pas de rendez-vous, on veut que ce soit la personne qui fasse la démarche. Ça c'est un point sur lequel nous sommes tous d'accord. Au demeurant, la plupart du temps, ce sont du temps des étudiants qui font la démarche et qui sont orientés soit par un médecin traitant ici sur la métropole lilloise, soit par un médecin traitant de leur région d'origine. Nous avons beaucoup d'étudiants qui viennent de partout en France et sont en études sur Lille. »

Quel est l'objet de la demande, les motifs de prise de contact de manière globale ?

« La plupart des situations sont des troubles anxieux ou dépressifs. S'il fallait répondre sur un plan nosographique, je ne parle pas de la nature de l'anxiété. Anxiété et trouble thymique pour l'immense majorité. On a eu quelques patients après une hospitalisation pour bouffée délirante, j'en ai deux actuellement en suivi qui signent un mode d'entrée pour les deux dans un trouble bipolaire. »

Quelle est la position de ces étudiants dans le soin ? Sont-ils actifs dans la prise en charge, passif, dans le déni ?

« Ils sont acteurs. Ils sont demandeurs, pas de déni ou alors s'il y a un déni, c'est un mécanisme de défense donc il est à respecter et peut-être à un moment ou un autre à intégrer dans la prise en charge qui va être proposée à l'étudiant. Mais en tout cas très très peu, en tout cas ça ne me vient pas spontanément à l'esprit des étudiants pour lesquels il y aurait un déni. Ou alors ça ne tient pas, je pense notamment aux troubles addictifs, ce sont des gens qui viennent une fois ou deux et dès que l'on veut aller au-delà de la prise en charge purement médicale ça lâche. »

Donc il y a une bonne reconnaissance de la difficulté et une volonté de la prendre en charge ?

« Oui, de ce que je peux témoigner oui. »

Et quelle est la capacité de ces étudiants à reconnaître leur problématique par rapport à la population générale ? Y a-t-il une différence ?

« De capacité d'insight ? Pas de manière spécifique. Je ne dirais pas qu'il y a une spécificité. Après s'il y en a une c'est fonction de l'aménagement ou de la structure de personnalité. »

Donc de l'individu et pas de la population ?

« C'est pas spécifique du fait qu'ils soient étudiant. Le fait qu'ils soient étudiants ne les amène pas à avoir plus ou moins d'insight, ou de perception de leur souffrance en tout cas, que dans les autres catégories socio-professionnelles. Je ne pense pas qu'il y ait de différence particulière. »

Dans cette population avez-vous remarqué une importance différente des conduites à risque par rapport à la population générale ?

« Je dirais une appétence ou un recours assez volontiers dans un premier temps aux toxiques en général, surtout à l'alcool. Des consommations qui prennent racine dans un habitus générationnel, je compare un peu à ma génération, à mon époque c'était un peu moins fréquent. Il va y avoir une appétence abréactive dans un premier temps soit aux dérivés de cannabis ou beaucoup plus souvent à l'alcool. Comme une tentative d'apaisement d'une souffrance, d'un malaise, ça ça arrive assez fréquemment. »

Donc une habitude de fonctionnement...

« Qui est festive ! Qui à la base est festive, liée au cadre étudiant. »

...qui vient s'infiltrer dans une faille innée ou acquise ?

« C'est difficile de dire qu'il y a une faille là derrière. En tout cas il va y avoir dans un premier temps un recours, et un phénomène d'accoutumance qui va se mettre en place avec une quête d'apaisement d'un état de tension, d'un état de mal-être. Dans un deuxième temps cette accoutumance va se marquer de plus en plus, amener une sorte de spirale qui va amener l'étudiant à décrocher, être moins présent en cours, moins attentif, avec des capacités de concentration qui vont être diminuées. A partir de là effectivement il y a toute une spirale qui se met en place. C'est difficile de parler de faille.

Moi je l'entends un petit peu comme ce que disait Winnicott qui parlait d'angoisses disséquentes. Et qui sont tellement disséquentes que le sujet n'est pas capable de par ses propres capacités psychiques et ses modes de défense à apaiser ou à limiter l'angoisse mais va aller rechercher un objet externe pour calmer l'angoisse. On va se retrouver sur des angoisses qui sont soit par nature de type abandonniques, soit de nature psychotique

sans être dissociatives avec cette quête d'apaisement tellement elles sont intenses à certains moments par des objets externes. Mais je ne parle pas des usages festifs, je parle des usages réguliers et quasiment auto-thérapeutiques. »

Cette symptomatologie est donc retrouvée plus fréquemment chez les étudiants ?

« C'est difficile de donner des marqueurs quantitatifs. Je n'en suis pas certain, il y a plusieurs facteurs qui rentrent en cause. Je crois qu'il y a une situation socio-économique actuellement qui est très tendue et beaucoup d'étudiants, je me rapporte à ce que me disent mes enfants, j'ai une fille qui prépare les ECN et je compare au moment où moi je préparais l'internat et je trouve la pression beaucoup plus marquée actuellement. Il y a donc ce facteur, avec une angoisse de performance, et il y a un autre phénomène qui rentre en jeu qui est une sorte de phénomène de transplantation. Il y a un bon nombre d'étudiants pour lesquels venir faire des études ailleurs que sur la ville d'origine d'où ils viennent c'est souvent la première séparation familiale. Ça se passe plus ou moins bien selon le vécu des séparations initiales, des séparations précoces, comment ils ont vécu les premières séparations, de manière sécurisée ou non. Donc il y a tout un travail à refaire avec eux pour leur permettre de retrouver une assise. Viennent s'ajouter tous les traumatismes potentiels qui se rejouent à cette période de vie.

C'est difficile car on a aussi des patients qui, notamment à la clinique, sont beaucoup plus âgés, ne sont pas étudiants mais sont sur des profils très très proches. On pourrait dire, s'il fallait une catégorie, les aménagements limites ou les personnalités borderline. On retrouve sur certaines parties de leur vécu, de leur conscience, de leur champ de réalité, des traumatismes qui viennent impacter leur fonctionnement du quotidien. »

Est-ce qu'il y a des spécificités ou des difficultés particulières dans la prise en charge de ces étudiants ? Encore une fois par rapport à la population générale.

« Il y a toujours une chose sur lequel il faut être extrêmement vigilant, c'est le risque suicidaire, évidemment. Ils ne manquent pas soit sur les conduites à risque, j'ai encore assisté il y a quelques mois à un étudiant en état d'alcoolisation qui était monté sur une grue de plus de 30 mètres et qui s'y est endormi. Et les conduites suicidaires, il y a encore eu un étudiant qui s'est défenestré du quatrième ou du cinquième.

Il y a vraiment là des angoisses de performance avec un risque de passage à l'acte très important donc il faut être très vigilant.

Une spécificité que j'intègre beaucoup, je vais plus volontiers prescrire pour un étudiant. Pour qu'il n'y ait pas de rupture dans la trajectoire d'études, qu'il n'y ait pas un phénomène de mise en échec. Un trouble dépressif ou un trouble anxieux peut être conséquent d'une situation facilitée par le monde étudiant et va ensuite avoir une influence et des conséquences sur les capacités d'apprentissage et d'intégration de l'étudiant, le mettre en échec et auto-alimenter ensuite la pathologie qu'il a présentée. Là où peut-être dans d'autres circonstances j'aurais accès mon travail de façon psychothérapeutique, je prescris plus rapidement chez un étudiant pour qu'il n'entre pas dans une spirale d'échec, pour l'enrayer. Je prescris plus vite. »

A ce sujet, quels sont les recours que vous proposez aux étudiants ?

Médicamenteux, psychothérapeutique ?

« Psychothérapeutique oui. »

Y a-t-il des obédiences que vous allez plus pratiquer avec les étudiants qu'avec la population générale ?

« Non, j'adapte en fonction des capacités de l'étudiant comme dans la population générale. Vous parliez de la perception de la pathologie, moi j'ai parlé d'insight, il y a quand même un hiatus entre les deux. L'insight c'est la capacité à s'auto-observer donc la capacité à se décaler par rapport à soi pour analyser le fonctionnement et repérer certains aspects. Si les gens ne sont pas dans cette dimension là je vais avoir une approche plus médicalisée, ou qu'on pourrait appeler de psychothérapie de soutien ou des approches corporelles en relaxation. Soit ce sont des personnes qui ont ces capacités d'insight et là on va faire un travail perso. Quand il y a la chance d'avoir les familles à proximité on va pouvoir éventuellement faire un travail familial. »

J'entends que vous vous axez à la problématique individuelle mais que la population étudiante ne modifie pas votre pratique usuelle ?

« Oui. Ce qu'on peut dire c'est que dans la population étudiante il y a des personnes qui ont un très bon niveau intellectuel. Est-ce que ça laisse entendre des capacités d'auto-observation au-delà de la norme? Pas toujours, ce sont deux domaines différents. Donc je m'adapte aux capacités, aux manières de fonctionner de la personne. »

Est-ce que vous avez pu percevoir une différence en termes d'évolution par rapport à la population générale ?

« Comme chez tout sujet jeune, ça bouge mieux et plus vite. Une fois que les choses sont plus structurés, plus organisées, notamment plus tardivement, c'est beaucoup plus long et plus laborieux à faire bouger. »

Avez-vous une idée de la durée moyenne de suivi des étudiants ?

« C'est pas évident parce que beaucoup d'étudiants en disant « je viens vous voir mais dans deux mois je ne suis plus là ». Il y a cet aspect là, un aspect temporel souvent avec les étudiants qui est sur des temps beaucoup plus courts que sur des personnes plus âgées et qui sont insérées dans la vie familiale, dans la vie professionnelle de façon plus longue et pérenne. Il y a le facteur mobilité et le facteur temporel chez l'étudiant, ce sont deux facteurs importants. »

Mais qui font partie intrinsèque de leur problématique étudiante ?

« Oui. On est tous passés par là, je me souviens des stages de médecine, c'était dans tous les hôpitaux de la région. »

A ce sujet, avez-vous perçu un impact des conditions d'encadrement en stage chez les étudiants de médecine ?

« Oui, ça peut être rassurant d'être dans un stage avec des séniors présents, qui sécurisent les équipes, les internes, les externes, les équipes. Les services où les gens sont là, évidemment ça sécurise. Ça permet aussi, quand il y a des étudiants en difficulté, parce que la psychiatrie c'est pas rien, c'est de la souffrance psychique qui peut résonner avec l'histoire de chaque étudiant, de chaque personne et donc c'est bien quand il y a un sénior, un climat de confiance, du lien, la parole qui tourne et qui s'échange. C'est un gage de bon équilibre et de bonne santé psychique pour tous les intervenants. A l'autre bout, en miroir, on peut dire que des services où les séniors n'assurent pas, on ne les trouve pas, ils ne sont jamais là... »

Problématiques que l'on retrouve aussi dans des stages de spécialités autres que la psychiatrie ?

« Oui, les stages de chirurgie ou de médecine, c'est très probablement la même chose. Si ce n'est pas structuré évidemment c'est très insécurisant. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures ou intervenants ?

« Oui. On a la chance ici d'intervenir en clinique donc quand il faut hospitaliser rapidement on peut rapidement prendre en charge les étudiants. Quand c'est de l'urgence c'est le CAC ou le CPAA. Après quand il faut faire des choses sur les semaines qui suivent on peut les prendre à la clinique ou les articuler avec la clinique des 4 Cantons. Quand c'est plus jeune, c'est pas étudiant c'est scolaire, on travaille avec le Lautreámont. C'est l'essentiel. »

Pas lien avec des structures universitaires ou des associations ?

« Non. Pas de lien particulier. »

Au travers de vos suivis avec ces étudiants avez-vous perçu un frein à la demande de soin ?

« De façon incontournable le premier frein peut être financier. Mais il pourrait l'être. Après tout est fonction des habitudes de pratique des soignants. Et puis dans l'après-coup je me suis aperçu que pas tant que ça. Je crois que ça concerne finalement peu d'étudiants le frein financier. J'étais assez surpris mais on a pas tant de problèmes que ça pour des étudiants pour qui ce serait un frein financier. Et quand c'est le cas on adapte bien sûr les honoraires.

Ça peut être parfois un frein d'emploi du temps quand l'étudiant a gardé un encrage dans les cours donc il faut réajuster les emplois du temps mais on y arrive, c'est jamais figé. C'est l'essentiel. »

La littérature retrouve néanmoins une certaine stigmatisation autour de la santé mentale et une difficulté parfois à assumer son mal-être voire à le verbaliser. Est-ce que c'est quelque chose que vous avez retrouvé dans le discours des étudiants que vous suivez? Y a-t-il eu une difficulté initiale à accepter cette souffrance et à la prendre en charge ?

« C'est difficile de répondre parce que je suis au bout de la chaîne, donc ceux que je vois sont ceux qui ont fait la démarche donc qui ont pris conscience de leur souffrance de leur difficulté, qui en ont parlé autour d'eux souvent, et qui viennent. Pour pouvoir apprécier cela il faudrait être en amont. »

Potentiellement sur les structures d'urgence ?

« Oui. Ou s'il existe un système de tutorat sur les études voir avec les tuteurs comment ils perçoivent les étudiants. »

J'imagine que la démarche a déjà été initié lors de leur venue ici mais au travers de leurs discours, est-ce que c'est quelque chose qui a déjà pu être évoqué au cours de vos prises en charges.

« Il peut y avoir eu de la banalisation, pas du déni. Jusqu'au moment où c'est plus banalisable, parce que l'impact de souffrance ou l'impact fonctionnel est important. Il y a de la fatigue, de la tristesse, il y a l'installation de labilité émotionnelle qui fait que ça vient marquer une limite et à partir de là c'est plus banalisable. Ou à de l'irritabilité, d'un seul coup un étudiant passe une limite, il commence à souffrir de la démarche qu'il est en train d'effectuer et il devient irritable, plus labile émotionnellement, quelque chose change, donc le plus souvent l'entourage le lui fait remarquer. Donc là après il y a tous les retours en

miroir que les proches peuvent faire et le fait que l'étudiant va ou pas intégrer cette dimension de souffrance.

Il y a ce phénomène de compétition qui est de plus en plus poussé à l'extrême. Le PACES et les ECN. Avec l'impact sociétal, les métiers du soin, notamment la médecine, ont pris une reconnaissance et une considération énormes par rapport à il y a 40 ou 50 ans.

Maintenant les étudiants qui font des études de médecine, qui ont le PACES, beaucoup sont des étudiants qui sont du niveau grandes écoles. Ce sont de grands scientifiques, avec un intellect de très très haute qualité. La répartition était peut-être différente il y a 40 ou 50 ans, où il y avait beaucoup de gens qui partaient plus dans les grandes prépas ingénieurs, soit commerce. Il y en a beaucoup, je pense, qui de part le contexte socio-économique se rabattent sur la médecine.

C'est un métier scientifique la médecine mais pas uniquement, notre discipline en témoigne. Après il y a toute la dimension humaine qui doit être retravaillée, dans le rapport au patient, l'annonce, le contact, la communication, l'écoute, l'annonce de certaines situations. »

Entretien 4

Lorsque vous travailliez au CHU, vous souvenez-vous du ratio de prises en charge d'étudiants par rapport à la population générale ?

« Hospitalisation et suivi confondus, on devait avoir environ 20 %. »

Donc une quantité non négligeable et des demandes récurrentes ?

« Oui. »

Pour vous replacer par rapport à votre propre vécu d'étudiants, quels étaient les recours disponibles lorsque vous étiez dans votre parcours d'études ?

« Je ne sais pas quels étaient les recours quand j'étais étudiante. »

Donc il n'y avait pas de lieux référencés ou diffusés auprès des étudiants ?

« Non. »

Une fois médecin, quelles étaient les origines des demandes de prise en charge des étudiants ? Venaient-elles des étudiants eux-mêmes, de la famille, des amis, de l'université, des stages ?

« J'ai eu plusieurs demandes de la faculté, j'ai eu une demande par le BAPU, j'ai eu des demandes de suivi par des médecins traitants et j'ai eu quelques demandes par la famille mais qui avaient été elles-mêmes orientées par la faculté initialement. »

Et quel était le ratio de ces demandes ?

« J'ai eu 2/3 des demandes orientées par la faculté et 1/3 par la famille. »

Pas de demande de la part des étudiants ?

« Non, aucune. »

Quelle était la position du patient vis-à-vis de ces demandes étant donné qu'ils n'étaient pas à l'initiation de leur suivi ?

« Les positions des patients étaient un petit peu particulières, ils étaient plutôt dans l'attente que la faculté les laisse tranquille. Et ils venaient finalement pas du tout en tant que patient réel mais en tant que plaignant pour reprendre les termes de thérapie brève, la plainte étant « la faculté me demande de venir » ou « la famille me demande de venir ». »

Quels étaient les motifs de demande ?

« Alors j'avais beaucoup de difficultés dans le suivi des cours. »

Difficultés de concentration ?

« Concentration ou absentéisme. Et j'ai eu plusieurs problèmes de déscolarisation. Quelques demandes de souffrance psychique avec des replis et des étudiants qui étaient en souffrance évidente, orientés par la faculté et le BAPU, surtout le BAPU. »

Étant donné votre activité, était-ce toujours corrélé à des comorbidités addictives ?

