



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La santé mentale des internes de Médecine et Chirurgie en internat
toutes spécialités confondues : état des lieux de la connaissance des
recours disponibles sur le territoire de la faculté de Médecine de Lille en
2019**

Présentée et soutenue publiquement le 8 juillet 2019 à 18h00
au Pôle Formation
Par Romain LUC

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Monsieur le Docteur Hugo SAOUDI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Hugo SAOUDI

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
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CMP	Centre Médico Psychologique
CNIL	Commission Nationale de l'informatique et des Libertés
CPAA	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
ECN	Examen National Classant
HTA	Hyper Tension Artérielle
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
JAMA	Journal of the American Medical Association
MDA	Maison des Adolescents
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACES	Première Année Commune des Études de Santé
SPS	Soins aux Professionnels en Santé
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires
TDAH	Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Table des matières

INTRODUCTION	6
I. Définition et déterminants de la Santé Mentale	8
II. Caractéristiques de la population des internes en médecine	9
A. Une population hétérogène	9
B. Études et santé	11
C. Prévalence des troubles mentaux chez les internes	12
D. Évolution des pathologies mentales chez l'interne	13
E. Sous-estimation des prévalences chez les internes	13
F. Soigner un soignant, un statut particulier d'un côté comme de l'autre	15
G. Les Barrières à l'accès aux soins	18
III. La Sensibilisation à la Santé Mentale chez les Internes	20
A. Informations dispensées par l'université de Lille	20
B. Le Parc de structures régionales	22
IV. Les objectifs du travail de recherche	29
MATERIELS ET METHODES	30
I. Population cible	30
II. Le questionnaire	30
III. Réalisation de l'enquête	32
A. Période de recueil des données	32
B. Les Données	32
RESULTATS	33
DISCUSSION	43
I. Réponse à l'objectif principal de l'étude	43
II. Commentaires sur les résultats	45
III. Les Limites de l'étude	49
IV. Les pistes de réflexion	51
A. Les recommandations dans le domaine universitaire	51
B. La Sensibilisation, la Prévention et le Dépistage durant les stages hospitaliers	52
C. Interventions de Déstigmatisation durant les formations pédagogiques	52
CONCLUSION	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
ANNEXES	59

|

Introduction

La santé mentale est un prérequis à un développement équilibré et durable de tout individu.

Elle est devenue depuis quelques années un sujet d'actualité populaire dans une société paradoxalement de plus en plus axée sur la performance.

Ce qui est nouveau, c'est qu'il existe depuis peu une levée de tabou sur la santé mentale du soignant. ¹

Entre banalisation des troubles psychiques, stigmatisation de la pathologie mentale et crainte de la perte de crédibilité consécutive à la représentation de la pathologie, le corps médical pourtant non exempt de difficultés psychiques reste réticent à se soigner.

En 2003, le risque suicidaire chez les médecins, toutes spécialités confondues était plus de 2 fois supérieur à la population générale (RR = 2.37). ²

La stigmatisation entourant la pathologie mentale est pourvoyeuse d'une prise en charge tardive. On peut imaginer en conséquence à ce défaut de prise en charge un impact non négligeable sur la santé du soignant et sur la qualité des soins prodigués aux patients sous sa responsabilité.

De plus des études démontrent qu'une prise en charge précoce retrouve une amélioration significative du pronostic. ³

Afin de réduire au maximum le délai de prise en charge des troubles pour les soignants, il existe des réseaux et des structures de soins pour les professionnels médicaux. Ces structures ont pour objectif la prise en charge en santé mentale de cette population spécifique dans le respect du secret médical, de la déontologie et de la confraternité.

Les étudiants en médecine et particulièrement les internes, qui ont de plus en plus de responsabilités au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus, ne sont pas épargnés par la dégradation de leur santé mentale, avec un retentissement notable sur leurs études, leur santé et leur qualité de vie. ⁴

Cependant, on retrouve un faible accès aux soins parmi cette population à risque malgré l'existence de structures spécifiques à disposition.

La sous sollicitation des structures de soins en santé mentale au regard de la demande croissante dans la population étudiante n'est pas nouvelle et a déjà fait l'objet de diverses études.⁵

De nombreuses études ont exploré les origines de ce paradoxe. Ce travail a pour objectif d'explorer la diffusion-visibilité des structures à disposition pour les internes. Les objectifs secondaires aborderont des pistes d'optimisation des canaux de diffusion en santé mentale.

I. Définition et déterminants de la Santé Mentale

Nous allons explorer dans ce chapitre quels sont les tenants et les aboutissants de la santé mentale dans l'environnement médical.

La Santé Mentale est définie par l'OMS comme étant un état de santé psychologique, émotionnel et relationnel permettant l'épanouissement de l'individu dans son environnement et ses interactions avec les autres.

Cette définition intègre aussi l'absence de troubles psychiques et un point de vue positif sur les événements de vie actuels et futurs.⁶

Les facteurs protecteurs d'une bonne santé mentale sont un entourage familial, amical et affectif étayant. Le fait de trouver un temps d'épanouissement personnel hors des stages et de la faculté, d'entretenir des relations sociales et de pratiquer des activités extra professionnelles comme le sport ou la musique protège de façon significative l'étudiant. Ces facteurs extérieurs sont des outils indispensables qui permettent un équilibre entre vie personnelle et professionnelle dans le contexte des études médicales longues, stressantes et fragilisantes.⁷

Les capacités d'adaptation peuvent être débordées et l'équilibre de la santé mentale altéré chez des personnes à terrain précaire, soit présentant des facteurs de risque type isolement social, peu de temps personnel, histoire de vie vulnérante, stress professionnel, responsabilité lourde avec faible reconnaissance.

Le point d'équilibre sera difficile à rétablir sans aide extérieure et une aggravation progressive semblera alors inévitable, ce qui renforcera d'autant plus les troubles.^{7 6}

II. Caractéristiques de la population des internes en médecine

A. Une population hétérogène

La population des internes en médecine est hétérogène sur bien des points. Cette hétérogénéité peut être un frein non négligeable à la standardisation de la prise en charge. Elle mériterait une prise en charge sanitaire et une communication différente en fonction des spécificités. Le langage parlé peut-être source de rejet et d'incompréhension dans une campagne de sensibilisation. ⁸

La différence de sexe entraîne des caractéristiques et une vulnérabilité interindividuelle différentes. On retrouve un plus grand recours aux soins en santé mentale chez les femmes, qui présentent un Risque relatif 2,68x plus élevé que les hommes. ^{9 10}

La durée de la formation et le parcours de chacun font que le 3ème cycle des études médicale se compose d'étudiants d'âge différents. Néanmoins les prévalences des troubles psychiques ne retrouvent pas d'association significative avec les tranches d'âge des étudiants mais plutôt l'avancement dans le cursus. ¹¹

D'un point de vue socio-économique, les étudiants proviennent de catégories socio-professionnelles familiales éclectiques. L'ascenseur social des études médicales en font un lieu de mixité où l'éducation, les expériences et le vécu ont des expressions différentes. Les pressions hiérarchiques, l'entourage familial, les problèmes financiers ou spécificités religieuses supposent que les réactions à une situation traumatisante ou un stress professionnel et personnel peuvent être vécus différemment en fonction des capacités de résilience de chacun. ¹²

La poursuite des études médicales avec le passage du 2^e au 3^e cycle peut nécessiter une délocalisation de l'étudiant. Un éloignement des attaches familiales et un isolement brutal est courant, sans avoir de laps de temps extra professionnel pour se reconstituer un entourage aidant et une intégration épanouissante. ¹³

1. L'arrivée en 3eme cycle, passage initiatique

Le passage en 3eme cycle des études médicales est vecteur d'un stress multi factoriel qui touche les sphères professionnelles et personnelles, dans la continuité du 2eme cycle.

C'est un passage initiatique qui rime souvent avec une augmentation brutale de la charge de travail, des responsabilités (avec le stress que cela engendre), un changement de statut dans la hiérarchie médicale, et une émancipation financière précaire.¹⁴

Ce changement d'un état d'équilibre de l'externat vers un autre mode de fonctionnement peut déborder les capacités d'adaptation de l'étudiant et révéler des fragilités psychiques.

Ce passage est fort heureusement vécu de façon différente en fonction des capacités de résilience de chacun. Il peut être source de valorisation, d'aboutissement et rentrer dans la structuration de sa vocation professionnelle.^{25 7}

2. Le contexte du 3eme cycle des études médicales

Après au minimum 6 années mêlant formation théorique et mise en pratique, les études médicales aboutissent au 3eme cycle avec l'internat.

Cette dernière phase poursuit un cursus déjà long et est marquée par des changements majeurs.

Parmi ces derniers sont décrits des charges de travail importantes avec des horaires parfois non réglementés dans une culture de performance.

Plus de 50% des internes travaillent plus de 48h/semaine et plus de 8% travaillent plus de 70h/semaine.

Les internes doivent brutalement assumer des responsabilités nouvelles parfois sans encadrement ni soutien, avec un caractère anxiogène non négligeable.¹⁶

Durant cet internat, les internes ont la double casquette de soignant et d'étudiant. On attend d'eux une pratique concrète au lit du malade avec un enseignement double, magistral et hospitalier. Cet apprentissage comprend une auto-formation plus ou moins encadrée selon le lieu de stage et la filière de spécialité et des cours universitaires. La majeure partie de la formation est dépendante de la supervision des séniors dont la disponibilité sera variable pour diverses raisons de fonctionnement. En tant qu'internes les étudiants incarnent la première ligne du corps médical, les premiers sollicités par les équipes et les premiers à devoir être témoins et accompagner des situations de souffrance, de détresse et de mort des patients et de leur entourage. ¹⁷

Ces particularités accumulées sont facteurs de fragilité et supposent la nécessité d'un accompagnement spécifique et adapté.

B. Études et santé

La santé au sens large du terme et particulièrement la santé mentale est mise à rude épreuve durant toute la durée de la formation médicale. 95% des étudiants en médecine considèrent que leurs études ont un impact négatif sur les autres sphères de vie selon une étude de 2013 en France. ¹⁶

L'étudiant va devoir se confronter à diverses épreuves professionnelles émotionnellement difficiles qui peuvent faire écho à son histoire personnelle. Épreuves auxquelles il n'est pas particulièrement préparé, sans toujours avoir la possibilité d'en discuter. Ce manque de retour peut insidieusement avoir des conséquences sur sa psyché. ⁹

L'histoire naturelle des troubles mentaux non pris en charge évolue rarement vers la guérison. L'expérience retrouve même une aggravation lors de situations stressantes dont est richement parsemée le cursus médical. ¹¹

C. Prévalence des troubles mentaux chez les internes

La littérature retrouve une prévalence des pathologies mentales superposable à la population générale chez les étudiants en médecine à l'entrée dans le cursus.¹⁸

Un article du JAMA décrit 27,2% de symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine contre 9,3% dans la population générale pour la même tranche d'âge.¹⁹

Le suicide des soignants est un sujet tristement d'actualité qui dépasse l'épiphénomène, avec 16,5% à 25% des étudiants en médecine qui auront des idéations suicidaires au cours de leur cursus, contre 10,5% des 18-25 ans dans la population générale.²⁰

Une revue de la littérature recherchant les troubles anxieux réalisée aux États-Unis retrouve une prévalence dans la population générale des 25-44 ans de 8,3% contre 15,9% dans la population des internes.²¹

Le sur-risque d'apparition de ces troubles par rapport à la population générale s'accompagne fréquemment de stratégies d'adaptation dangereuses qui peuvent contribuer à entretenir et aggraver les fragilités psychiques.²² On retrouve par exemple une surconsommation d'alcool à but anxiolytique dans la filière médicale avec un trouble de l'usage à 33,8% contre 11,5% dans la population générale française selon les derniers relevés épidémiologiques de l'OMS.²³

Ces troubles semblent plus prégnants dans la population étudiée que dans la population générale, et on peut supposer que les soignants médecins sont un groupe à risque. L'avancée dans la formation, l'exposition à de nouvelles responsabilités semble entraîner une sur-représentation des troubles.¹⁵

D. Évolution des pathologies mentales chez l'interne

On retrouve fréquemment différentes pathologies chez les internes en médecine et chirurgie qui résultent d'une santé mentale défaillante. Les internes sont en effet sur-exposés aux risques psycho-sociaux (conditions de travail avec un stress important, confrontation avec la mort, obligation de performance, responsabilité, compétition, examens...) induits par la spécificité de leur profession. La résultante est une dégradation de leur état de santé mentale et de leur qualité de vie de manière générale. ^{6 4}

On retrouve une augmentation de l'incidence des pathologies avec l'avancement dans les études indépendamment de l'âge des internes. ⁶

Dans une étude réalisée aux États-Unis s'intéressant aux différences de prévalence des troubles mentaux de 2009 à 2015 chez 454 029 étudiants toutes filières médicales ou non, on retrouve de façon significative une augmentation de l'anxiété de 9,3 à 14,9%, de la dépression de 9 à 12,2%, des attaques de paniques de 4,5 à 7,3%, des TDAH 3,8 à 5,1%, et des troubles du sommeil de 2,6 à 3,7%. Les augmentations non significatives concernent les TCA, les phobies, les troubles bipolaires et la schizophrénie. ²⁴

Le caractère anxiogène du cursus cumulé à la charge de travail, diminuant la possibilité d'un épanouissement personnel, ne jouent pas en faveur d'une inversion de la tendance. ²⁵

E. Sous-estimation des prévalences chez les internes

La fréquentation des structures ne semble pas refléter la souffrance de la population. 47% ressentent le besoin d'une aide psychologique et seulement 10% accèdent aux soins. ^{16 26 17} Les prévalences des troubles mentaux semblent donc sous-estimées dans la population étudiée. On retrouverait ainsi chez les étudiants une faible adhésion aux soins et peu de verbalisation des troubles

Plusieurs explications ont été avancées devant ce phénomène. La principale serait la représentation des troubles mentaux dans la population générale, mais aussi étonnamment dans la population médicale.

La littérature retrouve que la persistance de stéréotypes négatifs à l'égard des patients atteints de troubles psychiatriques est délétère à leur acceptation et pousse à la dissimulation des pathologies mentales. Les patients « psychiatriques » sont décrits comme impossibles à soigner, imprévisibles et dangereux par les étudiants en médecine.²⁷

Dans ce contexte, les internes taisent ou sous-estiment leurs souffrances. Leur représentation du métier paraît incompatible avec la possibilité d'accepter un trouble éventuel.¹⁸

L'environnement des études, la pression au travail, la compétition entre pairs, l'oxymore du médecin soigné, la stigmatisation de la pathologie mentale sont des barrières. La présence de ces barrières n'est pas négligeable dans la reconnaissance des troubles, leur documentation et l'accès effectif aux soins.²⁸

Une autre explication serait un biais dans l'attribution de symptômes aux pathologies mentales, ayant pour conséquence leur sous-estimation. En effet celles-ci ne seraient pas toujours comptabilisées si ces symptômes sont rattachés à l'excès à un trouble somatique (type épilepsie, migraine, HTA, démence...). Ainsi lorsque en 2013 les pathologies mentales ont été retrouvées comme représentant 7,1% de la charge de santé, cette proportion remontait jusqu'à 13% après ajustement, faisant des troubles psychiatriques les secondes maladies les plus pourvoyeuses de handicap.²⁹

F. Soigner un soignant, un statut particulier d'un côté comme de l'autre

1. Le syndrome de dieu, l'image du médecin chez le médecin

On retrouve de façon constante dans la littérature une tendance chez les médecins à ne pas pouvoir se voir comme patient et donc comme malade. Les deux statuts paraissent inconciliables tant ils ont l'air être aux antipodes.³⁰

Le statut de soigné chez le médecin peut être vécu comme dégradant. A titre d'exemple, dans la dépression, 60% des étudiants interrogés jugent que demander de l'aide est un aveu de faiblesse de leur part malgré leur bagage de connaissances médicales.²⁴

Les études médicales reposent sur une sélection par la performance, sentiment entretenu durant toutes les études qui mène à une impression d'invincibilité et de compétition entre pairs. Cette notion du médecin non malade se retrouve aussi bien dans le corps médical que dans la population générale.³¹

En partant de cet état de fait, le médecin devient son principal ennemi. On retrouve un déni important dans le corps médical, accompagné d'une banalisation des troubles et des prodromes annonciateurs de la maladie.³²

La lecture de témoignages de médecins ayant reçu des soins psychiatriques est très informative sur la réalité de ce décalage irrationnel.

La notion d'incompétence médicale envers soi-même et la perte de repères à la limite de l'aveuglement y est humblement décrite.³³

2. L'image du médecin dans l'imaginaire collectif

L'image collective du médecin nuit à l'acceptation par lui-même des troubles le touchant.

Selon une citation de Voltaire « il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse ». ²⁷

Les Grecs anciens paniquaient à l'idée de savoir que leur médecin puisse être malade.

³⁴

« Un médecin n'est pas un homme ³⁰ », et dans ce sens, doit forcément exercer sa profession avec abnégation, être disponible nuit et jour, ne pas tomber malade, ne pas partir en vacances.

Il doit être l'image de la constance, neutre, il peut tout entendre, tout voir sans que cela ait de prise sur lui. La lecture du serment d'Hippocrate et de la déclaration de Genève laissent peu d'ambiguïté quant à la place sociale du médecin. ³⁵

Cette vision est de plus en plus mise à mal avec les changements d'habitudes des nouvelles générations de médecins qui apportent un plus grand intérêt à leur qualité de vie que leurs prédécesseurs. ³⁶

3. Le recours aux confrères

De manière générale, le médecin préfère se soigner seul en 1^{er} recours. En 2008, 90% des médecins n'avaient pas déclaré de médecin traitant. ³⁷

41% des étudiants des étudiants en médecine selon une étude de ANEMF de 2013 n'ont pas de médecin de traitant. ¹⁶

On retrouve un changement du rapport de force lorsque le médecin devient soigné, pouvant entraîner une perte de repère et altérer sa prise en charge. ³⁸

La démarche de solliciter un confrère pour un problème psychique est parsemée de freins puissants. La position des soignants n'est pas exempte de jugement tant dans les services de psychiatrie que dans les services généraux.

La persistance de discrimination au sein des soignants provoque chez les médecins en souffrance une peur du jugement, de la remise en cause de leur légitimité et de leur performance professionnelle. ^{39 4}

La stigmatisation et l'isolement professionnel sont redoutés par perte supposée du respect de ses pairs.

Le médecin souffrant est diminué par sa maladie et doit supporter l'image de celle-ci devant les collègues qui le soignent.

C'est le concept de la double stigmatisation qui est régulièrement décrite dans la littérature. Ce phénomène est initialement déclenché par la présence d'une maladie considérée comme une faiblesse.

La représentation des pathologies psychiatriques peut venir heurter le système de références des médecins soignants et des médecins soignés. Ceci provoque une remise en cause de leur intégrité qui peut susciter un rejet et une discrimination du médecin soigné dans les domaines professionnel et personnel. ^{40 9 10}

Il existe heureusement des dispositions pour l'entraide entre confrères.

L'article 56.3 du Code de Déontologie médicale montre que le sujet tabou du médecin souffrant est considéré et que des prises en charges efficaces existent une fois le blocage de la stigmatisation dépassée :

"Au-delà d'une obligation morale, l'assistance aux confrères dans l'adversité est aussi une obligation déontologique et confraternelle ; le terme adversité devant être entendu au sens large englobant les difficultés de santé, matérielles, morales, sociales et professionnelles. Elle concerne tous les médecins quelle que soit leur forme d'exercice."

G. Les Barrières à l'accès aux soins

Les structures de soins existent mais peinent à toucher les étudiants en souffrance nécessitant une aide. 50 à 80% des étudiants touchés par des troubles mentaux ne consultent pas et ne cherchent pas activement à être soignés.²⁴

L'explication réside dans la présence de plusieurs obstacles sur la route du soin, qu'ils soient structurels ou personnels.

Le coût financier : La population des internes reste une population à risque au même titre que les étudiants auxquels ils sont toujours affiliés. Les problèmes financiers peuvent apparaître ou se majorer.

Certaines structures nécessitent une avance de frais et une mutuelle à jour.⁴¹

Le manque de temps pour l'épanouissement personnel est beaucoup mis en avant par 85% des étudiants. La difficulté à dégager du temps en dehors du stage est aussi vraie pour consacrer du temps aux recours de santé mentale sans éveiller l'attention de ses collègues et chefs.¹⁶

Les contraintes de l'accès physique aux soins (nécessité d'une voiture, transport en commun, handicap physique) couplées à un manque de temps (induit par une large amplitude horaire des stages) limitent la facilité d'accès aux soins aux heures ouvrables.⁴¹

La peur du manque de confidentialité est un obstacle notable à l'accès au soin chez 40% des étudiants en souffrance psychique.

Le secret médical et l'anonymat sont pourtant des valeurs admises dans le principe des soins et de la déontologie médicale. Le doute de la fuite de l'information est très présente quand la pathologie est mentale.

Il existe une crainte de la documentation des soins psychiques dans le dossier universitaire avec l'idée de conséquences néfastes (l'obtention future d'un poste, de l'information de la hiérarchie, ou tout simplement l'exercice de la fonction d'interne).⁴²

On peut trouver un biais d'autosuffisance chez les étudiants hérité de leur adolescence qui se traduit par une surestimation des capacités d'adaptation.⁴³

Cette frange de la population étudiante consulte plus tardivement, ce qui impacte négativement leur santé et leur insertion socio-professionnelle.

Ce biais tend à banaliser les troubles en les minimisant et met à distance la possibilité d'une prise en charge précoce.⁴⁴

On trouve un biais émotionnel du jeune adulte en construction qui a du mal à définir ses limites et ses sensations. Partant de ce principe, il aura du mal à identifier un mal être et n'aura pas la logique de solliciter de l'aide.⁴⁵

L'entourage peut être une source de stabilité et éviter un isolement pourvoyeur de morbidité dans le contexte des études médicales. Cependant on retrouve une forte réticence aux prises en charge spécialisée chez les étudiants qui préfèrent solliciter leur entourage amical et familial.⁴⁶

L'auto-stigmatisation et la désapprobation sociale sont dans la littérature sont des points importants dans la balance motivationnelle à l'accès aux soins.⁴⁷

La stigmatisation est retrouvée par l'OMS comme un obstacle à la santé important à surmonter.²⁸

C'est une facette surprenante de la part de médecins dont la vocation est le soin à l'autre sans jugement.

Le manque de visibilité des recours disponibles peut être une barrière à l'accès aux soins. Si la communication autour des structures n'est pas dispensée de façon décomplexée, la crainte du jugement peut être renforcée.^{48 49}

III. La Sensibilisation à la Santé Mentale chez les Internes

A. Informations dispensées par l'université de Lille

1. Éducation

La formation en psychiatrie dans le cursus médical a une place à part entière. La sensibilisation des étudiants à la discipline et donc aux pathologies mentales passe par l'enseignement théorique sur les bancs de la faculté et un enseignement pratique optionnel en stage. Une troisième composante plus insidieuse est la représentation péjorative de la discipline qui est véhiculée dans la population générale aussi bien que par le corps soignant.⁵⁰

A Lille, l'enseignement de la psychiatrie et de la santé mentale s'effectue durant les 6 premières années de formation, avant l'ECN.

Durant le 1^{er} cycle, le domaine de la psychiatrie est abordé dès l'année PACES dans l'enseignement « psychologie médicale » du module SSH (Santé – société – Humanité). Cet enseignement étudie les aspects psychologiques, personnels et interpersonnel en relation avec la maladie au sens non spécifique.

C'est l'étude de la psyché dans la relation médicale, son fonctionnement chez le malade, le médecin et la représentation de la maladie. Son objectif est de sensibiliser les étudiants à la dimension psychique du soin chez les intervenants qu'ils soient soignants ou soignés. Néanmoins au cours de cette année particulièrement ardue pour les étudiants, les enseignements de psychiatrie représentent un volume horaire très faible.

En 2^{ème} année, l'enseignement théorique de SSH en tronc commun regroupe un volume horaire de 20h pour 4h consacrés à la psychologie médicale. Il existe un enseignement optionnel intitulé « psychologie médicale » de 32h avec un encart « clinique des équipes soignantes et des médecins » qui traite de la santé mentale chez le soignant.

En 3eme année, se trouve toujours dans le module SSH, un enseignement intégré « système neuro sensoriel et psychiatrie » où la notion de la stigmatisation des soins peut être abordée en fonction des intervenants.

En 5eme année, on retrouve l'enseignement de la psychiatrie, avec les critères diagnostiques et traitements, en vue du passage de l'ECN. Durant le 3eme cycle, hormis les internes de psychiatrie, de médecine générale, de médecine du travail et de quelques rares demandes motivées hors filières (par exemple pédiatrie et neurologie), il n'existe pas de pratique de psychiatrie chez les autres internes.

L'enseignement de la psychiatrie pouvant promouvoir la santé mentale et sensibiliser de façon scientifique les étudiants sur les pathologies mentales se limite à ces créneaux.

Cependant une étude tend à décrire le faible impact des cours fondamentaux axés sur les critères diagnostiques, les symptômes et les traitements sur la déstigmatisation de la discipline et de ses patients. ⁵¹

Une étude chinoise propose que des facteurs individuels tels que l'expérience personnelle des étudiants et leur affinité à la discipline psychiatrique aurait un effet significatif sur la réduction de la stigmatisation de la pathologie mentale. ⁵²

Hors créneaux spécifiques sur l'enseignement de la psychiatrie, la littérature retrouve une position différente des étudiants à la pathologie mentale pouvant influencer leur raisonnement et attitude vis-à-vis de cette dernière.

Une étude montre que les étudiants les plus jeunes dans le cursus ont une vision globalement plus positive de la psychiatrie que les internes.

90% des enseignants et professeurs de médecine transmettraient une image négative des psychiatres. On distinguerait un niveau de stigmatisation plus important chez les enseignants que chez les étudiants. ⁵³

2. Accompagnement et orientation des internes en difficulté

L'accompagnement des internes dans la faculté de médecine de Lille repose essentiellement par un repérage sur les lieux de stage.

Il tient aux chefs de service d'avertir la faculté de la présence d'un interne en difficulté exerçant sous leurs responsabilités.

L'étudiant est alors convoqué par la faculté par son responsable pédagogique, poste actuellement occupé par le Pr HAZZAN.

Après rencontre avec ce dernier, l'étudiant peut être orienté vers le SUMPPS, la médecine du travail ou son médecin traitant. Il peut être potentiellement re-convoqué à la faculté dans le cadre d'un suivi.

Si le Pr HAZZAN le trouve nécessaire, l'étudiant peut être vu par le Pr THOMAS, psychiatre de son état, qui évalue la souffrance et oriente sur des structures ou des spécialistes au besoin.

B. Le Parc de structures régionales

Les recours aux soins dans la région sont multiples et couvrent une large modalité d'accès et de suivi. Ces structures sont spécialisées dans l'accueil des étudiants et certaines plus spécifiquement de l'étudiant en médecine et de l'interne.

1. Les structures universitaires

Les structures de soins universitaires sont au nombre de 2 sur la région Lilloise.

- **BAPU**

Le BAPU est une structure de soins uniquement axée sur la santé psychologique des étudiants ou jeunes adultes en formation de 17 à 28 ans qui souhaitent une aide psychologique sur leur propre initiative.

Le BAPU garantit l'anonymat de la prise en charge.

Les consultations sont prises en charge par la sécurité sociale de l'étudiant sans avance de frais.

L'accès aux rendez-vous de consultation s'obtient par téléphone au 03 20 54 85 26 ou par présentation spontanée aux horaires de permanence des bureaux.

Le premier contact s'effectue en présence de la secrétaire et d'une assistance sociale qui programment une consultation avec un thérapeute (psychiatres, psychologues).

Le délai avant première consultation est estimé entre 3 et 6 mois d'attente.