« C'était toujours corrélé à des comorbidités addictives mais qui finalement prenaient une place assez faible dans la prise en charge parce que ce n'était qu'un symptôme. »

Quelle était la capacité des étudiants à identifier leur souffrance, leur problématique ?

« Les souffrances étaient globalement identifiées mais pas du tout assimilées à l'addicto, alors qu'on me les orientait pour une problématique addicto. La souffrance était plutôt liée à une problématique soit familiale soit de difficultés sociales en fait. C'était ça leurs problématiques à eux, c'était pas du tout les comorbidités addictives. »

Y avait-il un déni par rapport à ces dernières ?

« J'ai eu quelques étudiants dans le déni quant aux conséquences de leur comportement et leur thymie. Après globalement, j'ai beaucoup travaillé pour identifier les problématiques et on a réussi à progresser. »

Et par rapport à la population générale ?

« C'était plus difficile d'accéder aux étudiants qui étaient plus longtemps dans le déni, avec cette notion, c'est uniquement mon ressenti, qu'ils sont encore très jeunes et donc ça les concerne assez peu. C'est une mauvaise passe pour eux mais ils ne se considèrent pas en souffrance dans la durée, ils ne sont pas malades, c'est une passe. »

Ces étudiants étaient dans toutes les filières confondues, pas uniquement dans la santé ?

« Non, j'ai eu de tout, j'ai eu de la santé, de l'informatique, des mathématiques... »

Je voulais poser une question sur les conduites à risque addictives, je comprends qu'ils en présentaient tous mais est-ce que leur intensité ou leur gravité étaient plus importantes que dans la population générale ?

« Je dirais que par rapport à la population générale que je traitais, c'est à dire addicto, j'avais quand même des mises en danger clairement plus nettes chez les étudiants. Avec

des prises de toxiques multiples dans des contextes initialement festifs mais j'avais quand même des belles conduites à risque. »

Plus que dans la population générale ?

« Plus marquées. »

Quelles étaient les difficultés et ou spécificités avec les étudiants par rapport à la population générale ?

« Difficultés, c'était justement que la demande ne venait pas d'eux initialement. Difficultés parce que la problématique identifiée par l'étudiant n'était pas du tout la problématique de soin en fait. La spécificité c'était je dirais le travail aussi avec l'entourage étudiant, les soignants qui les avait orientés et surtout la prise en charge familiale qui était très spécifique puisque j'ai beaucoup travaillé avec les proches.

J'ai eu la difficulté des étudiants étrangers, j'en ai eu beaucoup. C'était plus compliqué parce que les normes familiales ne sont pas les mêmes. »

J'entends la coordination avec la famille et aussi les structures universitaires et donc ce sont deux plans sur lesquels il fallait travailler et agencer le soin du patient ?

« Oui, et la grande spécificité c'est que j'ai beaucoup travaillé sur les réorientations d'études. »

Quelles étaient les recours que vous proposiez aux étudiants ?

« J'ai proposé parfois des orientations vers des cliniques psychiatriques, comme le Lautréamont, spécifiques de l'adolescent et du jeune adulte. J'ai travaillé en lien avec les

psychologues du BAPU pour certains étudiants pour que nous associons nos prises en charge. J'ai surtout fait des suivis bien plus réguliers, avec une grande facilité par rapport aux emplois du temps étudiants qui sont très souples. »

La mise en place du soin était plus aisée ?

« Oui. J'ai également travaillé avec les universités pour justifier la nécessité de soins pour adapter l'emploi du temps au niveau de la faculté pour que l'étudiant puisse maintenir les soins plus réguliers. »

Et au travers de vos propres prises en charges, quels genres de recours utilisiez-vous ? En termes de psychothérapie, de pharmaco ou autre ?

« En pharmaco j'ai mis, car souvent on avait un trouble soit de l'ordre de l'anxiodépression soit des débuts de symptômes psychotiques donc j'ai agi sur les diagnostics identifiés, mais j'ai surtout travaillé en thérapie brève, ce à quoi j'étais formée. J'ai découvert malheureusement aussi quelques traumas donc j'ai orienté vers de l'EMDR. Et j'ai beaucoup travaillé avec la thérapie familiale. »

Et par rapport à la population générale, était-ce différent ?

« J'ai prescrit moins en thérapeutique médicamenteuse et j'ai prescrit surtout de façon plus courte par contre en psychothérapie c'était plutôt un travail dans la durée et j'ai prescrit beaucoup plus de thérapies familiales que dans la population générale addicto. »

Vous me parliez de votre articulation avec d'autres structures, y en a-t-il d'autres que vous n'avez pas cités ?

« J'ai travaillé avec les CJC aussi, les consultations jeune consommateur. Mais pour le coup les étudiants étaient en difficulté, parce qu'encore une fois la problématique addicto pour eux n'était pas un problème donc venir à une consultation jeune consommateur ça n'avait pas trop de sens. Et moi dans mon abord de prise en charge je prenais l'addiction comme un symptôme et je pense que ça favorisait les prises en charges. J'ai travaillé surtout avec le BAPU, quelques cliniques et j'ai bien sûr orienté vers les CMP. »

Pourriez-vous évaluer les résultats avec ces étudiants par rapport à la population générale ?

« J'ai obtenu de meilleurs résultats dans la réinsertion puisque on a travaillé rapidement les réorientations. Ça a bien marché, plus rapidement on arrive à trouver un équilibre au niveau social et professionnel entre guillemets. Par contre c'était souvent très long en termes de psychothérapie parce qu'il y avait souvent la famille associée avec toute l'histoire familiale qui revenait. »

Donc suivis plus longs que pour la population générale ?

« Oui, plus longs dans la durée pour la psychothérapie, ce sont des suivis que j'ai eus de façon plus chronique. »

Au cours de ces suivis avez-vous remarqué un frein à la demande ? Pas nécessairement une fois initié puisque c'était déjà élaboré mais notamment dans le discours, y avait-il des points sur lesquels on retrouvait une difficulté à s'associer aux soins ?

« Oui il y en avait, je l'ai déjà évoqué mais la CJC pour eux c'était hors de question, c'est pour cela qu'ils venaient me voir car je travaillais dans l'enceinte de l'hôpital donc c'était

déjà un peu différent. Ce qui était rassurant pour eux, ça va avec le frein, c'est que je n'étais pas assimilé à de la psychiatrie pure, je pense que ça avait un côté très rassurant pour les étudiants qui par contre étaient très clairement freinés par l'étiquette psychiatrique. »

Pourquoi ?

« Parce qu'ils n'étaient pas « fous » selon leurs termes, ils n'étaient pas dépressifs... Alors qu'ils l'étaient pertinemment mais ils ne l'étaient pas à priori pour eux. Il y avait une difficulté reconnaître la pathologie psychiatrique qu'ils pouvaient néanmoins présenter. Et l'autre frein c'est plus lié à cette période de la vie qui est encore une fois « ce que je vis là est un moment de ma vie, c'est une passe qui est compliquée mais en rien ça ne définit ce que je suis ou ce que je vais vivre après ». Il y avait quand même cette notion, pour moi les étudiants bossent dans l'instantané, c'est « à l'instant t c'est ça qui se passe mais sinon j'ai pas de problème ». Probablement la grande difficulté et les freins c'est l'immaturation psycho-affective. »

Et ces freins sont plus représentés dans la population étudiante ?

« Clairement, et c'est aussi pour cela que mes prises en charge étaient plus longues parce qu'il a fallu travaillé sur ce point là. »

Entretien 5

Pour vous replacer dans le contexte, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles lorsque vous étiez vous-même étudiant pour la prise en charge de difficultés psychologiques ?

« Oui, je sais qu'il y avait le SUMPPS qui avait un autre nom quand j'ai commencé mes études de médecine. Je savais que je pouvais faire appel à eux si j'avais un problème. »

Et comment avez-vous eu connaissance de cette structure ?

« Tout simplement parce qu'en deuxième année de médecine nous avons eu une visite médicale, qui était un peu formelle mais nous informait de la possibilité de séances de sophrologie si on en avait besoin, d'une psychologue sur place. »

Vous souvenez-vous d'autres structures qui auraient pu avoir été identifiées ?

« En PCEM1 il me semble que le BAPU et le SUMPPS nous avaient été présentés, la médecine universitaire. Je n'ai pas d'autres souvenirs pendant les cours. Après si, pendant l'internat de psychiatrie forcément mais pour les autres ; alors est-ce qu'on pense pour soi quand on est étudiant je n'ai pas l'impression. »

Par rapport à vos propres prises en charge d'étudiants, sauriez-vous définir l'origine de la demande ? Viennent-elles des étudiants, leur famille, amis, la faculté, les stages ?

« La plupart, je n'ai pas de chiffres mais une majorité c'est l'étudiant lui-même qui arrive soit parce qu'il vit un échec et que cet échec lui est insurmontable soit un surmenage. Par exemple j'ai eu un étudiant qui avait échoué sa première année de médecine et devait se

réorienter ; et lui qui s'était toujours vu devenir médecin n'arrivait pas à surmonter, à s'adapter à cette nouvelle situation. Beaucoup de demandes étudiantes sur un échec ou un surmenage, un gap trop important entre le lycée et l'université. Des fois cette adaptation là qui était compliqué pour certains étudiants qui avaient peut-être une certaine vulnérabilité et qui s'est fendue sur l'arrivée à l'université, là où ils étaient cocoonés au lycée se retrouvent dépourvus à l'université et n'arrivent pas à faire face. »

Qu'en est-il des autres demandes ?

« Pour les autres c'est plus du cas par cas, en règle générale on est plus dans de l'ordre de la psychose, c'est à dire que l'étudiant ne s'en rend pas forcément compte. Alors est-ce que c'est inhérent à l'étudiant ? Je pense plutôt que la psychose se révèle chez ce type de population ou cette tranche d'âge et donc là forcément c'est plus une demande de la famille, de l'entourage qui se rend compte d'une rupture avec l'état antérieur. Je distinguerais vraiment ces deux choses, c'est à dire la demande de l'étudiant qui est une majorité dans un contexte de surmenage et de trouble de l'adaptation avec les complications qui peuvent arriver derrière comme la dépression, idées suicidaires ou tentatives de suicide et plus minoritaire mais qui existe quand même d'éléments psychotiques orientés par la famille. »

Pas d'orientation de la part de l'université ?

« Dans mon cas très rarement, peut-être un. Mais virtuellement pas. »

Quels étaient les motifs des demandes ?

« Alors travaillant au centre d'accueil et de crise majoritairement des idées suicidaires, surmenage, éléments anxio-dépressifs. »

Quel était plus précisément la position du patient ? Était-il acteur dans les soins, plutôt passif, dans le déni ?

« La plupart était acteur de leur soin pour n'importe quel type d'étudiant, avec un bémol pour l'étudiant de médecine qui a cette particularité de vouloir savoir ce qui lui arrive et essaye de diagnostiquer lui-même ce qui parfois parasite la prise en charge. Ou même étudiant en santé de façon générale. Mais sinon plutôt acteur de leur soin puisqu'ils ont quand même cet objectif dans cette période charnière qui est soit de remonter la pente pour pouvoir poursuivre leurs études ou alors de se dire « ce type d'étude là n'est pas fait pour moi donc il faut que j'envisage une réorientation ». C'est un peu ce vers quoi on essaie de les amener, c'est à dire « soit tu remontes la pente, ça va aller et tu continues tes études » ou dire « là tu as l'air d'avoir épuisé toutes tes ressources c'est peut-être pas fait pour toi », même si c'est au patient de le dire, ce n'est pas nous qui lui disons. »

Quels étaient les capacités de ces étudiants à identifier leur souffrance, leur problématique, par rapport à la population générale ?

« Je dirais que c'est pareil, dans le sens où ils consultent facilement Internet pour essayer de se diagnostiquer des troubles. Donc je pense qu'ils sont identiques. Ayant travaillé dans le service universitaire à Fontan j'ai rencontré beaucoup d'étudiants en médecine et ce sont peut-être les plus durs, parce qu'ils ne sont pas tous habitués à la psychiatrie et ils essayent de diagnostiquer des choses qui n'ont rien à voir avec la psychiatrie, comme si j'avais des mini Dr House ; je ne sais pas comment dire... »

Qui allaient chercher un zèbre là où se trouvait un cheval ?

« C'est ça. C'est à dire qu'on voit tous que c'est un éléphant et eux vont nous trouver un lamantin par exemple... »

Quelle a été l'importance des conduites à risque dans cette population, encore une fois par rapport à la population générale ? Que ce soit dans la gravité ou dans la fréquence ?

« Pas uniquement addicto ? Ça peut être ordalique etc par exemple ? »

Tout à fait.

« J'ai une jeune expérience et j'ai peut-être un effet loupe. J'ai l'impression qu'on a de plus en plus d'intolérance à la frustration pour ne pas citer de troubles de personnalité en question. Peut-être que l'enseignement secondaire n'arme plus comme il faut les étudiants aux études supérieures et donc ils se retrouvent facilement dépassés et avec ce côté « je ne supporte pas cette frustration, j'étais le meilleur au lycée ou l'un des meilleurs, là j'arrive à la fac et plus rien ne se passe, je suis bon à rien ». Est-ce que c'est une intolérance à la frustration ou est-ce que c'est ce gap qui est de plus en plus important entre le lycée et les études supérieures. »

Ça pose question sur leur outillage ?

« C'est ça, ça pose question sur leur outillage et que forcément comme ce gap est de plus en plus important j'ai l'impression qu'ils se fracassent de plus en plus. Quand j'en discute avec des plus vieux que moi, des psychiatres plus âgés que moi dans l'équipe ils me disent qu'en effet eux voient de plus en plus d'étudiants arriver dans le système de soin psychiatrique. »

Et quel est le lien entre cette intolérance à la frustration et les conduites à risque ?

« Ils ont des conduites plus ou moins, comment dire, je vois moi qu'ils sont au point de se scarifier, de s'alcooliser à visée anxiolytique davantage, des Binge drinking davantage, donc ceux-là sont plus amenés par la famille forcément. Mais ils ont des conduites à risque à visée anxiolytique, à essayer de se rassurer, un peu comme on peut voir, que ce soit l'alcool, les scarifications, parce qu'ils n'arrivent pas à faire face, ils n'arrivent pas à s'adapter et donc ont ces conduites là. »

Sont-ils dans le déni par rapport à ces conduites à risque ?

« Oui, totalement. »

Quels sont les difficultés et/ou spécificités des prises en charge des étudiants ?

« Par expérience personnelle, je ne me mets pas à leur place mais je joue de mon côté jeune PH, je sors des études, pour essayer d'avoir un peu cette alliance avec ces patients-là, c'est à dire je préfère profiter tant que je peux de mon âge pour leur dire « les gars je peux vous comprendre aussi » pour qu'ils puissent avoir ce côté « c'est pas un vieux psychiatre hautain qui est en train de me faire la leçon mais c'est une jeune qui sort des études et qui peut me comprendre ». Il y a ce côté aussi où je minimise, alors peut-être à tort, les traitements anxiolytiques. Ça dépend vraiment du patient mais je m'explique, j'ai plus tendance à minimiser les traitements anxiolytiques et surtout les benzo pour leur effet amnésiant parce qu'ils sont très à vouloir bachoter, il y en a pas mal qui reprennent leurs études parce que c'est un coup de mou comme ils disent et donc j'ai pas envie de leur mettre des benzo à pleine dose surtout que j'ai un peu la main lourde avec les benzo ayant été bien appris.

Donc chez eux j'aurais plus tendance à favoriser l'hydroxyzine ou du Stresam, mais pour le Stresam plus à visée placebo, pour leur dire « je te donne un truc pour essayer de te calmer un peu ». Mais là où d'habitude je mets du lorazépam chez eux je minimise au maximum pour éviter ce côté amnésiant parce que c'est un coup de mou entre guillemet comme ils disent encore. »

Donc limiter dans la posologie et la durée ?

« Oui, c'est surtout ça, dans la posologie et la durée. C'est à dire qu'encore une fois si je dois mettre du lorazépam là où je peux facilement mettre du 2,5mg fois 3, chez eux je vais mettre du 1mg fois 3 même s'il y a des ruminations cognitives. Après s'il faut monter plus je monte plus. »

Par rapport aux recours que vous proposez aux étudiants, que ce soit en termes de thérapie ou de pharmaco, quelles sont les spécificités comparativement à la population générale ?

« Pharmaco je pense avoir déjà un peu répondu. En termes de psychothérapie je suis beaucoup plus sur quelque chose de bref. Déjà j'utilise la thérapie brève mais dès fois je peux utiliser la thérapie de pleine conscience. Enfin non, ça dépend, je suis désolé, je réfléchis en même temps.

Chez les étudiants ça dépend vraiment du profil, je ne pense pas que je m'adapte aux étudiants. »

Donc pas de spécificité dans la population étudiante, c'est du cas par cas ?

« Oui, au cas par cas. Je peux utiliser autant la thérapie brève que la thérapie pleine conscience, qui sont mes deux obédiences. Pas de spécificité pour la psychothérapie chez les étudiants, autant pour la pharmaco oui mais là non. »

Peut-être une prise en charge de la famille différente ?