Les horaires de permanence sont de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h du lundi au vendredi excepté le mardi de 8h30 à 12h30 et de 15h à 17h.

L'adresse est au 153 Boulevard de la liberté 59000 Lille.

- SUMPPS

Le SUMPPS est une structure d'accueil universitaire axée sur la santé.

Elle a un abord plus général, médico-psycho-social, des étudiants de l'université de Lille.

Sa vocation est la prévention primaire de la santé, de l'hygiène et du bien-être des étudiants.

Les consultations sont prises en charge par la sécurité sociale de l'étudiant sans avance de frais.

La prise en charge psychologique se réalise uniquement sur rendez-vous avec un psychologue.

Il existe un numéro de téléphone unique 03 62 26 93 00.

Les horaires sont de 8h30 à 17h sans interruption hors périodes de vacances.

Le SUMPPS se déploie sur 5 sites aux niveaux des différentes universités.

Les différentes adresses sont :

- Campus cité scientifique

avenue Poincaré

59650 Villeneuve d'Ascq

- Campus Moulins/Ronchin

125, bd d'Alsace,

59024 Lille

- Campus santé
Faculté de médecine pôle formation
avenue Eugène Avinée
59120 Loos

- Campus Pont-de-bois
Maison de l'étudiant Bât. A, entrée A8
rue du barreau
59653 Villeneuve d'Ascq

- Campus Roubaix/Tourcoing
antenne IMMD/LEA
651 avenue des Nations Unis
59100 Roubaix

2. Les portes d'entrée

Il existe des structures de consultation en urgence, formées pour évaluer et orienter rapidement les situations aiguës qui dépendent du Centre Hospitalo-universitaire de Lille.

- Les Urgences Adultes du CHU de Lille

Présence permanente 24h/24 d'une équipe de psychiatrie composée d'une IDE, d'un interne de psychiatrie et d'un senior de psychiatrie.

Réalisation d'un entretien d'évaluation psychiatrique complété si nécessaire d'un bilan somatique avec orientation.

Il n'y a pas d'avance de frais.

Pas de notion de sectorisation.

L'entrée des urgences de l'Hôpital Roger Salengro se situe rue Émile Laine 59037 à Lille.

- La Consultation d'Urgences de Fontan

Astreinte permettant une évaluation et une orientation par un interne de psychiatrie avec séniorisation par un chef de Fontan 1.

Consultations spontanées sur présentation tous les jours ouvrés de 9h30 à 18h et le samedi jusque 13h.

Lien systématique avec la famille et le médecin traitant, en accord avec le patient.

Pas de notion de secteur de soins, prise en charge de tout patient de plus de 16 ans.

Service joignable au 03 20 44 42 15.

Hôpital Fontan 1 qui se situe 2 Rue André Verhaegen, 59037 Lille

- **Le CSAPA**

Le CSAPA a pour vocation initiale l'addiction et la dépendance sous toutes ses formes, mais reste une porte d'entrée accessible dans le soin psychiatrique général.

L'entrée dans le dispositif se fait sur présentation spontanée entre 9h et 11h30, sans rendez-vous avec un professionnel médical.

La prise en charge est anonyme et gratuite, il n'y a pas d'avance de frais.

Pas de notion de sectorisation en addictologie.

Le numéro de téléphone est le 03 20 44 59 46.

La structure Le PARI se situe 57 boulevard de Metz 59000 à Lille.

La structure BORIS VIAN se situe au 19 bis Boulevard Kennedy à Lille

- **Le CAC**

Le CAC est un lieu d'accueil et d'hospitalisation pour une durée brève, permettant l'accès aux soins pour les accès aigus des patients en état de crise.

Il existe une permanence téléphonique 24h/24 au 03 20 44 42 15.

Il se situe à l'hôpital Fontan 1, 2 Rue André Verhaeghe, 59037 Lille

3. Les structures de suivi

- **En Ambulatoire**

- **Les CMP**

Les CMP sont des structures de consultation et de suivi dépendantes de la sectorisation psychiatrique. ⁵⁴

Possibilité de prise en charge pluridisciplinaire avec IDE, psychologues et psychiatres. Soins réglés par la sécurité sociale après orientation par le médecin traitant.

Sans avance de frais.

Délai d'attente variable en fonction des secteurs.

- La CJC

Une consultation spécifique pour les jeunes consommateurs (majoritairement de 15 à 25 ans) s'effectue au CSAPA le Pari à Lille, le mercredi de 14h à 16h30.

Sur présentation libre le matin avec orientation secondaire vers la consultation du mercredi ou prise de rendez-vous téléphonique.

Pas d'avance de frais.

Anonymat respecté.

- Les psychiatres libéraux référencés par le Pr THOMAS pour permettre un accès dédié aux étudiants.

- A titre d'exemple sur la métropole lilloise nous retrouvons des praticiens libéraux exerçant en **Secteur 1** :

le Dr LIETAERT Nadia, au 71 avenue Marx Dormoy 59000 Lille

le Dr BOUCHE Nicolas, au 30 Bd Général Leclerc 59100 à Roubaix

le Dr SIMONIN Florent, au 26 Rue Brûle Maison 59000 Lille

- **Secteur 2** :

le Dr LESUR et le Dr DUTOIT, 25 Bd de la Liberté 59000Lille

Le Dr NEHME Ali , Dr LECLERCQ Guillaume et le Dr LORIDON François, au 240 avenue de la République 59110 La Madeleine

Le Dr VAVASSEUR à Roubaix

- SPS

Le SPS est association nationale principalement active par le biais de leur plateforme téléphonique joignable au 08.05.23.23.36

Ils proposent une permanence d'écoute 24h/24 et 7 jours/7 au travers d'échanges gratuits et anonymes pour tous les professionnels de santé.

- **En Hospitalier**

- La Clinique de Lautéamont

Il s'agit d'une clinique psychiatrique spécialisée dans la prise en charge des enfants à partir de 8 ans, des adolescents et jeunes adultes jusque 25 ans en hospitalisation libre à temps complet ou partiel (de jour ou de nuit si besoin).

Il s'agit d'une prise en charge du soin mental pluridisciplinaire.

La permanence médicale est assurée 24h/24.

L'orientation peut être réalisée par tout médecin traitant ou psychiatre de ville ou rencontré sur une structure d'urgence.

Le coût financier est pris en charge par la sécurité sociale et les mutuelles.

Numéro de téléphone 03 20 57 88 09

La clinique se situe 1 rue de Londres 59120 à Loos

- Le CPAA et Ilot psy

Le CPAA et ilot psy sont des lieux d'accueil et d'hospitalisation pour une durée brève, permettant l'accès aux soins pour les accès aigus des patients en état de crise.

Ils sont soumis contrairement au CAC à la sectorisation psychiatrique.

Numéro de téléphone 03 20 78 22 22

Ouvert 24h/24

2 rue Desaix 59000 Lille

- MDA :

Accès gratuit avec ou sans rendez-vous du lundi au samedi de 13h à 19h. 2 antennes à Lille et Roubaix

Maison des Ados

- Lille Métropole

1, rue St Génois

59000 Lille

- Versant Nord-Est Pôle Ressources Jeunesse Laënnec

1, rue Joseph Dubar

59100 Roubaix

Accueil des jeunes de 11 à 21 ans, leur famille et les professionnels du soin
Équipe composée de travailleurs sociaux, de médecins spécialistes (pédopsychiatre, nutritionniste, gynécologue, sexologue), d'infirmiers et de psychologues.

Il existe différentes cliniques semi-privées qui permettent des prises en charge après évaluation du dossier. A titre non exhaustif nous retrouvons sur la région Lilloise :
La Maison Fleurie, le Parc Monceau, la Passerelle, la Clinique des 4 cantons, la Clinique de la Mitterie, la Clinique des Hauts de France, la Clinique de l'Escrebieux

IV. Les objectifs du travail de recherche

Le bien être des internes en médecine passe par la possibilité de reconnaissance de souffrance psychique. Le paradoxe de la faible sollicitation des structures devant une population manifestement en souffrance est symptomatique d'un trouble multifactoriel. Plus la prise en charge est précoce, meilleur est le pronostic. La difficulté à reconnaître sa souffrance cumulée à une sollicitation tardive des soins sont vecteurs de perte de chances.³⁸

Dans ce contexte, nous avons trouvé pertinent d'explorer la connaissance des internes concernant les structures pouvant les accueillir. Nous avons réalisé à cette fin un questionnaire à rédaction en ligne.

L'hypothèse principale était que les internes ne disposent pas des connaissances permettant leur accès au soin psychique. Dans les objectifs secondaires nous avons recherché des pistes d'amélioration des canaux de diffusion d'information aux internes.

MATERIELS ET METHODES

L'étude est observationnelle, descriptive et transversale incluant une population de 1 632 internes. Elle porte sur le recueil et l'exploitation d'informations obtenues par un questionnaire rédigé sur une plateforme en ligne.

I. Population cible

La population ciblée de l'étude était les internes en médecine et chirurgie toutes spécialités de l'université de Lille toutes promotions confondues.

Cette population inclut 1632 internes recrutés parmi les 44 filières de spécialités du 3eme cycle des études médicales à la période du 2eme trimestre 2019.

Nous les avons regroupés en 4 grands groupes pour ne pas alourdir le questionnaire. Nous avons isolé le groupe « Psychiatrie », étant de fait, exposé professionnellement aux structures étudiées.

Dans la proposition « Autre » se trouvent par exemple la médecine du travail, la santé publique, la biologie.

II. Le questionnaire

Le questionnaire a été rédigé début d'année 2019.

Il s'agit d'un outil de mesure de la visibilité des structures de soins en santé mentale de la région lilloise par les internes de l'université de Lille. Le questionnaire est composé de vingt questions offrant chacune des réponses à choix multiples exclusivement fermées. La participation est basée sur le volontariat.

Les résultats ont été analysés par tableur Microsoft Office Excel.

Nous avons construit ce questionnaire afin de répondre à des attentes ciblées. Elles comprennent la connaissance des structures, l'exposition à leur utilisation et des pistes de réflexions proposées aux internes afin d'améliorer leur accès aux soins.

L'objectif principal de l'étude trouve ses réponses dans les questions 7, 7bis, 8bis, 10, 11.

Les objectifs secondaires sont été abordés par la question 14 pour les pistes d'amélioration de la diffusion, et par les questions 17, 18 pour la sensibilisation à la santé mentale.

Les questions 1, 2, 3, 4, 5 et 6 permettent de mieux définir la population.

Les questions 8, 9 et 12 explorent la sous sollicitation des structures malgré la présence d'un trouble mental.

La question 13 explore la possibilité de la personne ressource si besoin.

Les questions 15 et 16 explorent la stigmatisation de la pathologie mentale.

Les questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 ont obligatoirement nécessité une ou plusieurs réponses pour que l'ensemble du questionnaire soit validé et envoyé dans la base de données afin d'être comptabilisé. Les Questions 7bis et 8bis n'étaient pas obligatoires et dépendaient respectivement de la réponse aux questions 7 et 8.

La présentation des items des questions 3, 5, 7bis, 8bis, 9, 13, 14, 15, 16 et 18 a été configurée de façon aléatoire pour ne pas induire de préférences ou de stéréotypes dans le rendu des réponses.

Ce questionnaire a exclusivement été utilisé pour cette étude.

III. Réalisation de l'enquête

Ce questionnaire était accessible sur Internet et distribué sur les réseaux sociaux type groupes de promotion et pages d'associations étudiantes par l'intermédiaire d'un questionnaire Google Forms.

Sur la page d'accueil du questionnaire, il était précisé que ce dernier était anonyme.

A. Période de recueil des données

Le recueil des données nécessaires à cette étude a été réalisée du 26/05/2019 au 17/06/2019.

Le début du recueil correspond au moment de la mise en ligne du questionnaire. La date de fin a été fixée par des délais de rédaction.

B. Les Données

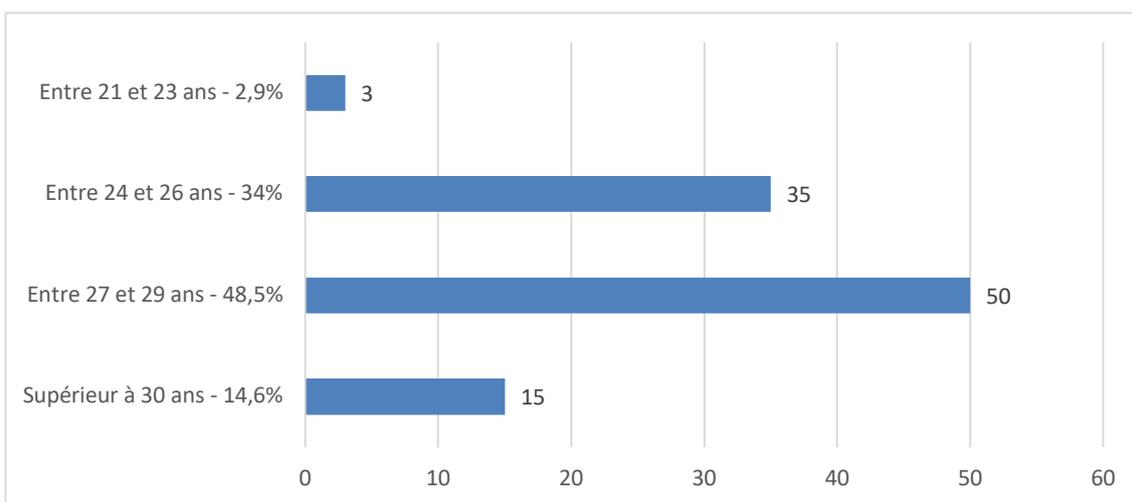
Les réponses au questionnaire étant anonymes, sans possibilité d'établir un quelconque lien entre réponses et répondants, le fichier constitué n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL.

RESULTATS

Nous avons eu un taux de réponse de 6,3% avec 103 internes ayant répondu au questionnaire.