« Alors la famille, je trouve que ce qui est important chez les étudiants, en tout cas pour pas mal d'entre eux, dans la prise en charge de crise au cours d'un entretien famille, c'est qu'ils sont beaucoup plus facilement déracinés de leur système, parce que Lille forcément ça attire des étudiants de tout le Nord Pas-de-Calais, voire même des Hauts-de-France des fois, et donc à faire cet entretien famille avec la famille qui est restée sur la ville d'origine, de pouvoir les rencontrer et remobiliser l'étayage familial et pouvoir resituer le patient, enfin l'étudiant, au sein de sa famille.

Parce que ce n'est pas parce que l'étudiant est à Lille et la famille est à distance qu'il n'est plus dans ce système. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures ou d'autres intervenants pour les étudiants ?

« Alors justement ça tombe très bien que vous m'interrogiez à ce sujet ; il y a une semaine j'ai organisé une journée des partenaires, c'est à dire que dans le service dans lequel je travaille j'ai tenu à rencontrer les partenaires lors d'une journée spécifique. Donc partenaires que ça soit les secteurs psy alentours, que ça soit du médico-social, les cliniques privées avec lesquelles on travaille et de les réunir tous à l'hôpital autour d'une thématique. Et en même temps lorsque j'ai fait les invitations, je les ai envoyées à tous les infirmiers, médecins scolaires des lycées environnants ainsi que médecins et infirmiers du service universitaire environnant. Parce que je trouvais que c'est ça qui manquait c'est

qu'on a ce service qui est un peu une tour d'ivoire qui regarde les autres et donc de dire « ce service c'est aussi le vôtre, et quand vous avez des étudiants ou des lycéens en crise on est là ». Ça a eu un très bon écho auprès des services, déjà dans les invitations on a eu plus d'une dizaine d'infirmiers et médecins des lycées et universités environnantes qui se sont déplacés avec un très bon retour, qui ont échangé avec nous. A voir si nous aurons plus d'étudiants qui arriveront par ce biais là, j'y crois, sincèrement j'y crois. Et c'est un travail de longue haleine car ce que j'essaye de mettre en place maintenant c'est de se déplacer une fois par mois, alors ça peut être dans du médico-social mais je pense que d'aller dans le système de santé universitaire et lycéen ça pourrait être bien. Une fois par mois que nous on se déplace pour alimenter le lien. »

Avez-vous pu adresser des étudiants sur des structures ?

« Justement non. Parce que le lien n'était pas là, donc je connaissais le système de soin universitaire, les médecins scolaires, je les connaissais de nom mais justement le lien n'était pas encore là et c'est une réelle demande de leur part et de la mienne. »

Pourriez-vous qualifier l'évolution de ces prises en charge encore une fois par rapport à la population générale ?

« L'évolution, c'est à dire ? »

Avez-vous l'impression qu'ils vont mieux ou moins bien, plus vite ou plus lentement ?

« J'ai encore une fois cette impression, mise à part des cas psychotiques un peu plus particuliers, mais pour une majorité qui a une plus grande capacité d'adaptation. C'est à dire qu'ils sont à même, alors certains le passage en psychiatrie ça leur fait un

électrochoc, ça c'est clair et net, et c'est souvent des entrées-sorties, "en fait je suis peut-être pas si malade que ça", ça ça arrive. Pour ceux qui restent le temps de l'hospitalisation j'en ai quand même très peu que j'envoie sur les secteurs psy ou sur des systèmes sanitaires hospitaliers, c'est beaucoup plus de la consultation derrière en CMP ou en libéral. On est vraiment sur des phénomènes de crise ou de trouble de l'adaptation et qui se résolvent je vais dire assez facilement. »

Donc j'entends que les issues sont rapidement positives, plus que dans la population générale ?

« C'est ça, plus que dans la population générale. »

Dans ces suivis encore une fois, est-ce que vous avez pu repérer un frein à l'accès au soin ? Est-ce que des choses ont pu faire barrière à la demande ?

« Encore une fois au niveau des études de médecine forcément le frein est que pour les étudiants en étude de médecine publique c'est que le recours principal psychiatrique c'est la consultation de Fontan 1 qui se situe à Fontan 1, où se trouvent des étudiants aussi en médecine donc je pense sincèrement que c'est un frein. »

Donc le manque d'anonymat ?

« Le manque d'anonymat. C'est à dire le "qu'en dira-t-on si un collègue de ma promo se trouve à ce moment là à Fontan 1" ou même de dire "je vais pas aller à Fontan 1 parce que je sais qu'un de mes amis y est actuellement en stage". Il y a ce côté là qui est un frein je pense. »

Et donc à ce manque d'anonymat est associée une certaine stigmatisation de la pathologie mentale ?

« Ah bien sûr, je pense qu'on a encore du travail sur la destigmatisation de la psychiatrie, de la pathologie mentale de façon générale, ça c'est clair. Surtout que quand on est étudiant en médecine l'enseignement de la psychiatrie arrive, en tout cas pour moi, tardivement. Et de façon général c'est assez réducteur, c'est parce qu'il y a beaucoup de choses à apprendre mais la psychiatrie en tant qu'externe ça se veut très médical parce qu'il faut répondre à des QCM mais on a pas toute cette richesse, il faut essayer de coller des étiquettes de diagnostics aux patients qu'on voit sur dossier et donc forcément je pense que pour l'étudiant comme il faut mettre tout le monde dans des cases il va se dire "si je vais pas bien je suis peut-être dépressif" ou alors "j'étais peut-être euphorique hier, j'étais maniaque en fait". Donc il y a en effet ce côté un peu stigmatisation de la psychiatrie, ça c'est sûr. Il y a le manque d'anonymat, qui peut se résoudre par en effet encore une fois le SUMMPS, je pense, qui peut se résoudre par d'autres dispositifs comme le BAPU mais que j'ai moi appris beaucoup, les consultations libérales. En y repensant, en fin de première début de deuxième année j'étais pas super, c'était mon médecin généraliste qui a fait le travail. Pour résumer stigmatisation de la psychiatrie, la peur d'être reconnu, enfin le manque d'anonymat, c'est surtout pour moi les deux freins que je vois dans la discipline. »

Entretien 6

Avez-vous une partie de votre patientèle qui est étudiante ? Toutes études confondues.

« Oui. »

Sauriez-vous évaluer quelle proportion ?

« Un bon tiers, 30 à 35%. »

Donc une quantité non négligeable.

« Oui et je pense que c'est une estimation basse. Ça va de 18 à 50 ans mais l'immense majorité c'est 18 à 35 ans et donc une bonne proportion d'étudiants ou de très jeunes actifs. »

Pour vous replacer dans vos propres études vous souvenez-vous des recours qui étaient disponibles lorsque vous étiez étudiant ?

« Je les connais maintenant, mais... »

A l'époque il n'y avait rien de référencé ?

« Non, clairement. »

Il n'y avait jamais eu des diffusions d'informations auxquelles vous aviez pu assister ?

« Non, je ne sais pas si c'est un biais rétrospectif parce que je sais maintenant qu'il y a le SUMPPS, parce que je suis en contact avec eux. Mais non. »

Maintenant dans vos propres prises en charge quel est l'origine de la demande ?

Est-ce le patient, la famille, les amis, la faculté ?

« J'ai de tout, j'ai quelques patients qui viennent du SUMPPS, donc de la fac mais c'est pas non plus énorme, peut-être 5 par an. Sinon c'est très souvent les patients eux-même qui viennent, la famille c'est possible mais c'est moins le cas. »

Et lorsque vous disiez le SUMPPS donc la faculté, est-il arrivé que la faculté vous envoie des étudiants sans passer par le SUMPPS ?

« Généralement ils vont eux-même au SUMPPS pour voir un médecin, pour une question soit de problème attentionnel soit une autre thématique, dépressive ou psy, et émerge au niveau de l'entretien du coup les difficultés qui font évoquer un TDAH et du coup le SUMPPS me l'adresse. »

Pas d'orientation de la part de médecins traitants ?

« Si mais c'est rarement le médecin traitant sauf pour ceux qui sont au courant du dispositif. Très souvent c'est le patient qui vient les voir en demandant d'être adressé ici, à part quelques médecins traitants qui sont au fait parce que du coup pour raisons personnelles ils ont un enfant suivi pour TDAH ou un patient suivi. »

Quel l'objet de la demande ? Les motifs ?

« C'est trouble attentionnel principalement. Vous voulez dire tout confondu ou chez les patients qui viennent du SUMPPS ? »

Tout confondu.

« Tout confondu c'est trouble attentionnel donc c'est "j'ai du mal à être concentré en cours". Pour l'étudiant vous voulez dire ? »

Oui.

« Du mal à rester focus en cours, du mal à suivre en cours, du mal à s'organiser, c'est principalement ça. Aussi les personnes qui ont tout le temps l'impression de switcher, c'est plus rare, enfin c'est fréquent mais ce n'est pas forcément leur plainte principale, mais de ne pas arriver à se poser dans un cursus. De commencer une voie un an, puis une autre voie un an puis encore une autre et dire "au final je n'y arrive pas". Mais très souvent ce sont des personnes en échec scolaire ou avec un sentiment de patiner.

Pour donner un ordre de grandeur j'ai deux ou trois externes en médecine qui ont eu leur première année soit primant soit doublant et qui ensuite ont tous au moins triplé, PACES mise à part, entre la P2 et la D4 ils ont doublé à 2 ou 3 reprises. Donc vraiment l'impression de ne pas arriver à avancer. »

Quelle est la position de ces patients ? Plutôt acteur, passif ?

« Ceux qui sont ici de leur plein gré sont très acteurs. J'ai quelques patients qui viennent par leurs parents, "mon fils ne fait rien à l'école, c'est l'enfer", où là en effet, j'en ai quelques uns, eux sont passifs, ils n'ont pas nécessairement envie de prendre un traitement. Mais l'immense majorité est actrice. »

Quelle est leur capacité à identifier leur souffrance, leur problématique, par rapport à la population générale ?

« Elle est bonne voire supérieure. Pour ceux qui viennent ici ! Après j'ai un recrutement qui est très particulier puisque la consultation n'est pas affichée partout donc ce sont des

patients qui sont eux-même déjà en quête par rapport à leur fonctionnement, qui se sentent particuliers. Très souvent ils ont déjà un test de QI, on doit avoir un 20 à 30% de patients qui sont précoces, un QI à plus de 130, avec aussi beaucoup d'Asperger, on a aussi beaucoup de patients qui sont dans un parcours de trans-identité. On a un recrutement qui est très très très particulier. »

Donc non extrapolable à la population générale ?

« Aucunement. Par exemple, je travaille beaucoup avec la consultation des premiers épisodes de Fontan 1 qui reçoit plein de patients de 18 à 25 ans, puisque c'est vraiment le premier épisode, pour tenter de faire le point sur des éléments de très haut risque de psychose ou autre. Je travaille beaucoup avec eux parce que j'ai des sortes de profils un peu jumeaux qui viennent pour des plaintes attentionnelles mais du coup on sait pas vraiment ce qu'ils ont, on ne sait pas si ce n'est pas une entrée dans une pathologie autre. J'ai ça aussi, donc c'est extrêmement varié. »

Est-ce que vous avez identifié une importance des conduites à risque différente par rapport à la population générale, que ce soit dans la fréquence ou dans la gravité ?

« Addictive. »

Dans quel sens ?

« Alors tout dépend si on parle des patients qui sont déjà traités. Personnellement j'ai des patients qui viennent de facto parce qu'ils ont une plainte par rapport à leur fonctionnement, ils sont naïfs de tout traitement psychostimulant, il n'y a jamais eu de diagnostic posé dans l'enfance et puis j'ai des patients qui viennent qui sont suivis au long cours par des neuropédiatres et puis arrive 18 ans et il faut qu'on fasse le relai chez les

adultes. Typiquement ces patients là n'ont pas de problème particulier, si ce n'est parfois les problématiques anxieuses qu'il faut gérer mais c'est pas massif. Les patients par contre qui viennent qui n'ont pas de traitement, qui sont naïfs de tout traitement très souvent eux ont des conduites addictives ou des troubles anxieux massifs. »

Ils ont essayé de compenser à travers les toxiques ?

« Oui, alors pas forcément de la cocaïne, ça peut être des stimulants mais ça peut être du cannabis pour se détendre, ça peut être de l'alcool. Addictions comportementales, tout ce qui est alimentaire j'en ai aussi. Un peu de tout. »

Mises en danger ?

« Oui, il y en a mais... »

Par rapport à la population générale encore une fois.

« Ceux que je vois j'ai pas le sentiment que c'est majoré. »

Quels sont les difficultés et/ou spécificités de ces prises en charge chez les étudiants ?

« C'est la question de l'échec scolaire. Qui est souvent leur problème; ce sont souvent des gens brillants et qui sont très très en deçà de leurs capacités. C'est à dire qu'ils galèrent alors qu'ils ont tous des QI à 120 ou 130. Il y a une thématique qui est très propre aux hauts potentiels mais il y a aussi des gens qui sans parler de haut potentiel sont cortiqués et sont confrontés à des problématiques attentionnelles et du coup il y a une dimension d'urgence parce qu'ils sont en train de louper leurs études ou parce qu'ils ont vraiment l'impression d'être à côté avec une estime de soi qui du coup est très basse et du coup il

faut une articulation avec tout ce qui est tiers temps, tout ce qui est accompagnement qui est particulière. »

Quels sont les recours que vous proposez aux étudiants, d'un point de vue psychothérapie et pharmaco ?

« Pharmaco ce sont les psychostimulants, principalement. Psychothérapie malheureusement on ne peut pas en proposer dans le service, parce qu'on a pas le personnel pour, donc moi j'oriente beaucoup en TCC en libéral. Pour aider à l'estime de soi, par du renforcement. »

Autant dans la population générale que chez les étudiants ?

« Oui. Les deux. »

Et les modalités de prescription sont les mêmes chez les étudiants ?

« Oui, les mêmes. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures, d'autres intervenants ? Vous me disiez les libéraux pour les TCC.

« Oui, aussi avec la consultation premiers épisodes. Je travaille aussi avec la médecine du sommeil, moins en ce moment mais nous travaillions beaucoup ensemble au début. Et avec des psychiatres libéraux. »

Avez-vous une articulation avec l'université ?

« Non, jamais. Sauf lorsqu'ils m'envoient un patient avec un courrier mais je n'ai pas de contact avec eux, je ne les connais pas. »

Et dans tous les cas c'est unidirectionnel, ce n'est pas vous vers eux ?

« Non. »

Est-ce que vous pourriez évaluer l'évolution des prises en charge des étudiants ?

Est-ce plus rapide, meilleur, moins bon, plus lent ?

« Je pense que c'est moins bon. Le SUMPPS nous connaît maintenant, donc ils nous envoient plus de patients mais bien souvent les patients qu'ils nous envoient ce n'est pas tout le temps adapté. Beaucoup de patients étrangers, alors c'est très bizarre, ils m'ont envoyé plus de 50% de patients d'origine étrangère avec des profils qui sont très difficiles à évaluer. Il y a aussi un manque de connaissance, un gros retard je pense dans la culture française par rapport aux USA où il y a un gros bureau pour le TDAH. »

Et en quoi l'évolution est-elle plus négative ?

« Du coup ils sont dans le début du parcours du soin et c'est un peu comme un trouble bipolaire, il y a une latence diagnostique qui est importante et malheureusement ils ne connaissent pas la pathologie. Ils n'ont pas forcément le temps de rechercher sur Internet ou ils n'ont pas le réflexe de chercher comme lorsqu'ils sont plus âgés et si ils n'ont pas d'étayage familial au courant de la pathologie et qui va pouvoir les orienter vers la consultation ils n'ont pas le réflexe de venir ici. C'est dommage parce que c'est à cette période là qu'ils en auraient le plus besoin. Il y a une sorte de décalage. »

Il y a un déni ?

« Ils ne connaissent pas en fait. C'est compliqué de parler de déni, ce sont des personnes qui ont toujours été en difficulté au collège et au lycée ou qui ont été bons, en fait il y a

deux cas, soit des personnes intelligentes qui compensaient bien, jusqu'au lycée parce qu'elles avaient un étayage familial qui était présent et les capacités permettaient de compenser, et une fois arrivées à la fac elles n'ont plus l'étayage familial ou moins, le niveau augmente et du coup ils n'y parviennent plus. Ils ont les capacités pour mais au niveau focus ils n'y arrivent plus. Chez eux ça se démasque vraiment à la fac et dans les premières années et inversement il y a des patients qui eux ont des difficultés dès le début qui vont s'orienter vers des filières technologiques ou professionnelles et qui là sont dans un profil différent parce que tombent plus facilement dans la désinsertion professionnelle rapide. Ils ne sont pas forcément en contact avec les structures académiques, très rapidement ils vont être dans l'intérim et eux typiquement ils n'ont pas du tout le réflexe culturel de s'interroger sur le TDAH. Il y a un gros biais social. »

Avez-vous pu retrouver un frein à l'accès aux soins ? J'entends le manque de connaissance de la pathologie et les milieux socio-économiques qui peuvent entraver l'accès à la connaissance.

« Oui. »

Avez-vous retrouvé d'autres freins ?