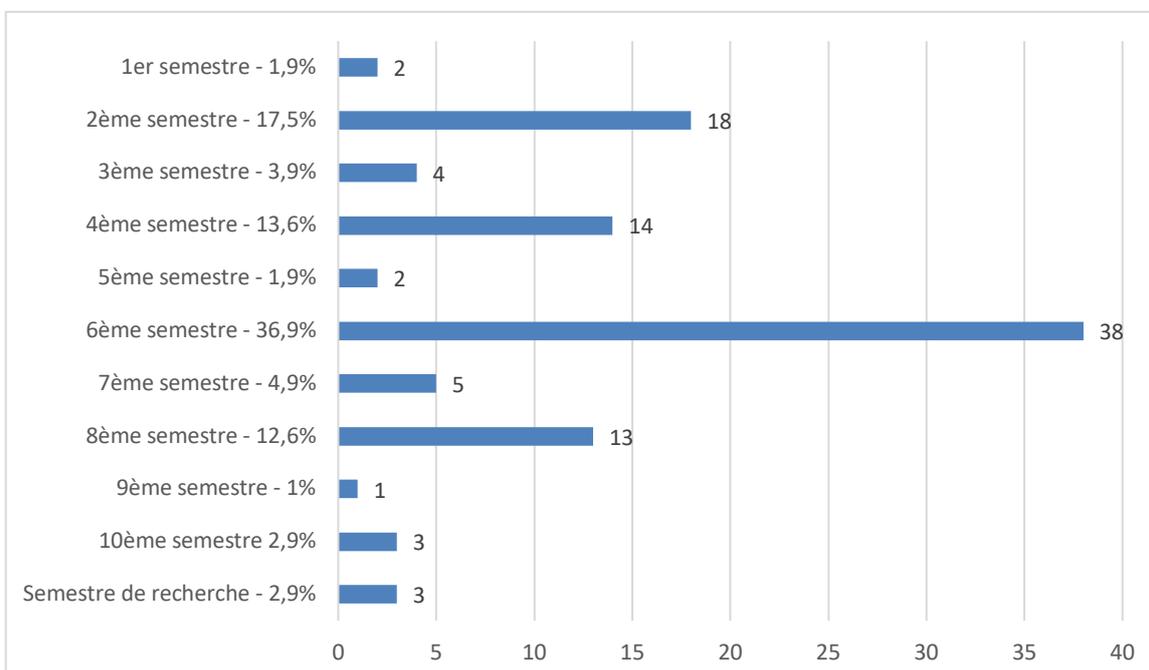
Question 1 :

Quelle est votre tranche d'âge ?



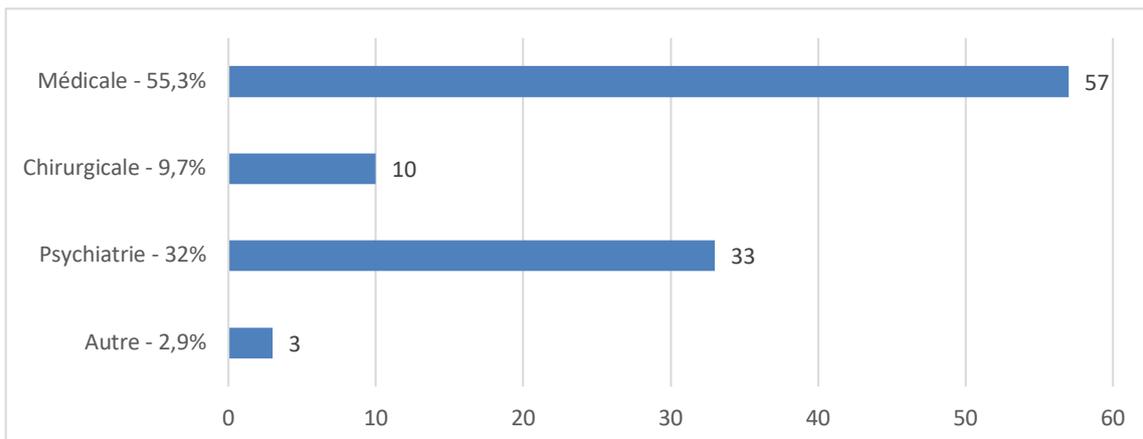
Question 2 :

Quelle est votre semestre d'internat ?

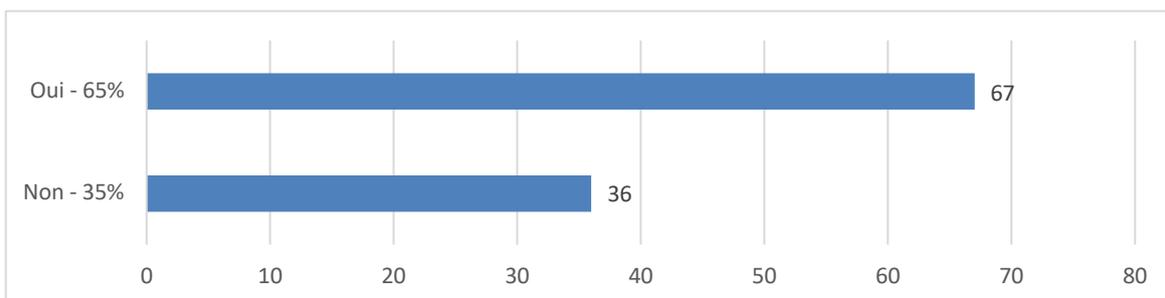


Question 3 :

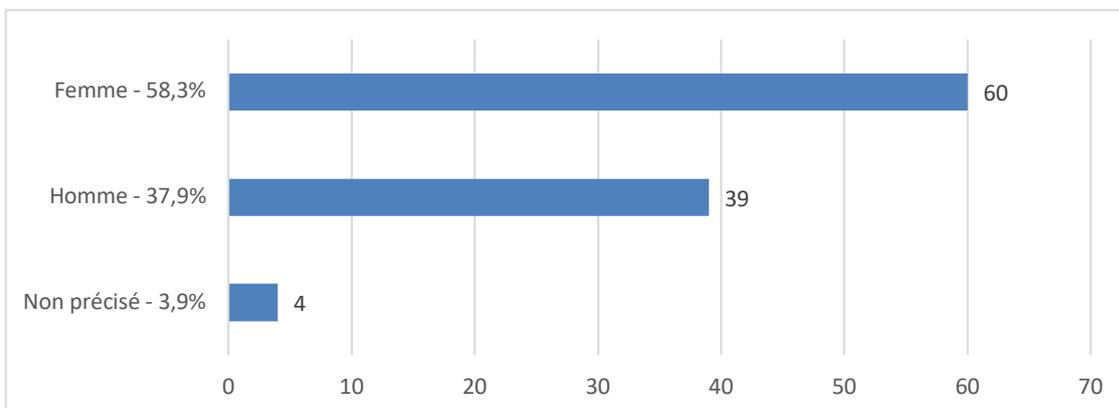
Quelle est votre spécialité post-externat ?

**Question 4 :**

Avez-vous fait votre externat à Lille ?

**Question 5 :**

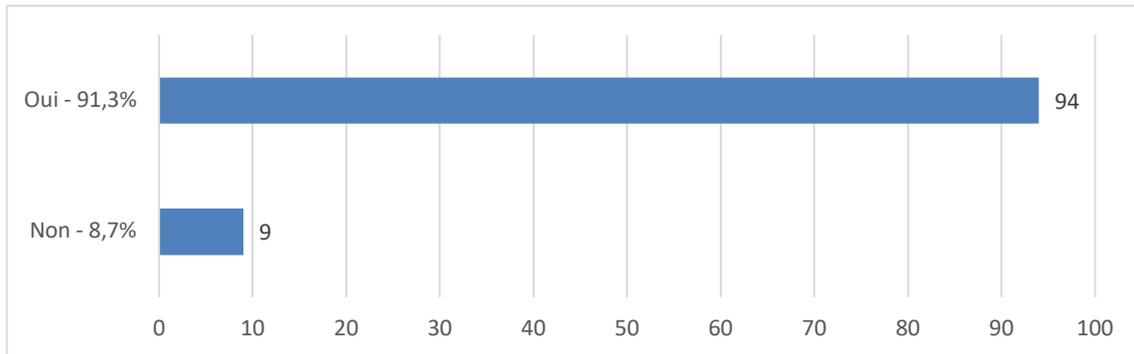
Quel est votre genre ?



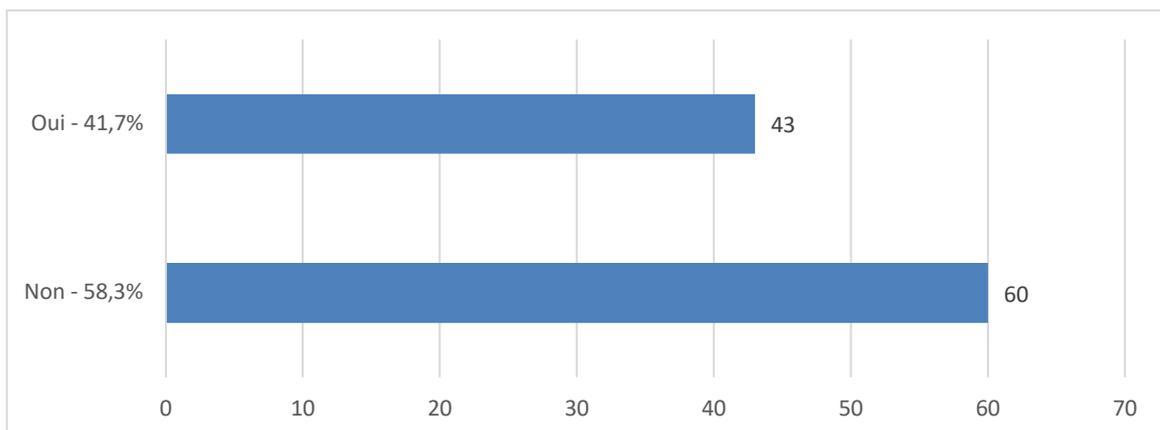
On retrouve une nette prédominance de réponses de la catégorie « Femme ».

Question 6 :

Avez-vous facilement accès aux soins de manière générale ?

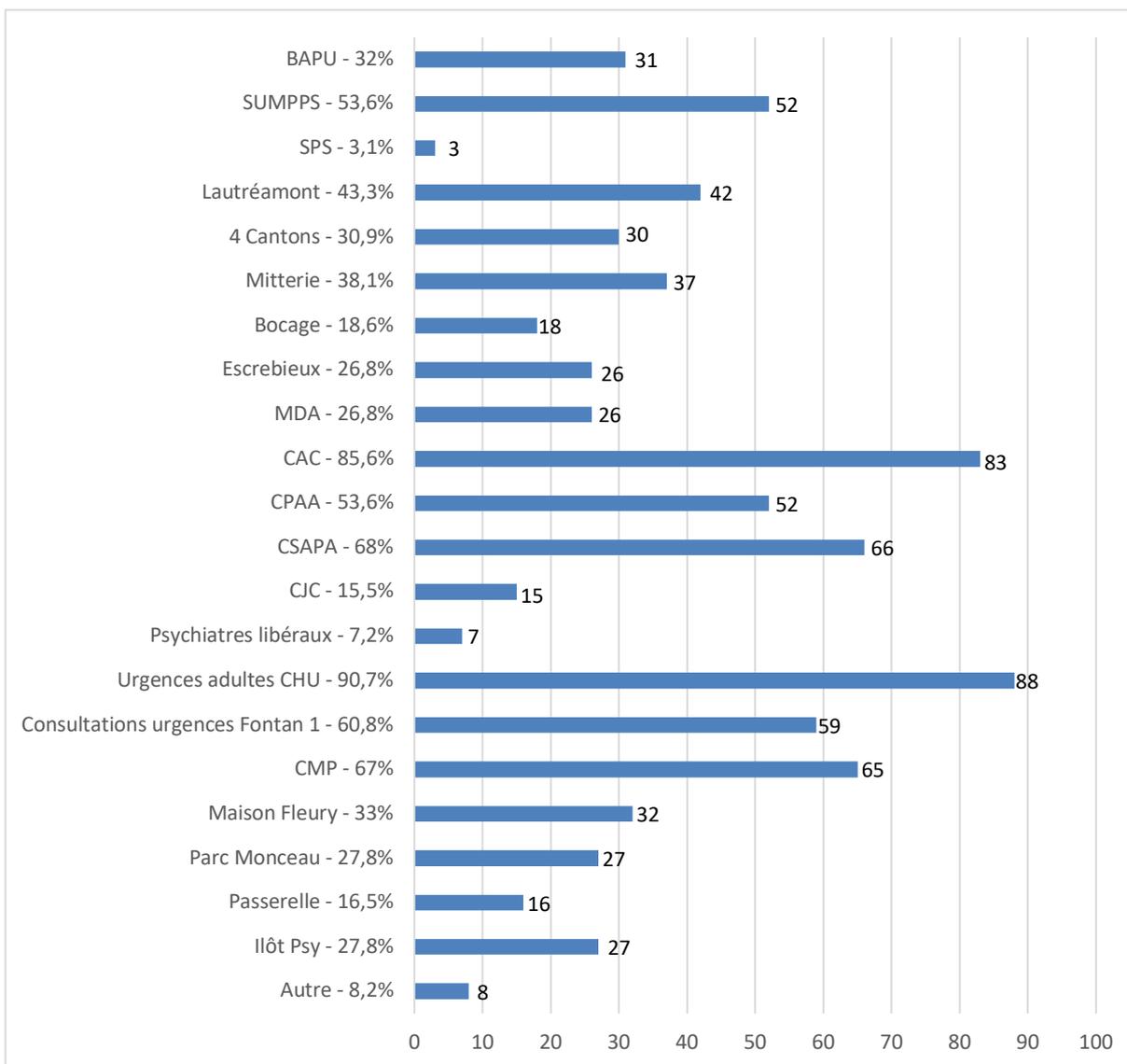
**Question 7 :**

Connaissez-vous des structures de soins psychiatriques qualifiées pour les internes en médecine ?



Question 7bis :

Connaissez-vous ces structures ?