« Encore une fois l'absence de connaissance du trouble. Et je pense qu'il y a réellement une dimension de classe sociale, il y a une sorte d'auto-inhibition, "je n'y arrive pas mais c'est normal", alors que lorsque l'on vient d'une bonne famille avec une fratrie qui a fait de hautes études, "c'est pas normal". Du coup ils vont vers le soin parce qu'ils se disent "mon fils n'y arrive pas", et cette même personne serait venue d'une famille entre guillemets plus modeste il n'y aurait pas eu ce réflexe de se demander pourquoi. »

Personne ne se serait posé la question ?

« Exactement. Donc je pense qu'il y a vraiment un phénomène d'auto-inhibition chez certains patients qui se disent "c'est normal, les études c'est pas pour toi".

Est-ce que la dimension économique peut jouer ? Oui, parce qu'encore une fois tout le monde n'a pas forcément les moyens d'aller voir un psychiatre. Et quand on est étudiant on a pas forcément le réflexe. Encore une fois les étudiants qui viennent me voir par les psychiatres libéraux ce sont très souvent des étudiants qui viennent d'un bon milieu donc ça joue forcément beaucoup.

Et ça revient à la connaissance du trouble mais très souvent les gens ne savent pas que ça peut percer à l'âge adulte ou ils pensent que ça s'arrête à 18 ans ou les médecins pensent que ça s'arrête, c'est aussi les médecins qui ne sont pas forcément au courant. »

Avez-vous retrouvé une stigmatisation de la santé mentale au cours de ces suivis ?

Et qui aurait pu freiner justement l'accès au soin psychiatrique ?

« Alors le TDAH c'est bizarre parce que ça ne renvoie pas forcément au spectre de la pathologie mentale, ça renvoie plus à un truc neurologique donc les gens étonnamment passent la barrière et en tout cas ne se voient pas comme étant... C'est un peu comme l'autisme Asperger. Une partie de la population... »

N'est pas autiste, ils sont Asperger ?

« Voilà. Ou ils disent "moi je pense vraiment que je suis autiste", "mes problèmes c'est vraiment ça", il y a une quête de fonctionnement particulier, ils ont un vécu de fonctionnement atypique et ils vont tenter de trouver sur Internet des réponses et typiquement ils vont s'orienter vers quelque chose comme "je suis haut potentiel", très classique, soit Asperger, soit TDAH. Et du coup il y a une sorte de spectre de patients qui

ont une impression d'avoir un fonctionnement, qui est sûrement vrai, mais différent mais pour eux c'est plutôt bien vu. Enfin ça les ennuie mais ce n'est pas vécu comme étant stigmatisant. Ils s'estiment différents, incompris. »

Il y aurait une plus-value ajoutée au diagnostic ?

« Pour eux oui, clairement, ils sont dans la demande de poser un diagnostic, "ça va expliquer mes troubles, ça va expliquer pourquoi ça ne marche pas". »

Entretien 7

Y a-t-il des étudiants dans votre patientèle ?

« Oui. »

Sauriez-vous quantifier le pourcentage d'étudiants dans cette patientèle ?

« Peut-être 5%. Là j'en ai facilement une quinzaine en tête, mais comme j'ai une grosse file active... »

Pour vous replacer vous-même dans le cadre de vos études, avez-vous le souvenir de structures qui avaient été identifiées pour l'aide à la santé mentale lorsque vous étiez étudiants ?

« Pas spécifiquement pour les étudiants en médecine mais oui il y avait la Fondation des Étudiants de France? »

Qui vous avait été indiqué de quelle manière, si vous vous en souvenez ?

« C'est quand j'ai commencé à être interne. Avant non. »

Donc c'était déjà tard dans le cursus ?

« Oui. »

Et potentiellement plus pour les patients que pour vous-même ?

« Oui, c'était plus pour les patients que pour moi-même. Pour moi-même, si, on avait le BAPU, mais ça j'ai eu l'info plutôt quand j'ai exercé et pour les patients que pour moi. »

Concernant vos propres suivis d'étudiants, qui est à l'origine de la demande ? Est-ce l'étudiant lui-même, la famille, les amis, l'université, les stages ?

« Souvent des confrères qui peuvent être des connaissances de la famille. »

Confrères psychiatres ou toutes spécialités confondues ?

« Confrères toutes spécialités confondues, beaucoup de psychiatres. Et Pierre Thomas est beaucoup sollicité parce qu'il est connu des étudiants étant donné qu'il leur a donné cours, il est souvent contacté et selon ce qu'il en juge il les envoie au cabinet. »

Quels sont les motifs de demande de suivi, globalement ?

« Ça peut aller de choses assez légères je dirais au niveau pathologie comme une difficulté à se mettre au travail, une difficulté à réviser, des angoisses par rapport aux examens ou beaucoup plus lourds sont les situations où il y a menace d'arrêt des études, absentéisme, dépression dans le cadre d'un état dépressif. J'ai quelques, mais c'est beaucoup plus anecdotique, quelques états psychotiques. Essentiellement c'est la rupture dans les études. »

Avec potentiellement des symptômes du cadre anxio-dépressif ?

« Oui. »

Quelle est la position de l'étudiant dans sa prise en charge ? Est-il acteur dans son soin, plutôt passif, dans le déni des troubles ?

« Les trois. Dans les situations de difficulté à se mettre au travail ou affronter les examens ils sont souvent assez acteurs et puis dans les états dépressifs là c'est souvent la famille

qui les pousse à consulter. Ça m'est déjà arrivé d'avoir des directeurs d'études, des gens des écoles qui m'appelaient. »

Puisque vous me dites que ce sont souvent des confrères qui vous réfèrent les patients, y a-t-il néanmoins des patients qui viennent par eux-même ou c'est vraiment beaucoup d'orientation ?

« Oui, oui, il y a des patients qui viennent par eux-même, dans quelle proportion, peut-être 20%. »

Chez ces étudiants quelle est la capacité à identifier la problématique, la souffrance, par rapport à la population générale ? Y a-t-il une différence notable ?

« Oui, généralement ce sont des gens qui ont un bon niveau, une bonne catégorie socio-culturelle, un bon niveau intellectuel donc des capacités d'introspection. J'ai un biais de recrutement, c'est que je suis en secteur 2, donc j'ai une catégorie spécifique. »

Pas nécessairement agglomérable à la population générale dans sa globalité ?

« Non. Et généralement un bon niveau, de plus en plus il y a ces questions de haut potentiel ou même d'hyperactivité de l'adulte qui a pu se poser pour un ou deux. »

Donc j'entends qu'il y a une bonne capacité cognitive, associée à une bonne reconnaissance des problématiques ?

« Oui, mise à part peut-être une banalisation plus fréquente de tout ce qui est comorbidités addictives. »

Justement j'allais y venir, quelle est l'importance des conduites, encore une fois par rapport à la population générale, avez-vous remarqué d'autres modalités ?

« Je suis embêté avec l'expression conduites à risque, il y a beaucoup d'alcoolisation festive mais bon, j'ai des enfants qui ont fait ça aussi ! Cannabis assez fréquent, la cocaïne plus souvent que la population en cabinet. J'ai rarement d'autres substances, même ecstasy, c'est passé de mode j'ai l'impression. »

Des passages à l'acte peut-être ?

« Suicides ? »

Potentiellement ou des gestes auto-agressifs.

« Oui, dans la frange de patientèle pas tant que ça. Si il y a des patients dépressifs avec un risque suicidaire plus élevé mais tout ce qui est mutilation je n'y suis pas confronté. »

Est-ce qu'il y a des difficultés et/ou des spécificités dans la prise en charge des étudiants ?

« Oui, le respect du cadre thérapeutique, l'assiduité aux rendez-vous. »

Parfois malmenée ?

« Oui. Souvent en lien avec une forme d'immaturité, un besoin d'immédiateté ce qui fait que quand c'est pas le moment pour eux de prendre un rendez-vous ils oublient et ils ne viennent pas et puis quand c'est le moment ils réclament. »

Quels sont les recours que vous proposez à ces étudiants ? En termes de pharmaco, de psychothérapie, quelles sont les choses qui ressortent plus particulièrement ?

« Alors j'ai une orientation systémique donc il m'arrive de les recevoir avec leur famille. Souvent, alors c'est la grille de lecture systémique, il y a de nombreux cas où il y a une problématique d'autonomisation qui souvent ce sont des étudiants qui sont sur Lille alors que leurs parents sont dans une autre ville ou une autre région ça c'est assez fréquent. La question liée à l'isolement, à la première expérience d'autonomie qui se passe pas bien. Donc je peux proposer de rencontrer les parents. Il m'est arrivé de contacter les écoles pour essayer d'aménager le cursus, d'autoriser un doublement éventuellement. »

Concernant les traitements avez-vous un mode de prescription différent par rapport à la population générale ?

« Non, pas du tout. Même pour la population générale, j'ai une population qui est plutôt active, je veille à éviter les effets sédatifs ou une baisse de vigilance. A fortiori pour les études on va éviter un peu plus les benzo. Donc oui la buspirone ça m'arrive, à une époque je prescrivais du Sérène, un complément alimentaire. Je prescris souvent plutôt des antidépresseurs pour éviter tous ces effets délétères sur le plan cognitif. »

Est-ce que vous avez une articulation avec d'autres structures ou intervenants, j'entendais l'école ?

« Il m'est arrivé mais à très très peu de reprises de contacter la clinique des 4 Cantons, en vue d'une hospitalisation de jour, c'était une pathologie spécifique de TOC avec phobie d'impulsion. Généralement les services sociaux je peux conseiller aux étudiants de se

rapprocher d'eux mais je n'interviens pas. Il y a la médecine préventive de la fac, je connais aussi parce que ma femme avant d'être à la Fédération travaillait là. »

Donc le SUMPPS ?

« Oui, le SUMPPS. »

Est-ce que vous pourriez évaluer de manière générale l'évolution de ces prises en charge par rapport à la population générale ? Avez-vous l'impression d'avancer plus vite, mieux, moins bien, plus lentement ?

« Disons que la prise en charge est souvent scandée par les échéances des examens et donc il y a des périodes d'accélération et d'intensification de la prise en charge mais aussi des périodes d'espacement et de relâchement, notamment les vacances. Donc c'est un rythme un peu différent, mise à part ça non je ne vois pas de spécificité particulière. »

Les étudiants parviennent à accéder aux soins et à aller mieux au travers de ce suivi ?

« Oui. Alors c'est sûr que c'est plus facile quand ce sont des pathologies inaugurales et pas trop graves comme des phobies, des phobies sociales, des TOC, c'est vrai que là c'est un peu du billard parce qu'ils sont jeunes et ils n'ont jamais eu de traitement ou de prise en charge avant donc oui généralement ceux-là répondent bien. Après ça toute cette problématique générale d'inscription, d'autonomisation, faire des choix, etc ça c'est très variable selon les individus. »

J'entends que dans ces suivis vous avez une adhésion des étudiants qui ont été orientés, mais avez-vous retrouvé des freins à l'accès au soin, notamment dans le discours de ce qu'ils ont pu vivre ou autre ?

« Toujours par rapport à la population générale ? Des freins spécifiques ? »

Des freins de manière générale et des freins spécifiques à l'étudiant.

« Frein général c'est que je suis en secteur 2 et donc on leur annonce des dépassements d'honoraire donc il y a des questions autour du financement sachant que j'essaie d'adapter mes honoraires avec tact et mesure comme le recommande l'Ordre et oui je fais ce que j'appelle un tarif étudiant où je rends le dépassement supportable. Ça c'est un frein important. Les horaires éventuellement mais ça c'est pas très spécifique. Je travaille le samedi matin donc il y a pas mal d'étudiants qui sont preneurs de ça. Notamment des gens que j'ai commencé à suivre et qui sont partis dans une autre ville faire leurs études, ils reviennent chez leurs parents le week-end et je peux continuer à les voir le samedi matin, avec une fréquence un peu espacée. Sinon les freins, non, je dirais de manière générale la population étudiante est plus ouverte au fait d'aller consulter en psy que leurs aïeux. »

Entretien 8

Concernant vos prises en charge, recevez-vous des étudiants en suivi ?

« Oui. »

Sauriez-vous donner une proportion de ces suivis par rapport...

« Étudiants, toutes études confondues ? Pas que santé ? »

Oui, les étudiants en études supérieures, pas uniquement santé.

« Une proportion... Je dirais 20 à 30%. Allez on va dire 20%. »

Donc 20% en minorant ?

« Oui. »

Pour vous replacer dans vos propres études, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles en cas de difficultés psychiques ?

« Pas du tout. Enfin ce n'est pas que je ne me souviens pas, c'est que ce n'était jamais abordé. On ne nous a jamais dit quoi que ce soit, même sur l'organisation de la santé à la fac, rien du tout. »

Il n'y a jamais eu de moment où des structures ont pu être référencées ?

« Non. »

Par rapport à vos suivis, quelle est l'origine de la demande ? Est-ce que ça vient du patient lui-même, sa famille, ses amis, la faculté, les stages ?

« Majoritairement le patient lui-même. »

Et sinon ?

« Sinon après certains cours. »

C'est à dire ?

« Sur le psychotrauma, quand on fait des interventions sur le psychotrauma on récupère des étudiants après, ça arrive régulièrement. »

Mais ça reste la démarche de l'étudiant ?

« Oui. »

Jamais de demande de la part de l'université ?

« Pas actuellement, c'est déjà arrivé mais vraiment de façon très très exceptionnelle et rarement sur des tableaux de psychotrauma. On a déjà été interpellé, mais de façon plus générale, plutôt sur des décompensations psychotiques, des choses comme ça mais de façon exceptionnelle. »

Vous vous occupez d'une consultation spécialisée, ce qui rend la question un peu superflue, mais quel est le motif de demande ?

« Psychotrauma. »

Y a-t-il des signes cliniques associés dans la demande ?

« Des ? »

Par exemple syndrome anxio-dépressif, difficultés d'attention, etc...

« Je ne comprends pas la question. »

Y a-t-il un motif principal et un motif secondaire ?

« Le motif principal c'est le psychotrauma. Et ah oui ! Une des demandes c'est en lien avec des difficultés de concentration et d'attention. Mais ça c'est vraiment secondaire. »

Et sont conséquentes au psychotrauma ?

« Oui. »

Quelle est la position du patient dans ces suivis, tout du moins à l'initiation ? Est-il acteur, dans le déni, passif ?

« Acteur. »

A 100% ?

« Ça dépend des patients mais globalement le patient est acteur de sa prise en charge. »

Quelles sont les capacités de ces étudiants à identifier leurs problématiques, leur souffrance, par rapport à la population générale ?

« C'est particulier, je pense que c'est biaisé parce que lorsqu'ils arrivent ici comme c'est une consultation spécialisée, c'est qu'ils ont identifié eux-même leur souffrance. La plupart des gens viennent ici, volontairement à chaque fois, mais c'est une de leur demande. »

Mais par rapport à la population générale que vous suivez dans votre consultation ?

« C'est pareil. J'ai pas de différences. Après j'ai des différences en fonction des traumatismes mais du coup pas en fonction de la population. »

Quelle est l'importance des conduites à risque dans cette population étudiante par rapport à la population générale ?

« Comme globalement dans le psychotrauma il y a de plus gros risques d'addiction notamment... C'est ça la question ? »

Toutes les conduites à risque, addictions, sexuelles, suicidaires...

« Addictions déjà bien évidemment c'est une comorbidité hyper fréquente associée avec le psychotrauma donc dans la population étudiante on a plus d'addiction au produit, notamment le cannabis. Ensuite conduites à risque sexuelles, c'est fréquent dans la population parce que je travaille beaucoup sur la question des violences faites aux femmes et donc sur la question des violences sexuelles. Quand c'est des traumatismes un peu plus complexes on a ce type de risque associé. Mais est-ce que c'est plus fréquent dans la population étudiante ? Je pense que c'est globalement fréquent dans tout type de population. »

Et il est difficile de faire un distinguo significatif ?

« Oui. »

Donc dans la fréquence pas nécessairement de différence, mais dans l'importance, la gravité de ces conduites ?

« Sur les conduites addictives probablement plus que dans la population générale, pour ce qui est des toxiques hors alcool. Et alcool on va avoir des conduites d'alcoolisation différentes, c'est à dire qu'on va plus avoir de binge chez les étudiants que dans les autres populations. Où j'aurais plus des consommations récurrentes, quotidiennes dans les autres populations. Les étudiants c'est plus des consommations massives et pas quotidiennes. Avec notamment des patients qui vont sortir beaucoup beaucoup et qui vont être dans un déni des consommations mais alors pas un déni complet des consommations mais un déni du risque lié aux consommations. Ça fait partie des conduites d'évitement. »

Donc plus fréquentes chez les patients étudiants ?

« Sur ce type de comportements on les a plus chez les étudiants. »

Qu'en est-il des conduites à risque suicidaire ? Ou geste auto-agressif ?

« Par rapport à la population générale ? Ou population du même âge ? »

Population générale toutes tranches d'âges confondues.

« Je n'arrive pas à dire si c'est plus. Je l'évalue à chaque fois, pas à chaque consultation mais avec chaque patient et après je le réévalue dans le cadre de la prise en charge en fonction de là où on en est. Je pense pas avoir un plus gros risque suicidaire chez la population étudiante dans le cadre du psychotrauma. Sauf quand on est dans du trauma

complexe où là je vais avoir des conduites à risque type scarifications, des choses comme ça mais pareil, pas forcément liées au fait que ce soient des étudiants. »

Quelles sont les difficultés et/ou spécificités de ces prises en charge par rapport à la population générale ?