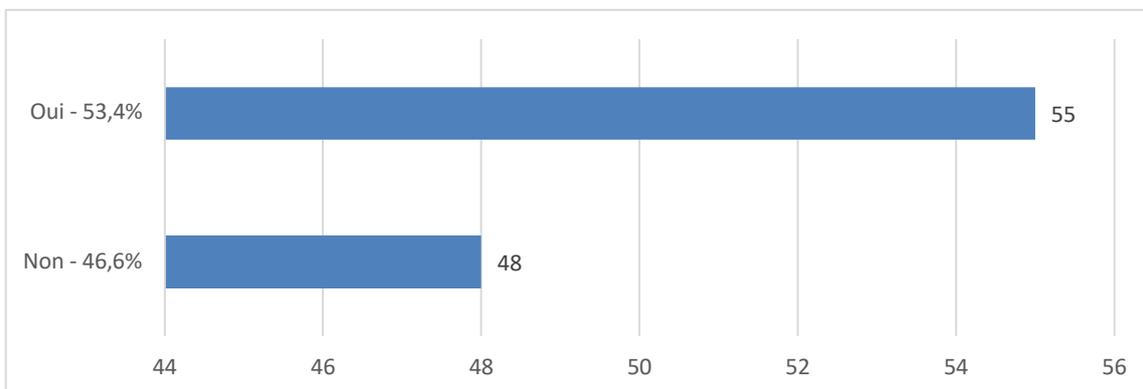


Cet item liste de manière non exhaustive la majorité des structures d'accueil de santé mentale de la région Lilloise.

On retrouve une nette visibilité des Urgences adultes du CHU de Lille pour 90,7% des internes, du CAC pour 85,6% des internes, du CSAPA pour 68% des internes et des CMP de secteur pour 67% des internes.

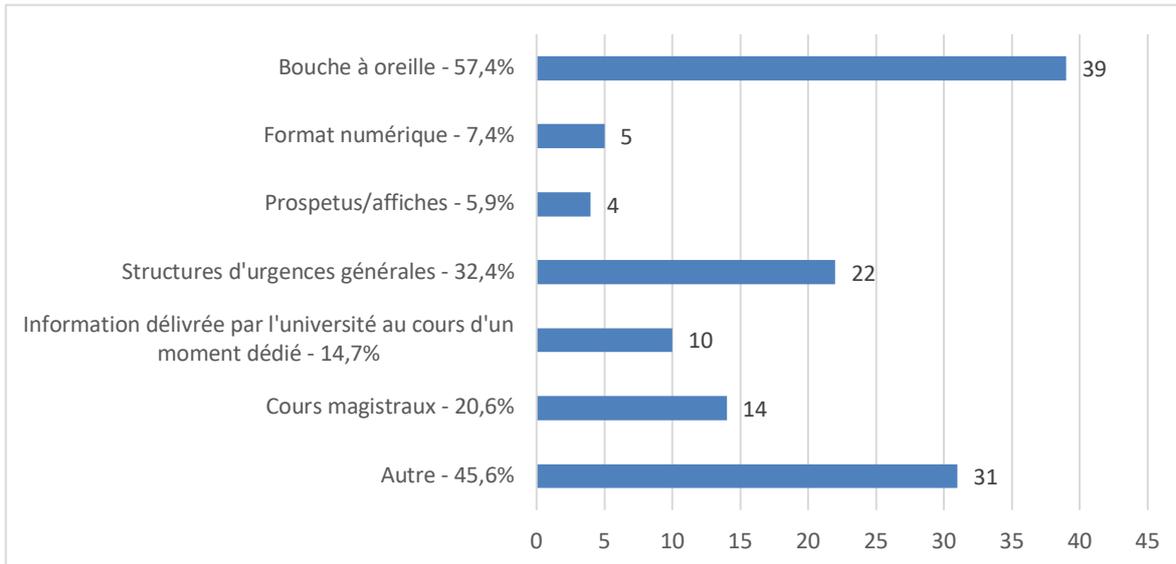
Question 8 :

Connaissez-vous quelqu'un (vous inclus) ayant eu recours à l'une de ces structures ?

**Question 8bis :**

Si oui, par quel moyen ces structures ont-elles été portées à votre connaissance ?

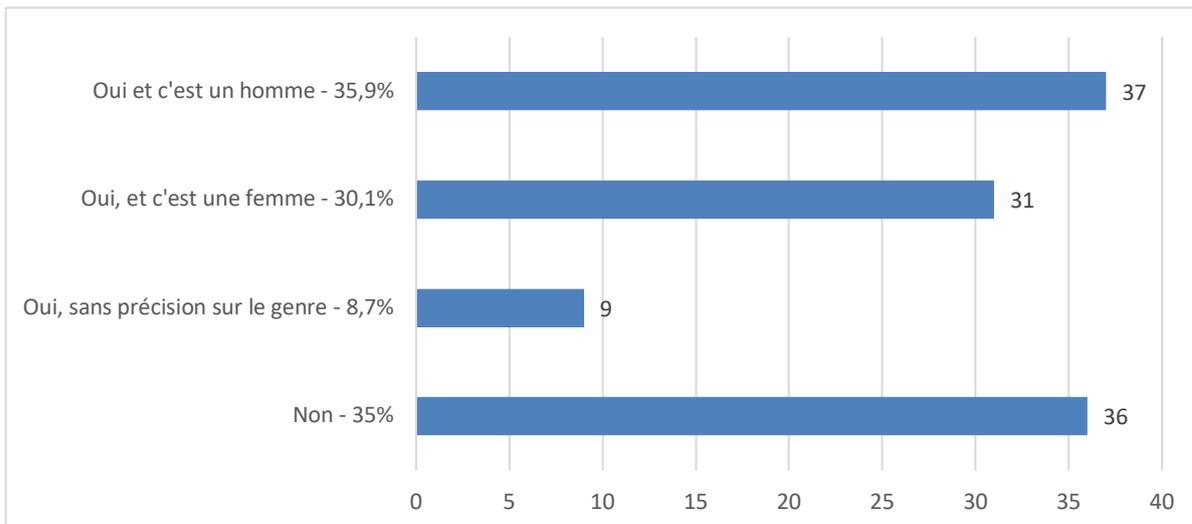
Si non, passez à la question suivante.



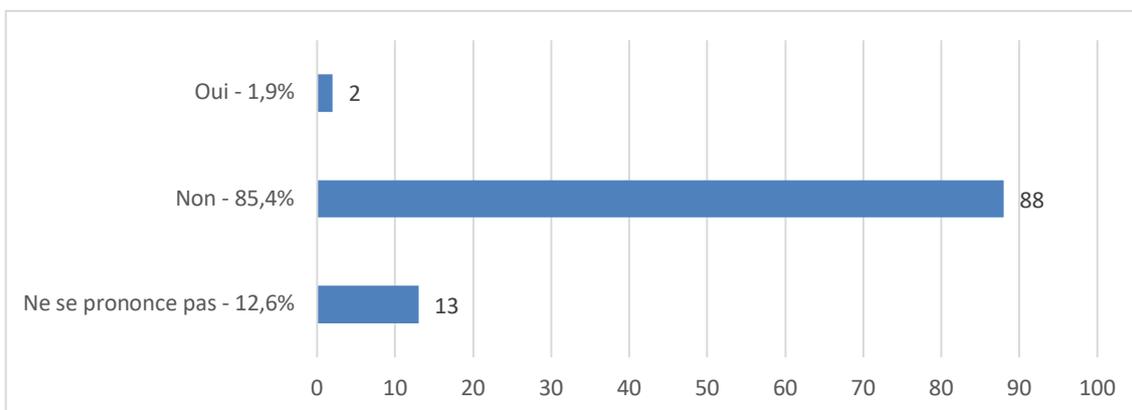
On retrouve en tête de liste « le bouche à oreille » pour 57,4% des sondés sur la façon dont les structures ont été portée à leur connaissance.

Question 9 :

Connaissez-vous quelqu'un qui en aurait besoin ?

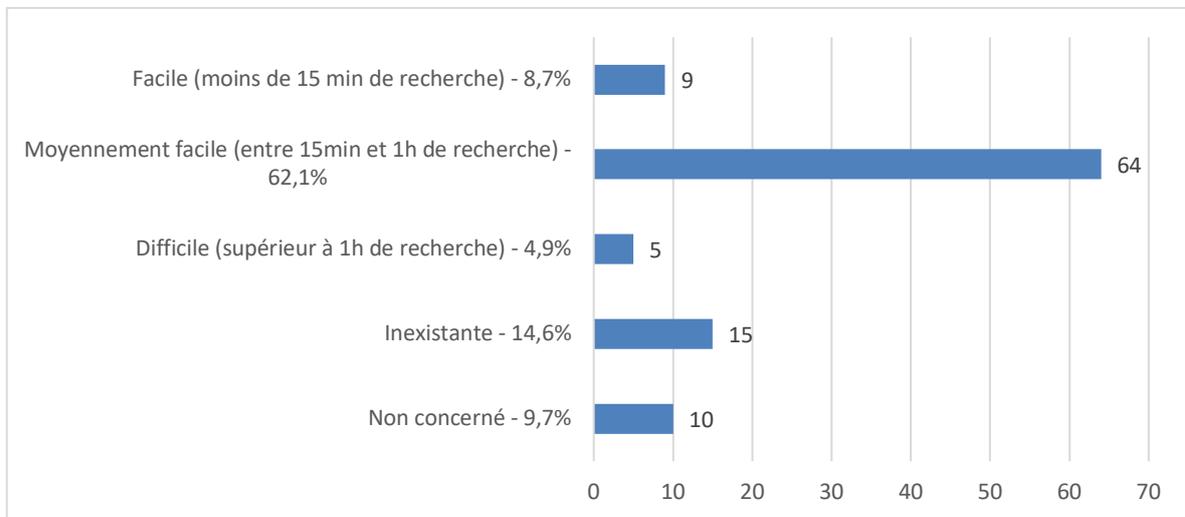
**Question 10 :**

Actuellement, la délivrance de l'information concernant l'accès à l'offre de soins vous paraît-elle adaptée ?

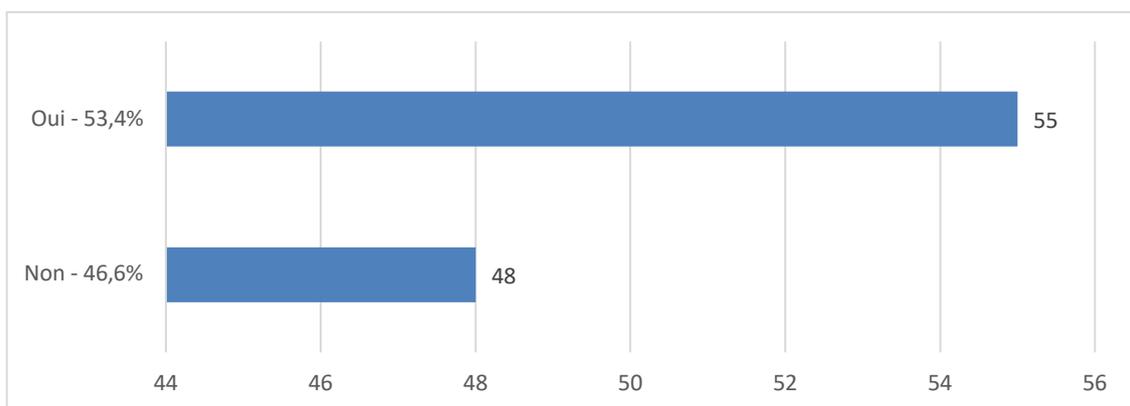


Question 11 :

Comment qualifieriez-vous l'accès à l'information sur l'existence de ses structures ?

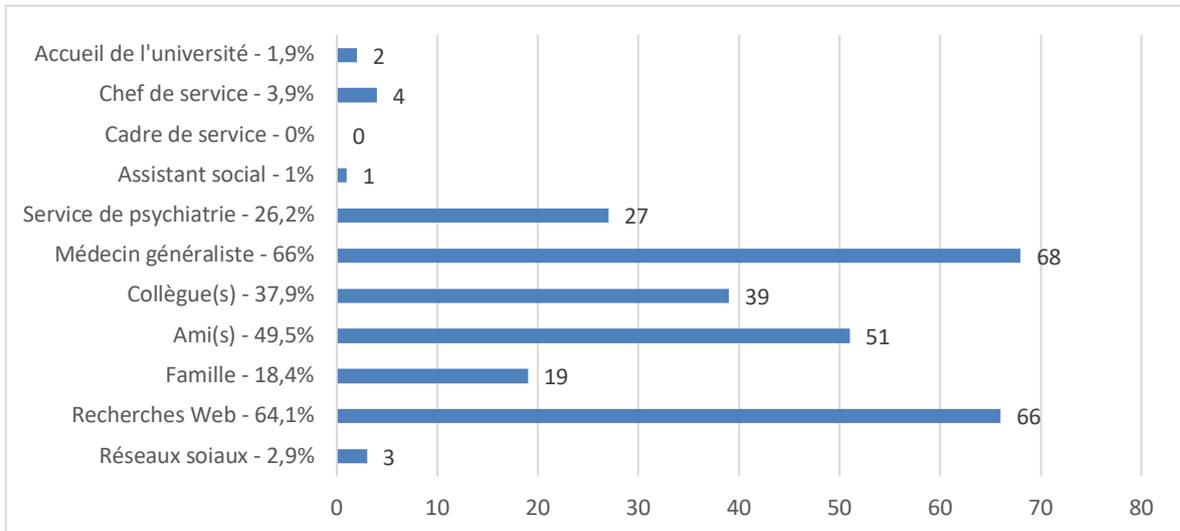
**Question 12 :**

Avez-vous déjà conseillé ces structures à quelqu'un ?



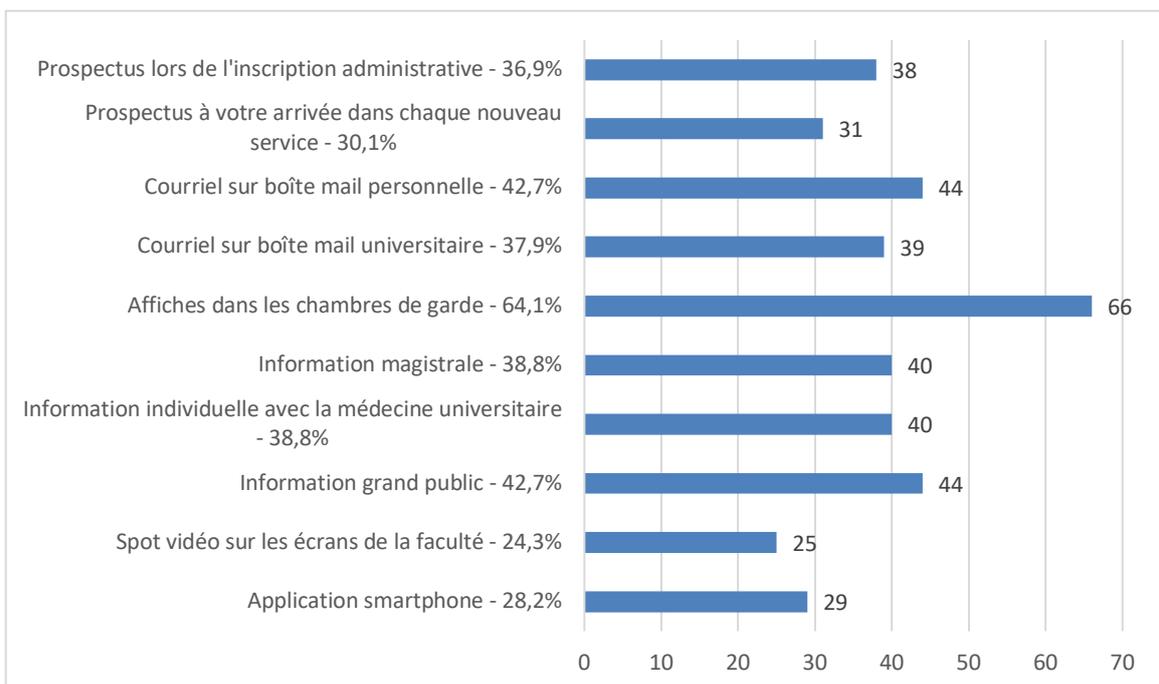
Question 13 :

Vers qui vous tourneriez vous spontanément pour vous informer ?



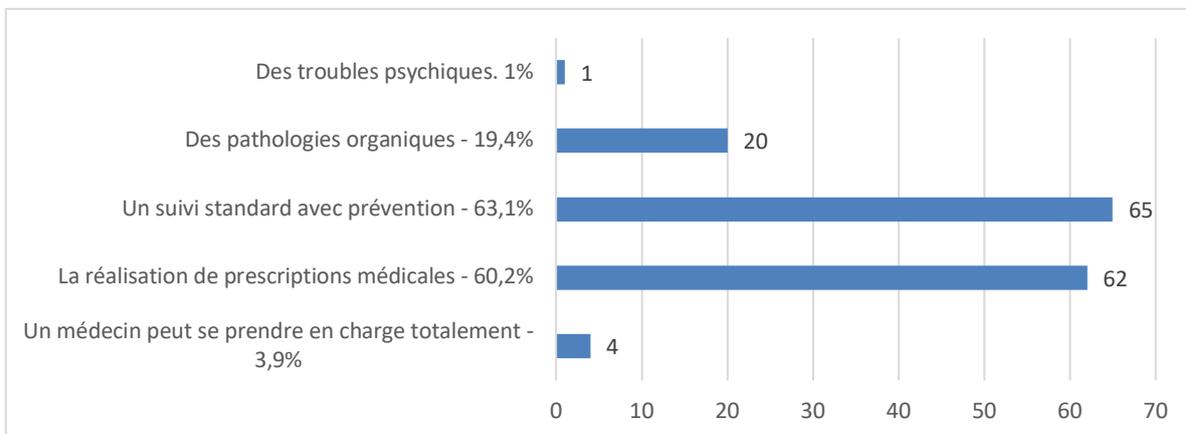
Question 14 :

Par quel moyen apprécieriez-vous de voir diffuser l'information ?



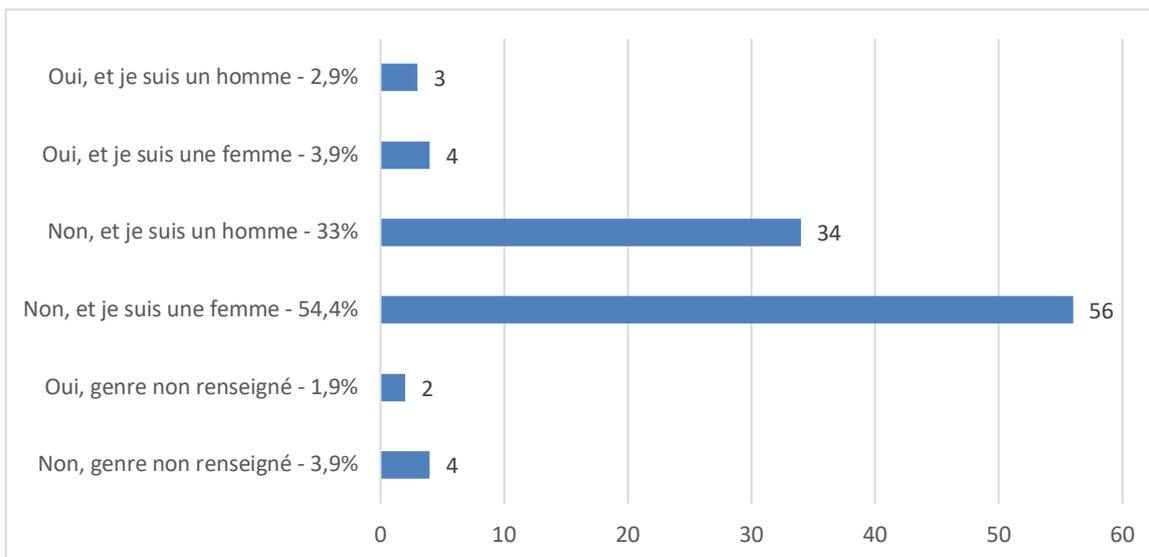
Question 15 :

Pour vous, un médecin peut-il se prendre en charge seul et se passer de l'expertise de ses collègues pour ?



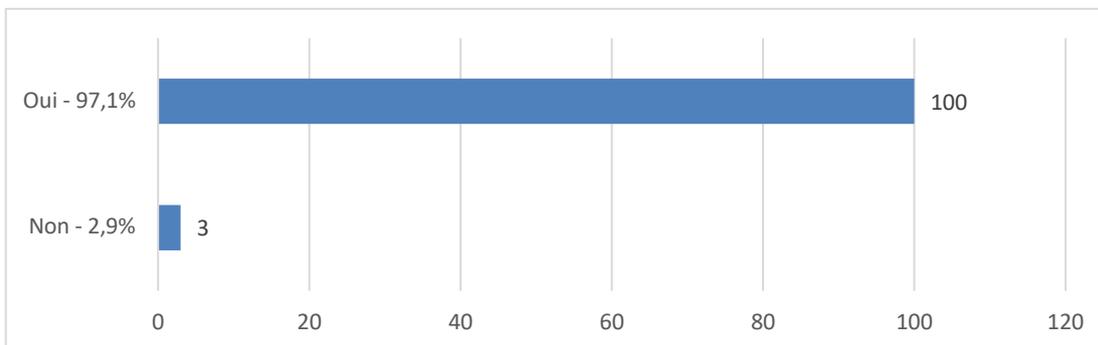
Question 16 :

Pensez-vous qu'il soit simple pour un interne d'aller vers le soin pour un problème psychique ?

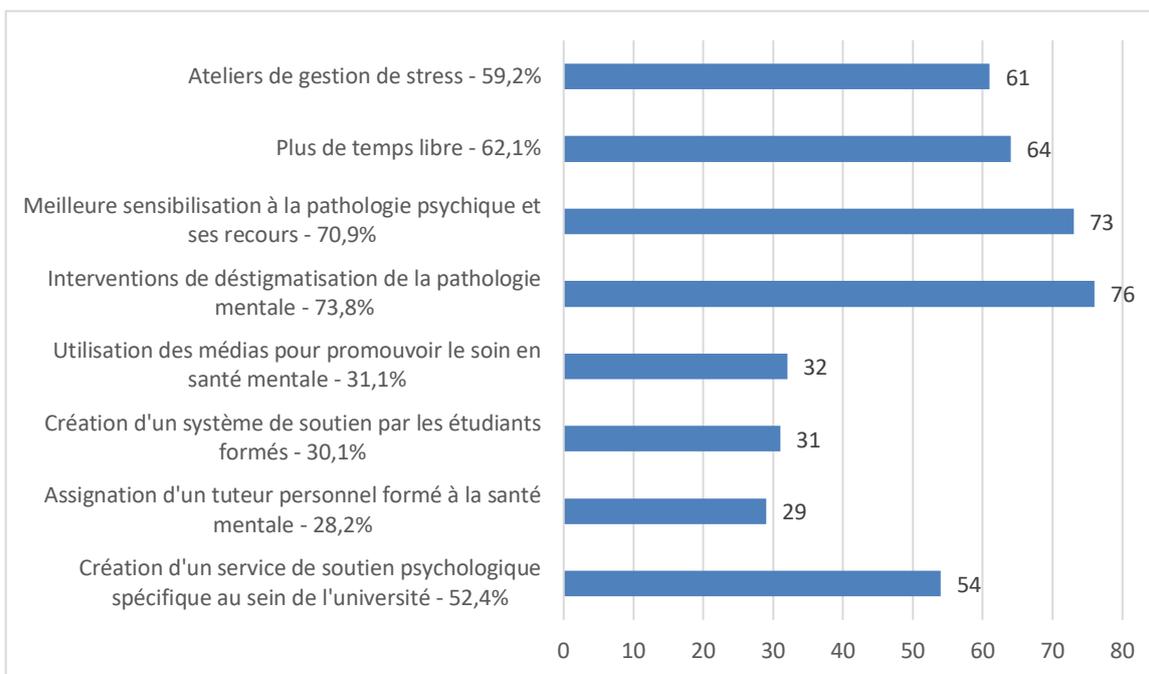


Question 17 :

Pensez-vous que l'université pourrait participer à la prévention de troubles psychiques ?

**Question 18 :**

Si oui, par quel moyen l'université pourrait y contribuer ?



DISCUSSION

I. Réponse à l'objectif principal de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de connaître le niveau de connaissance des internes toutes spécialités confondues des structures de soins en santé mentale dans notre région particulièrement fournie en la matière.

Les questionnaires ont permis de mettre en exergue certains points cruciaux de la sensibilisation actuelle à la pathologie mentale et à ses recours chez les internes, comme le manque de visibilité des structures de prise en charge, des délivrances d'information jugées lacunaires et le plus souvent informelles, et la difficulté manifeste pour les internes à se tourner vers les soins psychiques. Nous allons étayer ces propos ci-dessous.

58,3% des internes interrogés disent ne pas connaître de structures de prise en charge spécifique.

La délivrance de l'information sur l'offre de soins en santé mentale est jugée inadaptée par 85,4% des sondés et plus de la majorité des étudiants ont été informés de leur existence par le bouche à oreille ou autre.

62,1% trouvent que l'accès à l'information sur l'existence des structures est moyennement facile.

Ces derniers points restent questionnant, car les internes censés être sensibilisés aux possibilités de soins de par leur exposition professionnelle démontrent une carence d'informations officielles bien ciblées.

Suite à la question abordant la connaissance ou non de structures d'accueil spécifique des internes, est présentée une liste concrète de structures de soins se voulant la plus exhaustive possible.

On retrouve sélectionnées en tête de liste les principales structures d'urgences avec 90,7% pour les urgences adultes du CHU de Lille et 85,6% pour le CAC de Fontan 1.

On trouve ensuite, 68% de réponses pour le CSAPA, 67% pour les CMP de secteur, 60,8% pour les consultations d'urgences de Fontan 1.

Les structures de soins universitaires sont sélectionnées à raison de 53,6% pour le SUMPPS et seulement 32% pour le BAPU.

La possibilité d'une prise en charge libérale en ville par des psychiatres référencés n'est connue que de 7,2% des sondés.

La pathologie mentale est taboue même pour les soignants. Les structures d'aides sont relativement difficiles à identifier, et la communication de leur existence est même perfectible chez les spécialistes et coordinateurs du soins (les internes). Le fait d'avoir du mal à trouver de l'information participe encore plus à la représentation de cette stigmatisation délétère pour la santé de l'interne.

II. Commentaires sur les résultats

Concernant les objectifs secondaires, les internes ayant répondu aux questionnaires ont pu mettre à la lumière des demandes concernant leurs attentes au sujet de la prévention et de l'accès au soin mental.

Ainsi si les internes sont en écrasante majorité d'accord pour exprimer un accès au soin général aisé il n'en est pas de même en cas de troubles psychiques. Les recours recherchés dans ce cas sont très souvent en dehors des systèmes de santé usuels. Face à cette problématique les internes ont pu s'exprimer et ont été nombreux à désirer un remaniement de l'abord, la sensibilisation et la déstigmatisation de la pathologie mentale, au travers de communications innovantes. De plus, la quasi-totalité d'entre eux a décrit un investissement de l'université à ce sujet comme pertinent.

Nous allons explorer ces différents points plus en détails ci-dessous.

Sans surprise, nous retrouvons une tranche d'âge représentative d'étudiants correspondant à l'entrée dans le 3eme cycle. Le critère âge reste représentatif d'une population d'étudiants de 3eme cycle des études médicale. Les étudiants de plus de 30 ans représentent tout de même 14,6% des répondants.

On retrouve une plus grande participation des 6eme semestre toutes spécialités confondues parmi les répondants à raison de 36,9%, et une majorité des répondants se trouve dans la tranche du 6eme semestre jusqu'à la fin du 3eme cycle.