« Il y a un truc qui est hyper compliqué mais c'est pareil c'est lié à la spécificité de nos prises en charge c'est qu'on est très tributaire de l'année universitaire. C'est à dire que quand on arrive dans des périodes d'examen c'est extrêmement compliqué notamment de faire le travail psychothérapeutique, notamment tout le travail d'exposition quand on arrive des périodes de révision proches des périodes d'examen comme c'est un début de travail émotionnellement très compliqué pour les patients moi il m'arrive régulièrement de m'adapter aux périodes universitaires. Ce qui est compliqué parce qu'en même temps comme ils ont des troubles de concentration et de l'attention ils ratent beaucoup leur année. Ça c'est vraiment une particularité du travail avec les étudiants parce qu'encore une fois c'est un travail dans lequel ils sont très actifs, comme c'est un travail très spécifique, c'est vraiment une psychothérapie très spécifique. Du coup il faut qu'on jongle entre l'intensité de la clinique et le fait de ne pas les planter au niveau de leur année universitaire mais en même temps de ne pas les laisser avec des symptômes trop envahissants. Et du coup en parallèle au niveau des choix de traitement qu'on va utiliser moi je m'adapte, notamment pour des patients qui vont passer des examens je vais utiliser beaucoup plus d'avlocardyl par exemple que dans la population générale parce que ce n'est pas sédatif. Et donc je vais éviter d'utiliser des molécules plus sédatives comme l'atarax. Et c'est très compliqué. Après je pense que ce sont des suivis qui sont plus hachés, il y a beaucoup de moments où ils ne viennent plus, pendant un certain temps. Mais par contre je ne les perds pas trop de vue. »

Donc une dynamique temporelle spécifique ?

« Différente. »

D'autres spécificités qui vous viennent ?

« On a plus tendance à travailler comme on travaille avec les ados, c'est à dire en lien avec la famille, la dynamique familial a une place importante dans la population étudiante parce qu'ils sont plus jeunes. Et donc c'est un travail qui est complètement intégré dans la prise en charge, même si on travaille systématiquement avec l'entourage. Mais avec les étudiants, qui sont jeunes, j'ai plus tendance à travailler comme avec les ados mineurs. »

Vous avez déjà en partie répondu à cette question mais quels sont les recours que vous proposez à ces patients, en termes de psychothérapie, en termes de pharmaco ?

« Si je les garde en suivi les recours habituels de prise en charge du psychotrauma avec les spécificités dont nous avons parlé. Si je ne les garde pas en suivi soit le secteur soit certains libéraux qui prennent en charge plus spécifiquement les étudiants. »

Justement, quelle est votre articulation avec d'autres structures, d'autres intervenants ?

« C'est à dire ? »

Vous mettez vous en lien avec d'autres structures, vous me parlez du secteur ?

« La MDA, mais la MDA aussi nous envoie beaucoup de gens. Je n'y avais pas pensé mais la MDA nous envoie beaucoup de patients.

Les liens, c'est à dire est-ce que je les contacte directement ? Est-ce que je contacte des gens particulièrement ? »

Oui.

« Oui, je contacte certains de mes collègues en libéral. »

Des cliniques ?

« Oui, Lautréamont. »

L'université ?

« Jamais. »

Les stages ?

« Jamais. Mais Lautréamont effectivement c'est un des recours que j'utilise beaucoup. Je sais qu'il n'y a pas qu'eux mais c'est avec eux que je travaille beaucoup. »

Sauriez-vous évaluer de manière globale l'évolution de ces prises en charge par rapport au reste de vos suivis ?

« En termes de résultats ? »

Oui, que ce soit en durée, en effets positifs ou négatifs.

« Globalement ça dépend des traumas mais globalement c'est compliqué. Parce que quand on parle des étudiants, on a plein d'étudiants différents.

Donc la question c'est "est-ce que j'ai une évolution différente sur la population étudiante que sur la population générale ?" »

Oui.

« Je pense pas. »

C'est similaire ?

« Oui. J'ai peut-être de meilleurs résultats quand même avec les étudiants. Mais ça dépend vraiment des traumas, ça dépend de plein de trucs donc c'est hyper compliqué de répondre. »

Je sais que ce sont des patients assez acteurs et qui ont déjà fait la démarche de demander le soin, mais est-ce qu'au cours de vos suivis, ne serait-ce que dans le discours de ce qu'ils ont vécu, vous avez pu noter un frein à la demande de suivi ? Est-ce qu'il y a des choses qui ont fait barrage à cet accès au soin ?

« De la part des patients ou d'autres trucs ? »

C'est à dire ?

« Est-ce que ce sont des freins de la part des patients ou de la part de certaines institutions ? »

Tout.

« Tout. Je ne sais pas. Non, les freins classiques que nous avons dans le trauma c'est à dire les difficultés d'aborder l'évènement traumatique. Mais ça on est habitué à travailler avec ça. »

Et ce n'est pas spécifique de la population étudiante ?

« Non pas du tout. Les freins encore une fois ça va être les freins liés aux impératifs des études. Quand j'ai des étudiants de médecine j'ai des freins liés à la peur d'être vus dans le logiciel informatique, donc ce que je fais c'est que je ne les inscris pas dans le logiciel. Du coup ça veut dire qu'il n'y a pas de trace du suivi. Donc c'est un frein. »

Donc une peur d'un manque d'anonymat ?

« Oui. Ça c'est très marqué pour les étudiants en médecine, internes, après c'est vrai pour les médecins aussi. Quand ce sont des personnes qui travaillent ici. Après des freins liés à la peur de ne pas valider leur année et donc des difficultés à se rendre disponible. Donc nous on donne toujours des certificats de présence qu'on essaie d'anonymiser le plus possible. Que ce ne soit pas indiqué que c'est de la psychiatrie, des choses comme ça. »

Justement, est-ce que la stigmatisation potentielle des soins psychiatriques a pu avoir un impact dans cette démarche ?

« Pas pour les patients qu'on suit ici puisqu'en l'occurrence ils viennent ici mais je pense qu'il y a beaucoup de gens qui n'osent pas venir. Il est déjà arrivé qu'on fasse des cours, qu'on ait discuté avec un étudiant qu'on voit qui ne va pas bien en cours, et qu'on essaie de l'orienter ici et c'est très rare qu'ils appellent. »

Je remarque que vous n'avez pas abordé la question des étudiants étrangers, je ne sais pas si...

« Oui j'en ai. »

Et est-ce que là...

« Là il y a des particularités qui ne sont pas liées au fait d'être étudiant mais qui sont liées au fait d'être étranger et des différentes démarches pour les papiers. Les prises en charge sont assez parasitées par ça mais globalement pas de façon spécifique pour les étudiants, ils ont des impératifs supplémentaires par rapport aux étudiants qui n'ont pas de démarches à faire. Tous les ans ils doivent renouveler leurs papiers, et donc nous on fait des certificats médicaux dans lesquels on indique que la prise en charge spécifique doit être faite ici. »

Entretien 9

Dans votre patientèle, recevez-vous des étudiants, quel que soit le type d'étude ?

« Oui. »

Est-ce que vous connaissez le ratio d'étudiants par rapport à votre patientèle totale ?

« Comme ça, à vue de nez 10%. »

Pour vous replacer vous-même dans le contexte de vos études, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles à l'époque en cas de difficulté psychique ?

« Alors comme proposition en cas de difficulté psychique dans mes études, j'avoue ne pas m'y être penché, je pense qu'il y avait des propositions à la faculté, je n'étais pas dans le Nord mais à la fac où j'ai fait mes études il devait y avoir des propositions de service ou d'entretiens avec des infirmières. De mémoire ça devait exister mais je n'y ai pas eu

recours, je ne m'y suis pas intéressé. En tant qu'interne à Lille on avait la possibilité d'avoir, en tant qu'interne de psy forcément on avait recours aux profs. Nos patrons nous proposait des soutiens pour les situations difficiles mais c'était vraiment plus professionnel. »

C'était plus de l'ordre de la supervision ?

« Oui, tout à fait. »

Donc j'entends que lors de vos études de médecine, que ce soit à la faculté ou pendant l'internat, il n'y a pas nécessairement eu d'information ?

« En tout cas je ne les ai pas entendu, peut-être qu'il y en avait. »

Mais vous n'en avez pas le souvenir ?

« Non. »

Par rapport à vos propres suivis quelles sont les origines des demandes de suivi ?

Est-ce le patient lui-même, la famille, les amis, l'université, les stages ?

« Chez les étudiants dans ma patientèle c'est plus souvent les patients eux-même. »

Et quand ce n'est pas le cas ?

« De tête je ne vois pas d'autre situation. Étudiants, on parle post-bac ? »

Tout à fait, études supérieures.

« Après le bac, je pense que tous les patients qui viennent me voir, en tout cas peut-être que les parents leur conseillent de venir mais c'est eux qui viennent de leur plein gré, ils

sont rarement accompagnés de leurs parents à la première consultation. Ça arrive seulement pour les lycéens, je reçois à partir de 16 ans. »

Des orientations de médecins généralistes, confrères ?

« Oui oui, médecins généralistes. »

Pas de lien avec le BAPU, le SUMPPS ?

« Non. Je suis en secteur 2, les consultations ont des honoraires relativement élevés donc je ne pense pas que je sois dans les circuits d'adressage fréquent chez les étudiants. »

Quels sont les motifs de demande de manière générale ?

« Troubles anxieux, troubles de l'humeur. Très majoritairement. »

Vous mes dites que les patients viennent d'eux-même mais quelle est la position des patients ? Sont-ils acteurs, passifs, dans le déni ?

« En l'occurrence au cabinet acteurs et demandeurs. Ils viennent ici ils sont pratiquement déjà en réflexion et au travail sur leur situation. »

Plus que la population générale ou dans les mêmes proportions ?

« Alors toujours pareil, dans le cas du cabinet peut-être un petit peu plus que dans la population générale puisque dans la population générale j'ai des patients qui viennent sur conseil de leur conjoint, pour faire plaisir à leur entourage et du coup il y a tout un travail supplémentaire de remise au travail individuel. »

La motivation est plutôt externe ?

« Voila, c'est ça. Chez certains patients alors que chez les étudiants qui viennent ici souvent c'est une vraie décision personnelle avec une position qui a mûri, en plus il y a un petit peu de délai d'attente avant le premier rendez-vous. Par rapport à la population étudiante, là où je peux avoir peut-être un recul et une évaluation de situation différente c'est par rapport à l'époque où je travaillais à l'hôpital à Valenciennes où là effectivement bien sûr dans les troubles psychotiques il y avait énormément de jeunes, y compris étudiants, qui n'étaient pas là de leur propre volonté. Avec des prises en charge sous contrainte, bien sûr pour le coup on pouvait même considérer qu'il y en avait plus que dans la population générale. Mais dans le cadre de l'hôpital. »

Et d'une pathologie naissante ?

« Voila, c'est ça. Et très différente d'ici. »

Quels sont les capacités de ces étudiants à identifier leur problématique, leur souffrance, par rapport à la population générale ?

« Plutôt bonne, je dirais peut-être similaire à la population générale. Oui, similaire. Je réfléchissais à la question d'une certaine maturité qui peut arriver avec le temps mais en pratique non, les jeunes qui arrivent là, étudiants, ils ont parfois une maturité et un regard sur leur trouble qui sont aussi pertinents qu'en population générale. »

Est-ce que vous avez pu remarqué des différences dans les conduites à risque, que ce soit dans la fréquence ou la gravité ?

« Oui, pour le coup oui. »

De quel type ?

« Addictions. »

Substance, comportement ?

« Substances, je pensais cannabis, alcool. On a l'impression qu'il y a une plus grande facilité à aller chercher des solutions dans les toxiques qu'en population générale. »

A visée auto-thérapeutique ?

« Oui tout à fait. A visée auto-thérapeutique ou visée de pouvoir se sortir les préoccupations de la tête, pendant un temps. »

Jusqu'à ce que ?

« Jusqu'à ce que ça ne marche plus. Les conséquences de la comorbidité addictive. »

Donc plus fréquemment des comorbidités addictives. Dans leur intensité y a-t-il des différences ? Des alcoolisations plus massives par exemple ?

« Plus aiguës, plus massives autant sur le cannabis que sur l'alcool. Oui clairement, des attitudes un petit peu de défonce ou qui sont plus marquées qu'en population générale. Peut-être que l'habitude et le temps font qu'on se régule un petit peu plus et on arrive peut-être à être plus auto-thérapeutique et moins destructeur. »

Des conduites à risque suicidaires, sexuelles ?

« Suicidaires pas dans ma pratique actuelle. Oui à l'hôpital il y a quelques années. Sexuelles... »

Encore une fois par rapport à la population générale.

« Non, peut-être une sexualité plus débridée mais est-ce qu'il y a besoin d'avoir un trouble mental pour avoir une sexualité un peu plus active étant plus jeune je ne sais pas. »

Est-ce que vous avez remarqué des difficultés et/ou des spécificités par rapport à ces prises en charge ? Des choses qui vous semblent plus présentes avec les étudiants que dans la population générale ?

« Une spécificité liée à l'âge qui est que à partir du moment où ces patients là sont dans une démarche active d'évolution du travail, ils sont plus jeunes, les troubles sont moins fixés, les défenses sont moins rigidifiées et on a peut-être plus facilement la possibilité de faire évoluer la situation. C'est l'impression que j'en ai. »

J'ai l'impression que c'est plutôt quelque chose qui facilite une évolution positive ?

« Bien sûr. »

Est-ce qu'il y a des choses qui au contraire viennent faire barrière au soin ?

« Pas forcément dans ma pratique ici. »

Quels sont les recours que vous proposez à vos patients, que ce soit psychothérapie, traitement ?

« Avec les deux casquettes que je mets en avant, la question pharmacologique avec des traitements, j'hésite pas à prescrire des traitements quand je les estime nécessaires. Et puis bien sûr l'abord psychothérapique qui est quand même la priorité de mes prises en charge. »

Est-ce que votre façon de prescrire est différente pour les étudiants que dans la population générale ?

« Non. Vous m'auriez demandé pour les sujets jeunes oui, mais pour les étudiants non. Pas particulièrement, après 18 ans non, je ne crois pas que je varie beaucoup ma pratique. Si peut-être, ce n'est pas lié à l'âge mais c'est lié aux antécédents de traitements déjà prescrits, je vais y aller plus doucement quand même, sur des patients naïfs de traitement je commence à des doses inférieures à quelqu'un qui aurait déjà pris des traitements pendant longtemps. »

Et concernant la psychothérapie, avez-vous plutôt tendance à pratiquer un certain type de psychothérapie avec eux, les recours sont-ils plus longs, plus courts ?

« Pas plus qu'avec les patients de population générale. Je suis assez intégratif donc je m'adapte. »

Vous vous adaptez à l'individu en face de vous ?

« Oui c'est cela. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures, d'autres intervenants ?

« Concernant les... »

Concernant les étudiants.

« Je peux adresser à Lautréamont. Quand vraiment j'ai besoin il y a l'hospitalisation avec des relais de connaissances bien sûr. Non c'est tout. »

Pas d'interaction avec les écoles, les universités ?

« Pas directement, je pense que Pierre Thomas m'a appelé une fois pour me proposer de prendre quelqu'un. Après il doit y avoir des interactions sans que je sois trop acteur du système par ce que j'ai pas mal d'internes et d'étudiants qui viennent me voir, alors en médecine et en psychiatrie ou en médecine générale mais à la base moi je ne suis pas actif dans le développement du réseau. »

Des retours avec les médecins traitants j'imagine ? De manière standard ?

« Bien sûr, de manière avec l'accord du patient parce que certains patients viennent sans en parler à leur médecin traitant et dans ces cas-là je respecte. »

Comme dans la population générale ?

« Voila c'est ça. »

Vous me disiez qu'il y avait peut-être une motilité psychique qui permettait une évolution plus favorable plus rapidement. J'allais vous demander d'évaluer l'évolution de ces prises en charge encore une fois par rapport à la population générale. Avez-vous l'impression que les suivis sont peut-être plus courts, plus longs ?

« Plus courts, parce que il faut que ça avance, il faut que ça bouge. Autant les patients arrivent ici prêts au travail et avec une volonté d'avancer autant après il faut que ça puisse cheminer et comme il y a des défenses un peu moins rigidifiée, un peu moins difficiles à lever ça fonctionne. Donc oui, l'impression que... En tout cas, je ne sais pas si je dois le dire là mais c'est pas tellement que c'est plus court mais c'est que ça évolue plus vite parce qu'après il y a des patients qui souhaitent continuer. »

Pour consolider ?

« Voila, ou parce que ça les rassure. Donc j'ai des patients étudiants, enfin que j'ai connu étudiants qui ne le sont plus mais qui continuent le suivi mais qui sont allés assez rapidement mieux. »

Une évolution plus favorable plus rapidement ?

« Oui. »

Et en termes de récupération j'imagine que c'est similaire ?

« C'est similaire. On est souvent dans les premiers épisodes donc avec une récupération peut-être un peu plus importante sur les premiers épisodes dépressifs ou les troubles anxieux caractérisés. On a une restitution peut-être plus importante que quelqu'un qui aurait déjà fait plusieurs épisodes. Il y a aussi la maladie elle-même. »

Dans votre patientèle si ce sont les étudiants qui font la demande j'imagine que la démarche d'accès au soin à déjà été réalisée en amont de votre rencontre ?

« Oui. »

Mais néanmoins est-ce que dans le discours de ces étudiants vous avez pu remarqué des freins à cette demande de suivi, à cet accès aux soins ?

« Pas dans ma patientèle ici. »

Ce sont des patients qui ont pu accéder aisément au suivi ?

« Aisément, il faut... Alors on s'adapte mais à la base l'intitulé c'est médecin secteur 2, 85 Euros la consultation. Après les étudiants on s'arrange, ce sont des honoraires libres mais

à la base il faut quand même qu'il y ait cette idée là et puis il y a 3 mois d'attente pour avoir un premier rendez-vous donc ce sont des freins quand même et des choses qui peuvent questionner les patients qui ont besoin de venir en consultation, souvent quand même le besoin est assez imminent. Si les gens font la démarche et font l'effort de venir prendre un rendez-vous psychiatrique en ayant bien réfléchi à ce que ça veut dire, je pense que un des freins c'est le délai d'attente. »

Un frein dans le fonctionnement du soin en lui-même...

« Oui, c'est cela. »

Mais pas nécessairement un frein dans la représentation de ces soins ?

« Non, pour le coup non, pas du tout. »

Est-ce qu'il y a des choses dont nous n'avons pas discuté jusqu'à présent qui vous viennent à l'esprit concernant ces suivis ? Des choses qui ressortent par rapport à vos autres suivis ?

« Non, comme ça pas vraiment. »

Entretien 10

Avez-vous dans votre patientèle des étudiants ?

« Oui. »

Sauriez-vous donner une proportion d'étudiants par rapport à toute votre patientèle ?

« En pourcentage je ne sais pas. Sur une dizaine de patients je dois en avoir deux ou trois. »

Donc un tiers ?

« Je pense, après je n'ai pas regardé par avance. »

Pour vous replacer dans vos études, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles lorsque vous étiez étudiante ? En cas de difficulté psychique de tout ordre.

« Je n'ai jamais été confronté à ce problème. »

Mais vous souvenez-vous de structures qui avaient pu être identifiées ?

« Non, hormis lors de mes stages, les praticiens avec qui je travaillais qui pouvaient me poser des questions, surtout en psychiatrie. »

Mais vous étiez déjà dans le soin en santé mentale ?

« Voila, c'est cela. Mais sinon non. »

Donc au cours de vos études plus universitaires il n'y avait pas forcément d'informations qui avait été diffusée ?

« Rien qui m'ait marquée à ce moment là. »

Par rapport à vos suivis, quelles sont les origines des demandes ? Est-ce le patient lui-même, la famille, les amis, la faculté, l'école, les stages ?

« C'est souvent les patients qui viennent. Il y en a une c'était la justice, l'autre plutôt la famille ou alors d'eux-même. »

C'est donc plutôt mixte ?

« Oui, c'est mixte. »

Quel est le motif de demande ?

« C'est les diminutions et le contrôle des consommations. »

Avez-vous d'autres comorbidités associées ?

« Oui, les troubles anxieux, essentiellement les troubles anxieux. »

Pas de retentissement thymique ?

« Si forcément, il y a des dépressions du coup après associées à ça. »

Quel est la position du patient ? Est-il acteur, plutôt passif, dans le déni ? Vous me dites que le patient peut être orienté par la justice...

« Du coup quand c'est orienté par la justice forcément ils sont beaucoup moins acteurs et ils sont plus présents pour pouvoir répondre à la demande légale. Quand c'est la famille c'est du coup un petit peu plus compliqué aussi et quand ça vient d'eux-même c'est forcément plus aisé. »

Et c'est quelque chose de similaire dans la population générale ? Non spécifique à la population étudiante ?

« Non. C'est semblable. »

Chez ces étudiants avez-vous remarqué une capacité à identifier leur problématique ou leur souffrance différente de votre patientèle globale ?

« J'essaie de me remémorer... Ça dépend, quand la demande vient du patient en règle générale il y a déjà un travail d'élaboration en amont qui a été fait donc ils arrivent bien à identifier "je consomme par que ça ça ça". Il y en a un ça fait sept ans qu'il réfléchit sur ses consommations de cannabis et donc du coup il peut me ressortir tout, le pourquoi du comment il réfléchit, alors que la petite jeune qui a été adressée par la justice "je fume parce que j'aime bien" donc c'est aussi en fonction de la demande initiale. »

Et donc encore une fois même disposition dans la population générale que dans la population étudiante ?

« Oui. »

Avez-vous remarqué des différences dans les conduites à risque chez ces populations étudiantes ? Que ce soit dans la fréquence ou la gravité ?

« Je dirais que chez les plus jeunes oui. Quand ce sont des ados, quand je dis ado c'est entre 16 et 22-23 ans, par contre chez les plus âgés non, un peu moins. Au-dessus de 25 ans il y a moins de prise de risque. »

Donc chez la population étudiante la plus jeune les prises de risques sont plus importantes ?

« Oui. »

De quelle manière ?

« Dans la recherche de nouvelles expériences surtout. Il y a plus de risques, ils vont essayer d'aller un peu plus au-delà des limites. »

Donc par exemple dans le cadre des conduites à risque sur substances ça pourrait être des prises plus massives ?

« Oui, des consommations de binge. »

Et concernant la fréquence ?

« Par rapport à la population générale ? »

Oui.

« Pas forcément plus fréquent. »

Et dans les conduites à risques sexuelles ou suicidaires ? Y a-t-il des différences ?

« La sexualité ce n'est pas forcément abordé, moi je l'aborde quand même mais... Pas assez probablement puisque je ne sais pas vous répondre. Et au niveau suicidaire non, pas plus. »

Avez-vous retrouvé des difficultés et/ou spécificités dans ces prises en charge ?

« Oui, forcément il y a des difficultés. »

Spécifiques à la population étudiante ?

« Au niveau du respect... Mais au niveau professionnel c'est pareil. Oui, c'est assez compliqué par exemple quand on veut mettre en place un sevrage cannabis en ambulatoire, il y a un protocole de prise en charge et du coup c'est compliqué pour eux de venir tous les matins à huit heures pour avoir leur séance de luminothérapie parce qu'ils ont cours donc il faut jongler avec ça alors que quand ils sont professionnels on peut les mettre en arrêt de travail. »

Donc la gestion de l'emploi du temps ?

« Oui. »

D'autres choses qui vous viennent en tête ?

« Non, pas forcément. »

Quels sont les recours que vous proposez à vos patients ? Tant en termes de psychothérapie qu'en termes de pharmaco ?

« Un peu de tout. Moi les recours c'est la psychothérapie individuelle, il y a des groupes également, psycho et au CSAPA j'orienterai vers art-thérapie, groupes de relaxation, il y a la Gazette, alors la Gazette pour les étudiants je ne le fais pas trop mais c'est surtout relaxation. Psycho individuelle et je fais un peu de TCC moi aussi personnellement et traitements si acceptation du patient. »

Et dans ces recours à la psychothérapie la façon de procéder est-elle différente par rapport à la population générale ?

« Moi je m'adapte à l'intérêt du patient donc je vais plus miser TCC si je vois que c'est quelqu'un qui est assez obsessionnel ou si c'est quelqu'un qui a un trouble anxieux je vais être plus dans la relaxation, la méditation. Les obsessionnels aussi la relaxation. »

C'est donc plus individu-centré que par rapport à la population ?

« Voila. »

Et avez-vous l'impression d'avoir un mode de prescription différent avec les étudiants par rapport à la population générale ?

« Non. »

Quelle est votre articulation avec d'autres structures, d'autres intervenants ?

« Je me mets très souvent en lien avec les médecins généralistes, toujours avec l'accord du patient mais j'essaie toujours de faire du lien dès que j'instaure un traitement. Avec les CMP si besoin. Avec la famille quand je peux et quand le patient est d'accord. »

Faites-vous parfois du lien avec les universités, les écoles ?

« Jamais. Parce que pour l'instant aucune université ne m'a adressée directement. »

Il n'y a pas eu de demande de patient non plus ?

« Il n'y a pas eu de demande de patient non plus. »

Les stages dans lesquels les étudiants peuvent passer ?

« Les stages non plus pour l'instant. Je n'en ai jamais eu besoin, je n'ai jamais trouvé l'intérêt de prendre un lien avec eux. »

Sauriez-vous évaluer de manière globale l'évolution de ces suivis par rapport à la population générale ? Avez-vous l'impression que c'est plus efficace, plus rapidement, ou au contraire l'inverse ?

« C'est encore une fois individu spécifique, en fonction de qui les a adressés, en fonction des comorbidités associées. »

C'est donc difficile de donner des généralités sur la population ?

« Oui. »

Mais par contre ça fonctionne, comme dans la population générale ?

« Oui ! »

Avez-vous au cours de vos suivis remarqué des freins à l'accès au soin ? A la demande ?

« Oui, surtout pour les étudiants en médecine, c'est compliqué pour eux de venir en consultation. »

Pourquoi ?

« Parce que c'est compliqué pour un étudiant de médecine de venir en consultation médicale, la peur d'être reconnu, je pense aussi au fait que nous sommes dans des études médicales où il faut être efficace et donc du coup venir en consultation c'est compliqué pour eux de dire qu'il y a un problème. Quelle était la question ? »

Avez-vous remarqué des freins à l'accès au soin ?

« Après ils ne sont pas beaucoup au courant parce qu'il y a un certain nombre de psychiatres, au niveau des délais de consultation, donc les étudiants auront, je pense, plus tendance à s'orienter vers des psychiatres libéraux. Et finalement il y a des délais extrêmement longs donc ils ne vont pas y aller. Le frein financier aussi, parce qu'un psychologue libéral finalement ça coûte cher donc ils ne vont pas y aller. Et le manque d'information. »

Je remarque que vous n'avez pas abordé la question des étudiants qui viennent d'autres régions ou des étudiants étrangers, je ne sais pas si ce sont des situations que vous avez pu rencontrer ?

« Non, je n'en ai pas rencontré. »

La stigmatisation de la psychiatrie, de la santé mentale, est-ce quelque chose que vous avez pu retrouvé dans le discours des patients ?

« Oui, le "je suis pas fou" on l'entend ! Alors beaucoup moins en addicto. Mais oui on l'entend quand même. Quand je me présente je dis toujours que je suis psychiatre et du

coup on... Donc on explique ce que c'est la folie, entre guillemets, c'est la souffrance finalement. »

Et cette stigmatisation est similaire dans la population générale ? Ce n'est pas spécifique aux étudiants ?

« Non. »

Y a-t-il une question qui vous vient sur laquelle je ne vous ai pas questionnée ?

« Par rapport aux étudiants ? »

Oui.

« Je pense que ça manque de prévention au niveau étudiant, même très tôt. Quand on parle des étudiants c'est même au collège, notamment la question de la sexualité et on manque énormément d'information et d'éducation, notamment au niveau sexuel. Je me rappelle d'un cours seulement d'une heure et demie sur la sexualité quand j'étais en quatrième et sinon on ne l'aborde pas du tout. Et du coup la souffrance psychique c'est pareil, ce n'est pas assez abordé en tant qu'éducation. »

C'est à l'étudiant lui-même de faire ses recherches ?

« C'est cela. »

Entretien 11

Avez-vous des patients étudiants ?

« Oui. »

Sauriez-vous donner une proportion de cette population par rapport à votre patientèle totale ?

« Si c'est l'ensemble des étudiants... Vous considérez les étudiants à partir de ? »

A partir des études supérieures.

« Je dirais entre 2 et 5%, je ne pourrais pas donner de chiffre plus précis mais moins de 5% sûr. Je n'en vois pas toutes les semaines mais c'est récurrent. »

Par rapport à vos propres études, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles en cas de trouble psychique ? Quels étaient les structures qui vous étaient disponibles ?

« Alors il me semble qu'il devait y avoir éventuellement le service des étudiants mais ça n'a jamais été une option même lorsque moi je n'ai pas été bien, comme beaucoup d'étudiants. »

Par le service des étudiants vous voulez dire ?

« Je ne sais pas, il doit y avoir un service à la faculté, j'imagine service d'accompagnement, de soin je crois. Mais ce n'est pas précis ce que j'ai en tête. Il me semble que c'est le service d'orientation qui fait ces choses là, parce que des fois j'ai déjà eu des patients qui m'ont été envoyés par eux. »

Le SUMPPS ?

« Oui c'est peut-être celui là, ça doit être celui là. Il y a des moments où j'ai voulu arrêter, j'étais au bout et c'était marche ou crève quoi ! »

A aucun moment vous vous souvenez d'une information décrivant ce qui était disponible ?

« Non ça ne me dit rien, ou alors s'ils en parlaient c'était tellement noyé au milieu d'un truc où on nous dit "l'internat ça va être ça", on a pas le temps d'y faire attention. »

Donc plutôt une culture de compétition que d'accompagnement ?

« C'est ça, moi j'ai plutôt ce souvenir là qu'autre chose. »

Maintenant par rapport à vos suivis, concernant ces étudiants, quelle est l'origine de la demande ? Est-ce le patient lui-même, la famille, les amis, la faculté, l'école, les stages ?

« Alors en général comme je suis en libéral il y a quand même une patientèle qui est beaucoup beaucoup plus en demande qu'au CMP où il y a une contrainte un peu molle où les gens ne sont pas trop contraints mais ils n'ont pas envie de venir, ils sont beaucoup plus "touristes" comme on pourrait dire en thérapie brève. Là j'ai quand même beaucoup plus fréquemment des gens qui sont dans des positions de clients et un peu plaignants, mais le touriste c'est vraiment rare. Donc... C'était quoi la question initiale ? »

D'où viennent les demandes ?

« En général c'est eux qui viennent, il y a quand même souvent la notion que souvent les parents ont pris rendez-vous mais c'est l'enfant qui vient, enfin l'enfant, ils sont majeurs mais c'est souvent un des parents, souvent la mère qui a fait la démarche mais après ils viennent par eux-même. Des fois il y a un parent qui les accompagne une première fois et une fois que c'est fait, le contact, j'en entends plus trop parler. Parfois je les prends en thérapie familiale quand il y a la notion de famille mais chez les étudiants c'est pas le cas, c'est plus pour les TCA que je vais faire des trucs comme ça. »

Quels sont les motifs de demande globalement ?

« Alors c'est vrai que je viens de parler de TCA, il y a aussi ceux que je vois qui sont TCA et étudiants en même temps donc la problématique des études n'est pas du tout au premier plan dans ce que je fais. Mais ça fait partie de cette population donc là ça pourrait grossir plus proche du 5% quand j'y repense. Mais sinon ceux qui viennent avec la notion, alors les TCA je vais les mettre à part, dans les étudiants si j'en rajoute d'autres... Mais en fait c'est ça maintenant que j'y pense je dois avoir plus d'étudiants mais c'est parce que c'est pas un problème pour beaucoup, ils ne viennent pas pour ça. Parce que dans la même catégorie où il y a des jeunes de cet âge là j'ai majoritairement des choses de la

lignée anxieuse, donc des TOC tout beaux tout propres, j'en ai quelques-un qui sont des débuts de troubles de l'humeur et sinon en général le gros paquet c'est de l'anxiété plutôt en lien avec les études, soit performance, soit trouble anxieux difficile à étiqueter mais ils n'arrivent pas à gérer, il y a quelques crises d'angoisse et où ça devient paralysant à force. »

Avec plus ou moins de retentissement thymique ?

« Oui. Mais généralement on sent que l'anxiété est à la base quand même, quand il n'y a pas forcément une personnalité anxieuse mais à minima des éléments de trouble anxieux si on prend la nouvelle version du DSM-V. Il y a quand même des choses de la lignée anxieuse qui sont là depuis bien longtemps sans avoir un diagnostic d'un trouble qui est là. Et quand tu les mets dans un milieu hyper concurrentiel pour certains, comme en médecine, là tu fais tout péter. »

Quelle est la position de ces patients ? Vont-ils avoir tendance à être acteurs, plutôt passif ?

« Ceux que j'ai en général, si je prends tous ceux qui sont dans la lignée anxieuse en général ils sont plutôt assez acteurs, assez volontaires et même assez partants pour un traitement, type les IRS auquel j'ai recours assez facilement dans ces situations, notamment quand ils sont étudiants et dans un contexte de stress parce que la psychothérapie il y a quand même une limite dans un contexte de stress comme celui-là où on a besoin de ça pour s'en sortir. Pour tous ceux qui sont TCA en général ils sont moteurs les miens, je vois vraiment une différence avec ceux que je voyais à l'hôpital, j'en ai modèle cluster B où là c'est un peu une autre question et c'est plus trop ça, ils ne sont

pas trop acteurs. Et pour les troubles de l'humeur ils sont plutôt partants. Ils sont plutôt je trouve des patients assez faciles au final dans cette tranche d'âge là. »

Quelle est leur capacité à identifier leur problématique, leur souffrance, par rapport à la population générale ?