On peut y voir une affinité à répondre à l'enquête plus importante devant une meilleure exposition aux soins mentaux plus le cursus avance. On peut aussi y voir une volonté de contribuer aux questionnaires de thèse dans le contexte de fin de cycle.

De plus, le moment de la publication du questionnaire explique la plus faible représentation des internes en semestres impaires.

Parmi les catégories de spécialités post externat, on trouve proportionnellement une sur représentation des internes de psychiatrie. Cet effectif s'explique en grande partie par le sujet du questionnaire. Même si on obtient un meilleur taux de réponse, les internes de psychiatries n'adhèreraient pas plus que les autres spécialités aux structures de soins mentaux. Ce résultat est intéressant car rentre en opposition avec l'étude chinoise présentée plus haut qui décrit une affinité pour la psychiatrie comme facteur positif dans la stigmatisation des soins. Ainsi le fait d'avoir une image positive de la pathologie mentale ne serait pas synonyme d'accès plus fréquent au soin.⁵²

On retrouve une nette prédominance de participation au questionnaire chez les femmes. Les femmes paraissent ici plus enclines à se livrer sur le sujet de la santé mentale, ce qui est en accord avec les données de la littérature vues précédemment. Ce taux de réponse en nette prédominance féminine est à mettre en contraste avec l'identification dans l'entourage de personnes susceptibles de devoir solliciter ces structures qui elle est plutôt masculine.

A la question générale avez-vous accès aux soins sans autres précisions, on obtient une très grande proportion de réponse « Oui ».

Donc à la possibilité de trouver de l'aide médicale, les internes présentent de bonnes dispositions.

Alors pourquoi y a-t-il une sous sollicitation des structures de soins à vocation de santé mentale ?

On retrouve des éléments de réponse dans l'étude.

A l'intitulé pensez-vous qu'il soit simple pour un interne d'aller vers le soin pour un problème psychique, la tendance est plutôt à la négative. On peut sans conjectures y voir une représentation négative de ce type de soins déjà décrit dans la population médicale développé dans l'introduction.

L'impression de barrière psychologique à l'accès aux soins psychiques est cependant ambivalente. Pour illustrer cette problématique, une étude sur l'accès aux soins mentaux menée à l'université de Yale retrouve une majorité d'étudiants déclarant qu'ils n'auraient pas de difficulté à aller vers le soin en cas de maladie. 25 % des étudiants ont ressenti une dégradation de leur santé mentale après le début des études. Ces

mêmes étudiants admettent fréquemment dès lors ne pas rechercher d'aide une fois confronté à cette problématique. Il semblerait que la présence du trouble psychique impacte négativement l'accès aux soins. ¹⁸

La question « connaissez-vous quelqu'un (vous inclus) ayant eu recours à l'une de ces structures » retrouve 53,4% de réponses positives chez les sondés. On peut en déduire que le besoin est là. Cependant ce chiffre peut être majoré par la surreprésentation des internes de psychiatrie plus à même de connaître des personnes et orienter des patients en souffrance.

La littérature montre que l'interne préfère solliciter l'entourage familial et amical que les soins. ⁴⁶

Au cours de notre étude nous avons demandé vers qui vous tourneriez vous spontanément pour vous informer.

On retrouve en grande majorité la mention des recours hors universitaires et hospitaliers, à raison de 66% vers leur médecin généraliste, 64,1% de recherches sur le web et 49,5% vers le cercle amical.

Nous pouvons encore une fois interpréter ces résultats comme la résultante de la représentation négative de la pathologie mentale, à cacher de ses pairs et pères, et de la mise en doute de la confidentialité à l'hôpital et à la faculté.

Un travail de communication est donc essentiel pour multiplier les moyens d'accès aux soins en désacralisant « les personnes recours », et rappeler le principe de confidentialité.

Le recours au médecin généraliste qui peut garder une position neutre vis-à-vis des autres institutions est symptomatique de la façon dont les étudiants perçoivent ce type de trouble. Cependant, les internes ne sont pas 100% à le solliciter, ce qui montre un travail à effectuer aussi dans ce sens.

L'incorporation des médecins généralistes est importante dans ce contexte délétère de cloisonnement institutionnel. Cette crainte de perte de chance dans leur cursus est souvent retrouvée la littérature. ¹⁹

Il nous a paru intéressant de proposer des idées de diffusion nouvelles de l'information devant la méconnaissance des structures existantes.

Ainsi, 64,1% des sondés ont sélectionné l'option des affiches de sensibilisation et d'information dans les chambres de garde. L'énorme majorité des internes effectue des gardes. Ces gardes sont généralement fatigantes, nécessitant 24h de présence d'affilée, à contre horaire ou le weekend. Les internes se retrouvent au moins quelques heures dans ce lieu où ces affiches d'information pourraient être vues du plus grand nombre dans un contexte de garde avec un écho particulier.

À 42,7% nous retrouvons un vote pour une meilleure information grand public et l'envoi de courriels de sensibilisation sur la santé mentale et le parc des structures de prise en charge. Ces deux méthodes sont pistes à développer.

Les prospectus lors de l'inscription administrative ou dans l'arrivée dans chaque nouveau service, les courriels sur l'adresse personnelle, une information magistrale, ou individuelle de la médecine du travail, des spots vidéo sur les écrans de la faculté ou une application sur smartphone retrouvent une plus faible adhésion et semblent donc des propositions moins pertinentes.

Les étudiants en médecine ont tendance à ne pas se faire prendre en charge pour les pathologies psychiques. A titre d'exemple, le sondage student BMJ de 2015 a retrouvé seulement 15,7% des étudiants qui ont recherché l'aide parmi 30,5% présentant des problèmes psychologiques et 15% d'idéation suicidaire.¹⁵

Les internes, en tant que sous-groupe de cette population, peuvent facilement avoir accès à l'auto-prescription et donc avoir la possibilité de se soigner seul.

60,2% des internes pensent qu'un médecin peut réaliser ses propres prescriptions et 63,1% un suivi standard avec prévention.

99% des internes pensent ne pas pouvoir se prendre en charge pour des troubles psychiques, montrant une reconnaissance à part de ce domaine d'application dans leur pratique. Corrélées aux prévalences des troubles psychiques, ces données invitent à améliorer l'accompagnement des étudiants en détresse.

80% pensent ne pas pouvoir prendre en charge des pathologies somatiques.

Une place de coordinateur du médecin traitant est nécessaire pour articuler soins somatiques et psychiques qui sont intriqués.

Malgré l'appréhension de la confidentialité, nous avons demandé si l'université avait un rôle à jouer dans la prévention des troubles psychique.

97,1% des sondés ont répondu par l'affirmative. On voit une demande des étudiants à changer la politique de l'université qui propose les services du SUMPPS à la fois pour la médecine préventive et la possibilité de suivis psychologiques. Ce service a néanmoins des limites, notamment en termes d'effectif et de délai, et n'est peut-être pas adapté à l'importante population étudiante et plus particulière encore des internes.

Dans l'optique de trouver des pistes d'amélioration de la prise en charge primaire dans la santé mentale, nous avons proposé des solutions que l'université pourrait apporter. Avec surprise, 73,8% des sondés accordent de l'importance à la nécessité d'intervention de dé-stigmatisation de la santé mentale et demandent à 70,9% une meilleure sensibilisation aux pathologies mentales.

62,1% demandent plus de temps libre et une diminution de la charge de travail, notion abondamment retrouvée dans la littérature et permettant une meilleure hygiène de vie.

16 17

59,2% aimeraient la création d'ateliers de gestion de stress à la faculté et 52,4% la création d'un service de soutien psychologique à la faculté.

Face à ces constats, il serait intéressant de réfléchir à la mise ne place de nouvelles façons de communiquer et d'aider les étudiants.

III. Les Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude mono centrique, de courte durée dans le temps.

La population non exhaustive n'est peut-être pas le reflet des internes toutes filières confondues de la faculté de médecine de Lille.

La puissance de l'étude est modeste.

La faible participation doit toutefois être nuancée. Face à cette problématique touchant la psyché du soignant, le déni de la population médicale a pu contribuer à cet effectif réduit.

Ce travail n'a pas été réalisé avec de liens avec la faculté.

La région des Hauts-de-France a des spécificités dans l'offre de soins en santé mentale comparativement aux autres régions de France (7 CAC, Plusieurs services d'urgences, etc) rendant cette étude difficilement extrapolable.

|

IV. Les pistes de réflexion

A. Les recommandations dans le domaine universitaire

Un rapport composé d'une revue systématique de littérature, d'un sondage en ligne, et d'entretiens avec des représentants universitaires de médecine a permis de dégager des axes principaux de travail sur l'accompagnement des étudiants en vue de leur bien-être dans le cursus universitaire. ¹⁸

Il y est recommandé d'aménager au sein de la faculté, un environnement et des moments propices à l'échange sur des thématiques de santé mentale afin de réduire la stigmatisation qui y est associée.

On retrouve la mise en place d'un référent « pair » à chaque étudiant dont l'objectif non ambigu est la sensibilisation à la souffrance psychique et les recours existants après formation spécifique. La finalité étant de convaincre les étudiants de ne pas éviter à se faire soigner par crainte de figurer sur une liste noire de la faculté.

La notion d'aide précoce à la réinsertion des étudiants en rupture universitaire y est importante. L'intérêt est d'anticiper le retour aux études avec aménagement et de démarrer un suivi personnalisé plus soutenu.

Un point important soulevé par l'étude est l'importance de séparer les instances universitaires aidantes des instances universitaires décisionnaires pour crédibiliser ses aides dont la méfiance empêche l'accès et permettre une articulation entre soins et cadre pédagogique purgé de toute ambiguïté.

L'université de Cardiff au pays de Galles, qui présente un système de formation médicale similaire au système français, a appliqué les pistes de cette étude.

La mise en place d'un système de soutien des étudiants par les étudiants formés à reconnaître et fournir de l'aide, la mise en place d'une structure de soutien psychologique et de conseil dans la faculté et la surveillance individuelle des progrès des étudiants en difficulté potentielle ont semble-t-il permis de diminuer les prévalences des troubles mentaux et augmenter l'accès aux soins. ¹⁸

Ces différents points pourraient être abordés par la faculté de Lille en PACES (tôt dans le cursus) par le biais d'un tutorat inter étudiant spécifiquement formé au dépistage, soutien et recours.

Il serait intéressant de réaliser à Lille des informations grand public de sensibilisation et de déstigmatisation par le biais de plateformes d'échanges.

Il faut insister sur l'indépendance entre soins et décisions pédagogiques au sein de la faculté.

B. La Sensibilisation, la Prévention et le Dépistage durant les stages hospitaliers

Les internes pourraient être formés à prendre en charge leurs externes et les seniors à appréhender les difficultés potentielles de leurs internes pour essayer de changer cette dynamique de performance et replacer l'humain au centre de la formation hospitalo-universitaire.

Il y a donc un intérêt d'une formation managériale des seniors envers leurs subordonnés directs dans le domaine des risques psycho-sociaux comme le retrouve un rapport de l'IGAS de 2016.⁵⁵

Une étude montre l'importance du soutien des étudiants par leurs pairs et pères suite à un évènement traumatique ou vecteur d'anxiété dans leur pratique courante de la médecine. Ce soutien de personnes traversant ou ayant déjà traversé la même chose favoriserait le bien-être et la santé mentale.⁴⁹

Ce soutien peut revêtir l'aspect d'un débriefing décomplexé systématique, ponctuel ou à la demande l'interne, avec possibilité de lien vers le centre national de ressources sur le psychotraumatisme (basé au CHU de Lille).

C. Interventions de Déstigmatisation durant les formations pédagogiques

L'enseignement de la psychiatrie durant le cursus médical peut être un moment propice à la sensibilisation et la déstigmatisation de la pathologie mentale, ainsi qu'un moment de prévention et de promotion de la santé mentale. Cependant le volume

horaire n'est pas suffisant pour cette discipline transversale au vu de la stigmatisation affichée.

Comme développé plus haut dans l'introduction, la psychiatrie est un module d'enseignement à caractère particulier, en référence à sa valence dans les esprits.

La représentation des pathologies psychiatriques reste un point très noir dans l'imaginaire étudiant. Elle pourrait être abordée frontalement dans les enseignements afin de profiter de ce temps d'exposition, que sont les cours, pour favoriser cette déstigmatisation, frein majeur à la prise en charge.^{51 52}

L'abord psychique et humain des patients et du statut du soignant devrait être un standard pour toutes les spécialités médicales.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le niveau de connaissance des structures de santé mentale chez une population à risque psychique plus élevé.

Nous avons fixé comme hypothèse principale une carence de connaissance sur les structures de santé mentale.

L'exploitation de ce questionnaire sur la santé mentale tend à valider cette hypothèse au sein de la population de l'étude.

L'objectif secondaire de cette étude était de trouver des pistes d'amélioration des outils de communication.

Parmi ces pistes d'améliorations, ressortent de manière franche pour l'accès à l'information la nécessité d'un meilleur référencement sur internet et une intégration du médecin traitant plus importante dans le dispositif de soins.

La diffusion de l'existence de structures de soins par l'élaboration d'affiches dans les chambres de garde est plébiscitée par les étudiants.

Il ressort une volonté d'inclure la faculté de manière plus importante par des opérations de déstigmatisation.

Ce travail vient renforcer la notion d'une prise en charge pluridimensionnelle de l'abord de cette population particulière et de leur prise en charge.