« Déjà leur histoire de vie étant plus courte que les patients de 50 ans, le couple qui ne va pas... C'est plus facile à démêler. Généralement ils identifient assez bien les choses, ce qui les stress, ce qui ne va pas, par contre leurs stratégies de résolution des problèmes est dépassée à ce moment là. Mais en général je trouve qu'ils sont assez au clair là-dessus. Et par exemple, les quelques jeunes qui présentent des troubles bipolaires qui sont passé à l'as et qui sont vraiment débutants, ils acceptent même ce truc là et quand on refait un peu l'historique de l'humeur oui ils se rangent à cet avis là, "ça ressemble vraiment à ça" et c'est ok. »

Donc même capacité d'identification que la population générale voire meilleure ?

« Je dirais peut-être même meilleure que certains quand même, parce qu'il y en a quelques uns c'est plus complexe de faire les choses, là on arrive à bien identifier des épisodes bien dépressifs, bien hypomanes par exemple. Et les angoisses on arrive à en avoir une description à peu près correcte alors que des personnes on suspecte que ce sont des crises d'angoisse mais les descriptions sont tellement floues qu'on a toujours un doute. »

Quelle est l'importance des conduites à risque dans cette population par rapport à la population générale ? En termes de gravité, en termes de fréquence ?

« Addicto, ordalique et tentative de suicide ? »

Oui.

« En général les miens sont sages, il n'y a pas de gros gros trucs. Sinon dans cette catégorie là j'en ai quelques uns qui présentent des conduites à risque mais on est tout de suite rentré dans du trouble de personnalité. Mais si je prends les étudiants qui viennent pour un problème avec les études là j'ai pas de conduites à risque particulières en règle générale. »

Ce ne sont pas nécessairement que les étudiants venant pour un souci avec les études...

« Oui oui, c'est parce que je réfléchis... Ceux qui sont plutôt dans les troubles de l'humeur et étudiants il n'y a pas de gros trucs non plus. Les TCA classiques il n'y a pas de gros trucs. Ce sera vraiment ceux qui seront dans les troubles de personnalité débutante, type un peu cluster B voire borderline et là il y a des conduites à risque. Mais par exemple tout ce qui va être conduite à risque sexuelle, c'est pas hyper présent, parce que je les cherche assez spontanément et je n'ai pas de gros gros trucs dans cette population là. Je pense aussi que c'est un biais de sélection, même si je suis secteur 1 et qu'il n'y a pas de dépassement d'honoraire j'ai quand même un biais de sélection de libéral où c'est quand même une population socio-économiquement favorisée. Très clairement par rapport au CMP quand j'étais interne c'est une population très différente, beaucoup motrice dans le soin, moins carencée, intellectuellement ça cogite bien. Donc là pas particulièrement de conduites à risque. »

Quels sont les difficultés et/ou spécificités dans les prises en charge de ces étudiants ?

« Déjà le planning, ça peut être un gros truc pour déjà trouver un temps pour eux pour venir. Quand il y a des exercices spécifiques que je leur donne ça peut être même de trouver le temps pour le faire, quand ils sont complètement blindés en temps c'est juste pas possible pour eux. Ceux qui sont en plus étudiants et qui ont des problématiques à côté c'est parfois la problématique d'avoir un petit boulot à côté des études et qui limite encore plus le temps et ça les fait galérer, ça les épuise encore plus. Donc ça c'est aussi une problématique qui va compliquer l'accès au soin je trouve. Et quel était le sens de la question ? »

Quels sont les difficultés et spécificités de ces prises en charge ?

« Les difficultés je dirais c'est ça. Spécificités, c'est qu'il y a souvent quand ils sont encore étudiants et assez jeunes, je trouve qu'on a une intrication un peu systémique qui est là, ils n'ont pas encore... Le processus d'individuation est encore en cours, on est encore sur de l'adolescence très clairement. Ou ça m'arrive, notamment chez les TCA, c'est de reprendre de temps en temps les parents en entretien. Parfois même ils sont encore très, chez leurs parents avec toutes les problématiques qui vont autour. Parfois même l'idée c'est de partir du foyer, pour faire simple, prenez votre autonomie. Et ça c'est la grosse spécificité avec les pressions familiales qui viennent autour des études, si on reste sur le côté études, ou pas du tout s'ils ont lâché complètement. Donc ces intrications là qui viennent avec et les intrications parfois, mais beaucoup moins présentes je trouve, au niveau des couples. Ils acceptent beaucoup mieux le fait qu'il peut y avoir des ruptures, en général, que quand il y a des enfants en jeu etc... Cette problématique est moins prégnante en général, et ça arrive qu'ils soient tristes 2 ou 3 séances et c'est fini. »

Quels sont les recours que vous proposez à ces patients, que ce soit en termes de psychothérapie ou de traitement ?

« Alors en général les troubles de l'humeur si il y a besoin, type plutôt trouble de l'humeur bipolaire, ça va être un régulateur de l'humeur, donc je leur explique les différents régulateurs de l'humeur et ils choisissent. »

Comme pour la population générale ?

« Oui, voilà. Après j'ai tendance à plus pousser chez les jeunes femmes sur la lamotrigine en règle générale parce que j'essaie d'avoir 2 ou 3 coups d'avance en disant quand même si elles ont envie d'avoir des enfants... Surtout si elles sont sur un versant dépressif principal, ça évite d'avoir à changer la molécule, c'est plutôt bien toléré. De la même façon j'essaie d'utiliser des molécules type sertraline ou fluoxétine, parce qu'il n'y a pas trop de prise de poids et ça c'est important pour elles. En termes de psychothérapie c'est l'approche thérapie brève que je fais, je mâtime pas mal ça de TCC actuellement, la relaxation type training autogène de Schultz, ça ils sont assez preneurs. Donc si il y a un trouble identifié chez eux type trouble anxieux j'attaque ça avec le protocole Nardone, ça passe plutôt assez bien en général, les TOC ça va vite par exemple. Quand ils sont dans les troubles anxieux un peu différents, un peu plus complexes, au pire du pire ça prend moins bien donc j'ai un peu tendance dans un premier temps à faire du training autogène et faire du solutionnisme dessus. Et si ils sont plus dans une problématique trouble de personnalité j'ai tendance à plutôt recourir à de la thérapie narrative, mais c'est pas le cas le plus fréquent. Généralement sur un bon trouble anxieux avec un traitement, un peu de relaxation et de solutionnisme et ça passe bien. »

Avez-vous l'impression que votre façon de faire est différente par rapport à votre patientèle standard ?

« Pas particulièrement. Après ma façon de faire évolue souvent, je teste souvent des trucs... »

C'est plus individu-centré ?

« Oui c'est assez individu-centré donc globalement ceux qui sont sur un trouble de l'humeur stabilisée je les vois pour un renouvellement de traitement, des fois je rapproche un peu quand il y a un besoin. Quand ils sont au tout début sur un truc un peu aigu je vais les voir assez régulièrement jusqu'à une fois par semaine et puis quand ça va j'éloigne. Mais je fais ça pour un peu tout le monde en règle générale. »

Avez-vous une articulation avec d'autres structures, d'autres intervenants ?

« Alors il arrive qu'ils aient un suivi psycho à côté mais là je fais aussi de la même façon qu'avec le tout venant, je demande comment ils veulent que je me positionne, est-ce qu'ils veulent que je n'ai qu'un positionnement pharmaco, est-ce qu'ils veulent une prise en charge psychothérapique à côté qui peut être différente. Donc je bosse avec eux. Des fois le SUMPPS ils envoient des gens mais je ne travaille pas avec eux. Après en dehors de ça je n'ai pas d'autres liens. »

Avez-vous orienté des patients sur des structures ?

« Ce n'est pas sur la thématique étudiante mais c'est plutôt cette tranche d'âge là, ce serait le Lautreàmont avec qui je peux travailler. Maintenant, depuis que je suis au CMPP je bosse plus facilement avec eux mais avant je ne connaissais pas. J'ai connu en me faisant embaucher là-bas, comme quoi on a un problème de connaissances des structures

dans notre région. Fontan quand il y a une problématique TCA, globalement c'est chez les jeunes. Et éventuellement les 4 Cantons mais les liens sont compliqués du fait d'une trop grande latence à la prise en charge. »

Vous arrive-t-il d'avoir des liens avec les universités ou les écoles ?

« Alors dans ma prise en charge non. Ça a déjà dû m'arriver de faire des courriers pour appuyer un redoublement, mais je ne les ai pas appelés directement. Tout ce qui est lycée je n'ai jamais eu de contact. »

Sauriez-vous évaluer l'évolution de ces suivis, le résultat, par rapport à la population générale ? Avez-vous l'impression que ça marche mieux, moins bien, plus vite, plus lentement ?

« En y repensant au fur et à mesure, j'aurais tendance à penser que quand ça fonctionne ça a tendance à fonctionner plus vite parce que tout simplement on est sur des troubles moins chronicisés. Surtout qu'ils acceptent bien les traitements. Par contre quand ça ne prend pas du tout ça se ferme complètement voire même plus que chez les patients plus âgés. Quand ça se ferme, ils arrêtent. Mais j'ai plutôt l'impression que ce sont des prises en charge où je suis assez optimiste en général, ça a tendance à bouger, ça ne piétine pas entre 2 entretiens. Globalement mon vécu c'est que ça a l'air de plus marcher. »

Avez-vous pu noter, notamment au travers des discours, des freins à l'accès au soin ?

« Des freins par rapport au fait d'aller voir un psy ? »

Oui.

« Déjà j'ai une population qui est extrêmement féminine, quand je pense aux étudiants je n'ai en tête que des femmes, donc je pense que les hommes ne consultent pas, donc ça c'est un premier frein. En général ça a l'air d'aller, ils ont souvent un contact, il y a souvent quelqu'un dans la famille qui a été suivi donc il y a déjà une notion de psy, ou ils sont passés par le CPAA ou le CAC et il y a un peu une demande urgente, j'ai été contacté et je les ai pris assez vite donc ils sont assez contents, j'ai pas trop de frein là dessus. »

Avez-vous remarqué une certaine stigmatisation de la santé mentale ?

« Chez ces patients là ? »

Oui.

« Ça doit arriver mais comme globalement ils acceptent bien les traitements, ils sont pas trop difficiles... »

Ça n'impacte pas vos prises en charges ?

« Non, ça n'impacte pas mes prises en charge. Ils vont voir un psychiatre, c'est quand même le médecin des "fous" théoriquement, et ça a l'air de globalement bien prendre pour eux. »

Entretien 12

Avez-vous des étudiants dans votre file active ?

« Quelques uns. »

Sauriez-vous donner une proportion de ces étudiants par rapport à votre file active ?

« Aucune idée. Vraiment très peu, je voulais justement faire ma moyenne d'âge de suivi.

Mais aucune idée. »

Et globalement quelles sont les tranches d'âge ?

« De mes suivis en général ? »

Oui.

« De 16 ans jusqu'à 80 ans. »

Pour vous replacer dans vos études, vous souvenez-vous des recours qui vous étaient disponibles à l'époque en cas de difficulté d'ordre psychique ?

« Mon médecin traitant. Je suis passé au SUMPPS je pense pour un examen standard mais je m'en souviens très peu et je n'ai pas le souvenir de m'être dit "Tiens tu peux voir un psychologue si ça ne va pas". Non, à part mes proches et mon médecin traitant je pense que c'est tout. »

Donc aucune information qui ait pu être délivrée par l'université de manière bien formelle ? Pas de structure référencée ?

« Je sais qu'il y a le SUMPPS mais je n'avais pas tilté que ça pouvait aussi être des soins. Pour moi c'était une médecine du travail un peu. »

Concernant vos propres suivis, qui est à l'origine des demandes de suivis pour les étudiants ? Est-ce le patient lui-même, la famille, les amis, la faculté, les écoles, les stages ?

« Très rarement la fac ou les écoles, voire même jamais. Il y a beaucoup d'adressage par des confrères qui demandent un avis justement parce que je suis formée à la CARMS, je suis formée à la détection précoce. Ensuite via l'astreinte, via le CMP j'ai aussi des jeunes, via les sorties d'hospitalisation. Et après il y a une situation un peu particulière où j'ai donné un cours aux deuxièmes années d'orthophonie et à la fin du cours il y en a une qui est venue me voir et qui allait très très mal et du coup je l'ai évaluée ici. »

Donc à part ce cas spécifique pas de demande de la part des patients ?

« Si, si on considère que l'astreinte c'en est une. Mais directement m'être adressée à moi non. »

Quels sont les motifs de demande ou d'adressage ?

« Une symptomatologie dépressive ça c'est assez fréquent. Un doute sur des symptômes psychotiques. Après il y a tous les motifs anxiété, souffrance scolaire, échecs scolaires. »

Quelle est la position du patient au début de cette prise en charge ? Est-il acteur, plutôt passif ou dans le déni des troubles ?

« Non, plutôt acteur, je trouve que ce sont des patients plutôt agréables à suivre parce qu'ils ont peut-être moins de passé psychiatrique et du coup ils arrivent un peu naïfs dans le suivi ce qui est plutôt agréable parce que ça crée une relation assez saine entre moi et eux. La question était comment ils se positionnent. »

Oui, par rapport à la population générale y a-t-il un positionnement différent ?

« Je pense que c'est biaisé par ce que moi je vois ceux qui, tous ces filtres qu'il y a eu avant d'arriver à moi, c'est à dire qu'ils ont déjà consulté quelqu'un finalement je pense que j'ai ceux qui sont motivés mais il y en a beaucoup qui ne le sont pas et qui restent hors champ du suivi. C'est la grande majorité. »

L'accès au soin reste très compliquée ?

« Oui oui. »

Mais néanmoins chez les patients étudiants, l'investissement dans le soin est-il différent des non étudiants ?

« J'ai envie de dire que ça dépend, je ne crois pas qu'il y ait de catégorie particulière. Il y en a qui ont une démarche très ado où du coup il faut être assez proactif et en même

temps quand tu l'es trop tu sens que tu représentes trop d'autorité du coup ils ont juste envie de partir et ils ne sont pas très impliqués et d'autres peut-être un peu plus vieux c'est plus facile. »

J'aurais peut-être dû le préciser plus tôt mais ce sont les étudiants en études supérieures.

« D'accord. Donc on va dire que ceux là quand ils viennent ils sont engagés et moi je sais que j'en ai qui vont mal et je peux les voir toutes les semaines il n'y a pas de souci; ça se passe bien. »

Quelles sont leurs capacités à identifier leur problématique, leur souffrance, par rapport à la population générale ?

« Question compliquée, c'est pareil il n'y a pas de règle. Évidemment ils ont des idées préconçues sur la psychiatrie et la santé mentale et en même temps leur souffrance est réelle et du coup je pense qu'ils viennent chercher de l'aide et que parfois mettre des mots ça fait du bien aussi. Et dire "c'est ce truc là, c'est inquiétant mais on s'en occupe" je pense que ça pose les choses. Donc quelque part je les trouve moins réticents que les adultes à dire "j'ai un problème de santé mentale". Je trouve que j'arrive plus à donner une note d'espoir chez les jeunes. Peut-être aussi parce que moi je suis persuadée que si on agit tôt c'est beaucoup mieux, peut-être que mon attitude change quand je vois des adultes qui sont plus chronicisés dans la maladie par exemple. »

Mais juste à l'instauration du suivi, avez-vous l'impression que leur capacité à identifier leur problématique est différente de la population générale ?

« Non, pas du tout. »

Est-ce que dans cette population étudiante vous avez remarqué des conduites à risque différentes de la population générale ? Que ce soit dans la fréquence, dans le type, la gravité, toute conduite à risque confondue ?

« C'est pareil j'ai du mal à répondre. Peut-être que j'y pense plus et que je le recherche plus, parce que pour moi un jeune c'est associé à plus de conduites à risque donc je vais chercher. Mais pas forcément, non. Je sais qu'il y en a qui en ont, il y en a qui n'en ont pas, après est-ce que c'est plus que la population générale je ne sais pas. »

Mais ce n'est pas quelque chose que vous avez pu remarqué au travers de votre pratique ?

« Non. »

Est-ce qu'il y a des difficultés et/ou des spécificités dans vos prises en charge avec les étudiants ?

« Je pense tout ce qui est le relai avec des structures qui s'occupent du soutien aux études, quand parfois ils sont en échec de leurs études c'est les relayer sur des associations qui puissent les aider pour trouver un tremplin pour pouvoir débiter une vie professionnelle. Les problèmes d'autonomie du jeune adulte, une fois qu'on est sorti de l'âge de suivi éducatif et qu'on entre dans l'âge du jeune adulte c'est difficile de trouver un encadrement médico-social on va dire bien structuré pour eux. »

Ok pour les spécificités. Et y a-t-il des difficultés particulières ?

« En tout cas moi je prends en compte le fait qu'ils sont étudiants et je sais que c'est une situation à risque, je pense que c'est un stress particulier. Je sais aussi que c'est là qu'on

débutent les troubles psychiatriques sévères donc c'est un souci que j'ai plus important, le fait que ce soit une population à risque. »

Quels sont les recours que vous proposez à vos patients, que ce soit en termes de psychothérapie ou de pharmaco ?

« Tout ce que je peux proposer comme type de prise en charge ? »

Est-ce que vous proposez des choses spécifiques aux étudiants ou plus ou un mode de prescription différent ?

« Bien sûr c'est plus léger, je ne mets pas des doses de traitement parce qu'ils ne sont pas au stade de la maladie comme des patients chroniques ou résistants. La psychothérapie j'y pense pour tout le monde, je ne pense pas que je fasse de différence. Après du coup j'essaie de trouver des psychothérapies gratuites, parce que je sais que les étudiants n'ont pas beaucoup d'argent du coup j'adresse au BAPU. Et après j'essaie d'insister, sur le fait que certes ça coûte chez d'aller voir un psychologue pour faire de la TCC mais peut-être que c'est un investissement. Après j'utilise ce que j'ai sous la main, c'est à dire au CMP la sophrologie, ici la consultation d'anxiété. »

De la même manière que le patient soit étudiant ou non ?

« Oui. »

Pratiquez-vous vous-même la psychothérapie dans vos suivis ?

« Non. »

Vous en parliez déjà mais quelles sont vos articulations avec d'autres structures, d'autres intervenants ? J'ai entendu le CMP, le BAPU, des psychologues j'imagine libéraux.

« Oui. »

Est-ce qu'il y a d'autres personnes que vous n'avez pas encore mentionnées ?

« Comme ce ne sont pas des patients de mon secteur il y a les autres secteurs. »

Les CMP des autres secteurs ?

« Oui. Le SUMPPS j'avoue que je ne renvoie pas parce que je sais qu'ils ne font plus de suivis. Mais je le mentionne quand même parce que ça peut être un recours si besoin rapide et à mon avis c'est efficient, ils ont des infirmiers, des psychologues. Le médecin traitant bien sûr. »

Vous arrive-t-il d'avoir des liens avec les universités ou les écoles ?

« Ça m'arrive mais c'est très très très rare. »

Et c'est pour quel type de contexte ?

« Des décrochages, des situations que je ne comprends pas mais sinon c'est vrai que je ne le fais pas systématiquement. »

Pas forcément de demande de la part des institutions académiques ?

« Non, pas du tout. Après je ne suis pas souvent la référente de ces jeunes. Si je le suis je pense que je fais plus ce travail d'exploration en réseau. Si on me demande un avis c'est vrai que je ne vais pas appeler systématiquement l'école. »

Sauriez-vous évaluer l'évolution de ces suivis par rapport à la population générale ?

Vous me disiez qu'il n'y avait pas toute l'évolution de la maladie, potentiellement la résistance, qu'il n'y avait pas tout ce passé psychiatrique, est-ce que ça permet d'avoir une évolution plus favorable ?

« Après je ne pense pas que ce soit lié au fait qu'ils soient moins stigmatisés, je pense juste qu'au début de la maladie tu arrives avec beaucoup moins d'énergie à faire disparaître les symptômes. Donc oui ça évolue plus vite et mieux, souvent ça répond très facilement, pas pour tous, mais on arrive à trouver des solutions. »

Je sais que nous sommes dans le cadre d'une consultation très spécifique mais avez-vous dénoté des freins à la demande d'accès au soin dans votre consultation ?

« Alors ce que je peux partager c'est que dans le cadre du projet sur le premier épisode on a fait le tour de ces structures, le SUMPPS, le BAPU, la médecine scolaire. On travaille vraiment sur l'accès au soin et cette diminution de délai entre le moment du début des troubles et le moment de la première consultation qui est très long et des moyennes très hétérogènes, des gens qui viennent tout de suite et des gens qui ne viennent jamais. Donc on a questionné ces personnes à savoir pourquoi il y avait des difficultés d'accès au soin donc ce qui nous a été répondu c'est qu'ils ont l'idée qu'au CMP les délais sont longs du coup ils attendent et ils essaient de faire eux-même et du coup c'est l'urgence qui les rattrape et ce sont des jeunes qui arrivent aux urgences. Ils ont peur d'adresser en psychiatrie aussi parce qu'ils se disent qu'ils vont être confrontés à des patients très chroniques, c'est pas spécifique donc ils préféreraient des structures spéciale 15-25. »

Type Clinique du Lautréamont ?

« C'est ça. Ils ont peu de retours de nos pratiques aussi et ça ça les désole un peu parce qu'ils se disent "nous on commence des choses, on envoie pour complémentarité de la prise en charge" et en fait ils se sentent un peu volés. Et puis ils disent aussi qu'on ne leur fait pas confiance, quand ils appellent au CMP pour dire "là j'ai un jeune qui m'inquiète" le CMP répond qu'on ne va pas prendre toutes les peines de cœur de la fac sinon on ne s'en sort pas donc ils se disent "nous on a quand même de l'expérience, on en voit beaucoup beaucoup des jeunes et on sait repérer ceux qui vont mal et en fait on a pas cette bonne communication avec les réseaux, le secteur". Je pense qu'effectivement on a un gros problème d'accès au soin pour les jeunes, c'est évident. De par eux leurs représentations mais aussi les nôtres et aussi notre fonctionnement et notre accueil qui ne sont pas très ouverts et très simples. »

Il y a un certain obscurantisme autour de la psychiatrie ?

« Tout à fait. Finalement la façon dont ils travaillent c'est "je connais untel" et il y a des liens qui se créent comme ça entre une personne par exemple du SUMPPS et une du CMP mais après comme ils ne connaissent pas tout le réseau ils ont du mal à bien répartir leur demande. »

Et au cours de vos entretiens, au travers du discours de vos patients, avez-vous pu dénoté un impact d'une potentielle stigmatisation de la santé mentale ou de la psychiatrie en général ?

« Oui bien sûr, il y a des jeunes qui disent tout de suite "je suis pas fou", qui ont des parents avec des antécédents psychiatriques et du coup refusent absolument de se voir prescrire quelque chose. Oui ça c'est fréquent. »

De manière différente que dans la population générale ?

« Je pense que c'est pareil. »

Entretien 13

Concernant les étudiants qui vous ont été orientés, avez-vous une idée du nombre annuel de demande d'évaluation ?

« Entre 4 et 5. »

Vous-même lorsque vous étiez étudiant, vous souvenez-vous de structures destinées aux étudiants qui avaient été identifiées pour les difficultés psychiques ?

Vous souvenez-vous d'une information délivrée ?

« Aucun. D'abord aucun souvenir et ce n'est pas une amnésie, je pense que... »

Ça n'avait jamais été réalisé ?

« Jamais. Et on était pas du tout dans les mêmes, c'était plutôt une partie de plaisir. Et je ne me souviens pas d'étudiants en souffrance ou en difficultés autour de moi. »

Donc ça aurait explosé avec les années ?

« Oui. »

Par rapport à ces évaluations et suivis des étudiants, quelle était l'origine de la demande ? Vous me disiez que des confrères parfois vous les orienter, est-ce que des étudiants venaient par eux-même, est-ce que c'était la faculté, la famille, les amis ?

« La faculté et des étudiants qui venaient par eux-même aussi. »

Dans les mêmes proportions ?

« Chaque année j'en ai 4 à 5, il y en a 3 ou 4 qui me sont adressés directement par le vice-doyen et 1 à 2 qui viennent d'eux-même. »

L'objet de la demande, j'imagine que lorsque c'est orienté par la faculté c'est un questionnement par rapport à la poursuite des études ?

« Oui ou par rapport à une inquiétude sur leur état avec un questionnement sur ce qu'il faut faire pour leurs études, est-ce qu'il faut plutôt aider ou au contraire est-ce qu'il faut dire "faut arrêter". »

Et les motifs de demande des étudiants se présentant spontanément ?

« Ils viennent parce que je pense qu'ils ne savent pas comment s'orienter, parce qu'ils ne viennent pas forcément pour un suivi, ils viennent aussi pour une orientation, des questions. Et parce que soit ils m'ont vu en cours, et ils savent que j'ai deux jambes, deux yeux et qu'ils ne savent pas qui aller voir. »

Justement quelle est la position des étudiants dans ces diverses situations ? Sont-ils acteurs de leurs prises en charge, plutôt passifs ou complètement dans le déni ?

« Quand ils viennent ils sont en demande, ils sont en difficulté et en demande. Il n'y en a pas qui viennent avec "on m'a dit de venir vous voir". »

Donc il y a une adhésion avec la possibilité de faire quelque chose ?

« Oui oui. »

Quelles sont leurs capacités à identifier leur problématique ou leur souffrance par rapport à la population générale ? Y a-t-il une différence ?

« Je trouve qu'ils identifient très bien leurs problèmes et l'impact que ça peut avoir sur leurs études, leurs projets. Tous ils voient très bien. Je vois pas dans ce cadre là des étudiants psychotiques ou délirants ou désorganisés. Ceux là je les vois par d'autres biais, soit ils viennent parce qu'il y a des comités médicaux ou des choses comme ça. Là les comités médicaux c'est l'ARS qui envoie, c'est autre chose, ça a plus un côté expertal. Voilà donc ce sont des gens en difficulté, soit déprimés soit avec des comorbidités addictives, des conduites à risque, des deuils pathologiques, des troubles anxieux invalidants, angoisse de séparation, plein de choses comme ça. »

Justement vous parliez des conduites à risque, avez-vous remarqué des conduites à risque plus ou moins importantes que dans la population générale, plus ou moins fréquentes ?

« Ceux qu'on voit venir ici ils peuvent en avoir plus fréquemment que d'autres, par rapport aux gens qui ont le même âge je ne suis pas sûr. »

Et dans la gravité des conduites à risque avez-vous remarqué une différence ?

« Non, pas vraiment. »

Est-ce qu'il y avait des difficultés et/ou des spécificités dans la prise en charge des étudiants ? Encore une fois par rapport à la population générale.

« Peut-être au début, une certaine crainte autour du secret, que je n'en parle pas aux autres. L'idée c'est quand même de très vite les rassurer autour de ça. Et puis la spécificité c'est de rencontrer des collègues ici dans les couloirs, dans la salle d'attente. C'est la difficulté je pense. Sinon voir un étudiant en médecine ou un jeune qui travaille ou un étudiant autre il n'y a pas trop de différences. »

Aviez-vous une façon différente de prendre en charge les étudiants par rapport à la population générale, toutes tranches d'âge confondues ?

« La différence elle est que je connais, je sais par où ils passent par exemple quand ils ont des questions sur un stage qu'ils vont prendre c'est sûr que je suis moins étranger que lorsque c'est un autre métier. Donc c'est plus facile pour moi de conseiller ou de savoir si ça va mal se passer ou si ça va bien se passer. Alors que quand c'est quelqu'un qui est apprenti pâtissier, qu'il me dit qu'il a un stage dans une pâtisserie à Douai... »

Dans les recours que vous utilisiez avec les étudiants que ce soit en termes de psychothérapie ou de traitement, aviez-vous des façons de procéder différentes ?

« Non, bien sûr si je dois prescrire un médicament, ce sera le même niveau d'informations parce que j'essaie de ne pas tomber dans le piège de surestimer la personne qui est en face de moi au niveau de ses connaissances. Quand on va voir quelqu'un même si on est de la partie, il faut reprendre le niveau zéro que ce soit du médicament, des règles qui y

sont associées. Et pas avoir l'idée qu'il connaît, surtout pas. Donc peut-être je fais plus attention à bien délivrer l'information, la base. »

Et en termes de posologie ou de durée de traitement, pas de différences ?

« Non. »

Quelle est votre articulation avec les autres structures et les autres intervenants, y a-t-il des structures référencées vers lesquelles vous allez vous tourner ?

« Non non, le SUMPPS là on les rencontre et c'est plus dans l'intention d'améliorer le délai d'accès au soin donc sur un projet qui est général et qui est peut-être plus orienté sur le premier épisode mais sinon il n'y a pas du tout d'articulation. »

Ça reste donc principalement des suivis indépendants de tout le reste ?

« Oui c'est ça, alors après il n'y a jamais eu de demande. J'ai des articulations un petit peu avec la Fondation des Étudiants de France mais pas pour les étudiants en médecine, ce n'est jamais arrivé pour les étudiants en médecine. »

Est-ce que vous pourriez évaluer l'évolution de ces suivis par rapport à la population générale ? Avez-vous l'impression qu'ils récupèrent mieux, moins bien, plus vite, moins vite ?

« Moi je trouve qu'ils récupèrent bien, c'est ce que je disais tout à l'heure, souvent c'est un coup de pouce. Bien sûr les troubles du comportement alimentaire, enfin les pathologies psychiatriques après ils rentrent dans un suivi mais sinon quand ce sont des épisodes qui s'inscrivent dans un contexte des études, de l'environnement, de la famille, de rupture, à partir du moment où ils accèdent au soin ils répondent peut-être un petit peu mieux. »

Donc meilleurs résultats globalement ?

« Meilleurs résultats pour des choses, peut-être aussi parce que je vois des situations moins complexes que celles que je vois habituellement. C'est sûr que les troubles des conduites alimentaires ou les conduites d'alcoolisation... C'est toujours pareil, il y a des alcoolisations festives et quand ils viennent c'est qu'ils veulent s'en sortir et donc ça va et puis il y a ceux qui ont déjà une dépendance et c'est plus compliqué. »

L'alcool-dépendance à visée anxiolytique notamment ?

« Oui, ça il y en a... C'est le profil plutôt féminin, étudiante en médecine, trouble des conduites alimentaires et alcool, pour ça l'évolution je vois aussi les aînés, des médecins avec des troubles des conduites alimentaires, alcool, des femmes médecins âgées... Comment arriver à enrayer la chronicité quand elles sont étudiantes ça c'est très très difficile. »

Et au cours de ces entretiens avez-vous remarqué des freins à la demande de suivi ?

« De la part des étudiants ? »

Oui.

« Pas... »

Tout à l'heure vous parliez de la peur du manque d'anonymat ?

« A partir du moment où ils viennent... »

Ce n'est pas forcément à partir du moment où ils viennent mais plutôt ce qui a pu retarder le moment où ils sont venus, ce qui peut d'ailleurs empêcher certains de venir.

« J'ai pas identifié de choses particulières. Il y a certainement des choses mais qui m'échappent, je ne vois pas. A partir du moment où ils acceptent de venir, que le doyen lui dit "voilà j'ai l'adresse, le numéro de téléphone", ou bien "il faudrait aller voir Mr XXX" je ne sais pas il y en a qui ne viennent pas, certainement, mais pourtant ils viennent et dans ce cas là ça accroche bien. Et si j'oriente je revois encore une fois pour être sûr que ça a bien pris. »

La notion de la stigmatisation de la santé mentale, de la psychiatrie, je ne sais pas si c'est quelque chose qui a pu revenir dans ces entretiens ? Quelque chose qui rendait l'accès au soin difficile ?

« C'est eux quand ils racontent leur histoire, qu'ils ont mis du temps, qu'ils auraient dû voir quelqu'un avant. Ça peut être difficile. »

Mais pas de facteur bien identifié qui ait rendu cette décision ardue ?

« Non non, je pense que ceux qui ont beaucoup de réserves je ne les vois pas, ils ne viennent pas, ça se situe avant. Une fois qu'ils ont passé le cap pour venir ici, parce que ce n'est pas moi qui vais vers eux c'est eux qui viennent ici. Par contre les freins ils doivent exister bien avant. »

AUTEUR : Nom : LEMAHIEU

Prénom : Vincent

Date de Soutenance : 04/06/2019

Titre de la Thèse : Accès et caractéristiques des soins psychiatriques ambulatoires chez les étudiants post-bac des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : étudiants, psychiatrie, accès aux soins, barrières, stigmatisation

Introduction : Les étudiants sont une population présentant des prévalences de troubles psychiques importantes et supérieures à la population générale. Leur consultation des services de soin psychiatrique reste marginale et une grande proportion des étudiants en souffrance ne recherche pas d'aide.

Méthode : Nous avons réalisé une série d'entretiens avec des praticiens en santé mentale afin de mettre en lumière les caractéristiques du suivi des étudiants et d'identifier les barrières entravant leur recours au soin.

Résultats : 13 soignants ont pu être interviewés. Il apparaît que la population étudiante n'est pas sensibilisée suffisamment tôt à la pathologie mentale ni aux structures qui lui sont disponibles en cas de détresse psychique. Des barrières structurelles ont été décrites, tel que le délai d'attente avant la première consultation, le coût du suivi, la localisation des structures et la peur d'un manque d'anonymat. Les études et la pression qu'elles comportent ont été retrouvées comme des facteurs fragilisants importants chez les étudiants.

Les comorbidités addictives ont été décrites comme plus marquées et fréquentes, dans un objectif d'anxiolyse, avec un grand déni de la part des étudiants.

Néanmoins, les étudiants accédant au soin semblent y répondre positivement, avec de une stabilisation plus rapide et efficace de leurs symptômes que dans la population générale.

L'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses apparaît efficace, même à faible posologie et sur de courtes durées.

Conclusion : Il semble que malgré une bonne efficacité des soins chez les étudiants il persiste des freins à leur recherche d'aide. Des innovations dans la façon de présenter et sensibiliser les étudiants à la pathologie mentale pourraient être proposées, tant au niveau des institutions académiques que dans le fonctionnement du soin lui-même.

Composition du Jury :

Président : Professeur VAIVA Guillaume

Assesseurs : Professeur COTTENCIN Olivier, Professeur THOMAS Pierre,

Docteur GRANDGENEVRE Pierre