Au regard des difficultés, cette prise en charge doit être poursuivie et étayée avec des approches nouvelles et innovantes. Elle doit s'appuyer sur une ambition politique forte de sensibilisation et de déstigmatisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Psychiatres et burnout ? étude de la prévalence du syndrome professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas de Calais. | Base documentaire | BDSP. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/462938/>. Accessed June 16, 2019.
2. Yves Leopold. Le suicide des médecins: Burnout. Médecin malade. Solutions. <http://www.arspg.org/datas/docs/13020136111.pdf>.
3. McGorry PD, Mei C. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Evid Based Ment Health*. October 2018:ebmental-2018-300060. doi:10.1136/ebmental-2018-300060
4. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010;304(11):1181-1190. doi:10.1001/jama.2010.1300
5. Payton FC, Yarger LK, Pinter AT. Text Mining Mental Health Reports for Issues Impacting Today's College Students: Qualitative Study. *JMIR Ment Health*. 2018;5(4):e10032. doi:10.2196/10032
6. Ghrouz AK, Noohu MM, Dilshad Manzar Md, Warren Spence D, BaHamam AS, Pandi-Perumal SR. Physical activity and sleep quality in relation to mental health among college students. *Sleep Breath*. 2019;23(2):627-634. doi:10.1007/s11325-019-01780-z
7. Geist R. Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev*. 2005;14(4):124.
8. Eksteen H-C, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(8):782-791. doi:10.1177/0020764017735865
9. Winzer R, Lindberg L, Guldbbrandsson 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
10. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2006;81(4):354-373.
11. 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
12. Ingram RE PJ. Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan. New York; London: Guilford. 2011.
13. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Aust E-J Adv Ment Health*. 2005;4(3):218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
14. Bond KS, Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychol*. 2015;3(1):11. doi:10.1186/s40359-015-0069-0
15. Selvaraj PR, Bhat CS. Predicting the mental health of college students with psychological capital. *J Ment Health*. 2018;27(3):279-287. doi:10.1080/09638237.2018.1469738
16. ANEMF. Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine, chiffres et ressentis. 2013. https://www.psychanalyse.com/pdf/Enquete_Condition_de_travail_des_etudiants_en_medecine.pdf.
17. Mourgues J-M LB-Lerouvillois. Commission jeunes médecins - section santé publique

et démographie médicale.

18. Suwalska J, Suwalska A, Szczygiel M, Łojko D. Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatr Pol.* 2017;51(3):503-513. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/67373
19. 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.
20. Shim G, Jeong B. Predicting Suicidal Ideation in College Students with Mental Health Screening Questionnaires. *Psychiatry Investig.* 2018;15(11):1037-1045. doi:10.30773/pi.2018.08.21.3
21. Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, Dhamoon AS. The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. *PloS One.* 2016;11(6):e0156554. doi:10.1371/journal.pone.0156554
22. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2005;163(7):561-567. doi:10.1016/j.amp.2004.07.015
23. Fond G, Bourbon A, Lançon C, et al. Psychiatric and psychological follow-up of undergraduate and postgraduate medical students: Prevalence and associated factors. Results from the national BOURBON study. *Psychiatry Res.* 2019;272:425-430. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.174
24. 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. *J Am Coll Health J ACH.* October 2018:1-11. doi:10.1080/07448481.2018.1515748
25. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016;50(1):132-149. doi:10.1111/medu.12927
26. ANEMF, ISNAR-IMG, ISNCCA et ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins, mardi 13 juin 2017 dossier de presse hopital saint anne. <https://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>.
27. 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 Res.* 2017;258:108-115. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.009
28. World Health Organization. World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
29. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):171-178. doi:10.1016/S2215-0366(15)00505-2
30. Valabrega JP. La relation thérapeutique. Malade et médecin. 1963.
31. Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. 2003.
32. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale. avril 2010.
33. Rougeron C, Mounier F. *Les Vrais Secrets d'un Médecin.* Buchet/Chastel. Paris; 2004.
34. Encyclopédie de L'Agora | Le médecin malade. Encyclopédie de L'Agora. http://agora.qc.ca/documents/medecin--le_medecin_malade_par_maurice_thibault. Accessed June 16, 2019.
35. Le serment d'Hippocrate et la déclaration de Genève, la déontologie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>. Published March 22, 2019. Accessed June 16, 2019.
36. MACSF.fr. La médecine dans les yeux de la génération Y. MACSF.fr. <https://www.macsf.fr/Demarrer-ma-vie-pro/Animation/La-medecine-dans-les-yeux-de-la-generation-Y>. Accessed June 16, 2019.
37. Leriche B. Le médecin malade. 2008.
38. Chabrol Arlette. Les médecins : des patients pas comme les autres. *Mag Ordre Natl*

Médecins. 2008;(1):22-27.

39. Garnier E. Dépression chez les étudiants en médecine L'impression de stigmatisation: Distorsion cognitive ou réalité. *Med Quebec*. 2010;45:3-17.
40. Watson D. *Mood and Temperament*. New York, NY, US: Guilford Press; 2000.
41. Mojtabai R. Unmet Need for Treatment of Major Depression in the United States. *Psychiatr Serv*. 2009;60(3):297-305. doi:10.1176/ps.2009.60.3.297
42. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med*. 1984;14(4):853-880. doi:10.1017/S0033291700019838
43. Labouliere C, Kleinman M, S Gould M. When Self-Reliance Is Not Safe: Associations between Reduced Help-Seeking and Subsequent Mental Health Symptoms in Suicidal Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:3741-3755. doi:10.3390/ijerph120403741
44. Brown JD. Evaluations of Self and Others: Self-Enhancement Biases in Social Judgments. *Soc Cogn*. 1986;4(4):353-376. doi:10.1521/soco.1986.4.4.353
45. 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. *Couns Psychol Q*. 2003;16(2):103-120. doi:10.1080/0951507031000152632
46. 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
47. Becker SP, Holdaway AS, Luebke AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2018;63(2):181-188. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.02.013
48. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine | Veille documentaire MTPH. <http://www.chu-rouen.fr/mtph/?p=8160>. Accessed June 13, 2019.
49. Cornette MM, deRoos-Cassini TA, Fosco GM, Holloway RL, Clark DC, Joiner TE. Application of an interpersonal-psychological model of suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2009;13(1):1-14. doi:10.1080/13811110802571801
50. 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
51. Sherwood DA. Healthcare curriculum influences on stigma towards mental illness: Core psychiatry course impact on pharmacy, nursing and social work student attitudes. *Curr Pharm Teach Learn*. 2019;11(2):198-203. doi:10.1016/j.cptl.2018.11.001
52. Zhu Y, Zhang H, Yang G, et al. Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma. *Asia-Pac Psychiatry*. 2018;10(2):e12294. doi:10.1111/appy.12294
53. Janoušková M, Weissová A, Formánek T, Pasz J, Bankovská Motlová L. Mental illness stigma among medical students and teachers. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(8):744-751. doi:10.1177/0020764017735347
54. Les secteurs de psychiatrie adulte des Hauts-de-France (2017). <https://www.f2rsmpsy.fr/les-secteurs-psychiatrie-adulte.html>. Accessed June 17, 2019.
55. Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. :144.

ANNEXES

Annexe 1: Le questionnaire

La Santé Mentale chez les Internes en Médecine et Chirurgie du 3em Cycle

Nous vous proposons de participer par le biais de ce questionnaire à établir un constat de vos connaissances, en tant qu'internes toutes spécialités confondues mais surtout en tant que soignant de 1ère ligne, de l'existence de structures de santé mentale déjà mises en place par et pour le personnel soignant.

Le but de l'étude sera d'établir le niveau d'exposition des structures existantes pour réévaluer des canaux de diffusion adaptées afin de leur offrir une meilleure visibilité.

Cette étude rentre dans le cadre d'une thèse sur la santé mentale des internes de l'académie de Lille dans la région Hauts-de-France.

La participation à ce questionnaire est anonymisée.

En vous remerciant pour le temps passé, qui ne devrait pas excéder plus de 5 minutes, à raison de 20 questions à choix multiples ou unique à réponses exclusivement fermées.

***Obligatoire**

1. 1/ Quelle est votre tranche d'âge ? *

Plusieurs réponses possibles.

- entre 21 et 23 ans
- entre 24 et 26 ans
- entre 27 et 29 ans
- supérieur à 30 ans

2. 2/ Quelle est votre semestre d'internat ? *

Plusieurs réponses possibles.

- 1er semestre
- 2em semestre
- 3em semestre
- 4em semestre
- 5em semestre
- 6em semestre
- 7em semestre
- 8em semestre
- 9em semestre
- 10em semestre
- semestre de recherche

3. 3/ Quelle est votre spécialité post externat ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Chirurgicale
- Autre
- Médicale (hors psychiatrie)
- Psychiatrie

4. 4/ Avez-vous fait votre externat à Lille ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

5. 5/ Quel est votre Genre ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne souhaite pas le préciser
- Femme
- Homme

6. 6/ Avez vous facilement accès aux soins de manière générale ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

7. 7/ Connaissance des Structures de soins : *

Connaissez-vous des structures de soins psychiatriques qualifiées pour les internes en médecine?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

8. 7bis/ Connaissances des Structures de soins :

Connaissez vous ces structures ?

Plusieurs réponses possibles.

- BAPU (bureau d'aide psychologique universitaire)
- SUMPSS (service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé)
- SPS (soins aux professionnels de santé)
- Clinique de Lautreámont
- Clinique des 4 cantons
- Clinique de la Mitterie
- Clinique du Bocage
- Clinique de l'Escrebieux
- MDA (maison des adolescents)
- CAC (centre d'accueil et de crise du CHU de Lille)
- CPAA (Centre Psychiatrique d'accueil et d'Admission)
- CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de prévention en addiction)
- Consultation des jeunes consommateurs
- Psychiatres libéraux référencés par l'université
- Urgences adultes du CHU de Lille
- Consultations d'urgences de Fontan
- CMP de Secteur
- Maison Fleury
- Parc Monceau
- La Passerelle
- Ilot psy
- Autre

9. 8/ Connaissez-vous quelqu'un (vous inclus) ayant eu recours à l'une de ces structures ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

10. **8bis / Si oui, par quel moyen ces structures ont-elles été portées à votre connaissance ? Si non, passez à la question suivante.**

Plusieurs réponses possibles.

- Format numérique
- Information délivrée par l'université au cours d'un moment dédié
- Structures d'urgences générales
- Prospectus/affiches
- Cours magistraux
- Bouche à oreille
- Autre

11. **9/ Connaissez-vous quelqu'un qui en aurait besoin ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, et ne se prononce pas sur le genre
- Oui, et c'est une femme
- Non
- Oui, et c'est un homme

12. **10/ Actuellement, la délivrance de l'information concernant l'accès à l'offre de soins vous paraît-elle adaptée ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

13. **11/Comment qualifieriez-vous l'accès à l'information sur l'existence de ses structures ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Facile (moins de 15min de recherche)
- Moyennement facile (entre 15min et 1h de recherche)
- Difficile (supérieur à 1h de recherche)
- Inexistante
- Non concerné

14. **12/ Avez-vous déjà conseillé ces structures à quelqu'un ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

15. **13/ Vers qui vous tourneriez vous spontanément pour vous informer ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Famille
- Ami(s)
- Service de psychiatrie
- Assistant social
- Cadre du service
- Réseaux sociaux
- Chef de service
- Médecin généraliste
- Recherches Web
- Collègue(s)
- Accueil de l'université

16. **14/ Par quel moyen apprécieriez-vous de voir diffuser l'information ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Courriel sur votre boîte mail personnelle via votre association étudiante de spécialité
- Information individuelle avec la médecine universitaire
- Application smartphone - tablette développée localement
- Prospectus à votre arrivée dans chaque nouveau service
- Courriel sur votre boîte mail universitaire
- Affiches dans les chambres de garde
- Prospectus lors de l'inscription administrative
- Spot vidéo sur les écrans de la faculté
- Information grand public
- Information magistrale

17. **15/ Pour vous, un médecin peut-il se prendre en charge seul et se passer de l'expertise de ses collègues pour : ***

Plusieurs réponses possibles.

- La réalisation de prescriptions médicales le concernant
- Un suivi standard avec prévention
- Des pathologies organiques
- Des troubles psychiques
- Un médecin peut totalement se prendre en charge seul

18. **16/ Pensez vous qu'il soit simple pour un interne d'aller vers le soin pour un problème psychique ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, et je suis un homme
- Oui, et je suis une femme
- Non, et je suis un homme
- Non, et je suis une femme
- Oui, et je ne veux pas renseigner mon genre
- Non, et je ne veux pas renseigner mon genre

19. **17/ Pensez vous que l'université pourrait participer à la prévention de troubles psychiques ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

20. **18/ Si oui, par quel moyen l'université pourrait y contribuer ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Ateliers de gestion de stress
- Assignation d'un tuteur personnel formé à la santé mentale
- Interventions de déstigmatisation de la pathologie mentale
- Création d'un système de soutien par des étudiants formés pour les étudiants
- Meilleure sensibilisation aux pathologies psychiques et ses recours
- Utilisation des médias pour promouvoir le soin en santé mentale
- Création d'un service de soutien psychologique spécifique au sein de l'université
- Plus de temps libre (diminuer la charge de travail universitaire et de stage)

Fourni par

 Google Forms

AUTEUR : Nom : LUC

Prénom : Romain

Date de Soutenance : 08 juillet 2019

Titre de la Thèse :

La santé mentale des internes de Médecine et Chirurgie en internat toutes spécialités confondues : état des lieux de la connaissance des recours disponibles sur le territoire de la faculté de Médecine de Lille en 2019

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : santé mentale, médecin, interne, structure de soins, accès aux soins

Résumé :

Contexte : Il existe une souffrance psychique significative chez l'étudiant de médecine par rapport à la population générale inhérente à sa formation professionnalisante. Des structures de soins spécifiques sont en place mais sont paradoxalement peu sollicitées malgré un besoin identifié.

Méthode : Ce travail a pour objectif d'évaluer le degré de connaissance de ces structures par l'étudiant de 3eme cycles des études médicales. Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale dans laquelle les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire destiné aux internes de la faculté de Lille.

Résultats : Les questionnaires ont été remplis par 103 internes sur une période de 22 jours. 58,3% des internes n'avaient pas notion des structures de soins psychiques les concernant et 85,4% ont décrit la délivrance actuelle de l'information à ce sujet comme défailante.

Conclusion : Cette étude confirme une exposition défailante des structures d'aide en santé mentale à sa population cible malgré une présence et capacité d'accueil suffisante et adaptée.

Composition du Jury : Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Docteur Ali AMAD, Docteur Hugo SAOUDI

Directeur de Thèse : Docteur Hugo SAOUDI