



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Psychiatrie et grands changements, l'évolution de la formation
répond-elle aux besoins d'évolution de la discipline en France ?**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Novembre 2019 à 18h
au (Pôle Recherche ou Pôle Formation)
par Audrey FONTAINE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Didier GOSSET*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur *Olivier COTTENCIN*

Monsieur le Docteur *Philippe GRANATO*

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur *Pierre THOMAS*

AVERTISSEMENT

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

ABBREVIATIONS

AFFEP : Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie

ARS : Agence Régionale de Santé

CCA : Chef de Clinique Assistant

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CEBF : Commission d'Evaluation des Besoins de Formation

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNEMMOP : Commission Nationale des Etudes de Maïeutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie

COPIL PSY : Comité de pilotage de la psychiatrie

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DG : Directeur Général

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

FST : Formation Spécialisée Transversale

FST : Formation Spécialisée Transverse

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISNI : Intersyndicale des Internes

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEA : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PML : Psychiatrie Médico-Légale

PPA : Psychiatrie de la Personne Agée

PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale

PTSM : Projets Territoriaux de Santé Mentale

R3C : Réforme du troisième Cycle des Etudes Médicales

UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes

UFR : Unité de Formation et de Recherche

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	7
A. LA FORMATION EN PSYCHIATRIE : LES CHANGEMENTS.	8
1. HISTORIQUE DE LA REFORME DU 3 ^{EME} CYCLE DES ETUDES MEDICALES	9
2. OBJECTIFS DE LA REFORME	12
3. SUIVI RAPPROCHE DE L'ETUDIANT	13
4. TRANSFORMATION DE L'OFFRE DE STAGE	21
B. LA SANTE MENTALE ET LA PSYCHIATRIE, DISCIPLINES D'INTERET	23
1. INTERET A L'INTERNATIONAL	24
2. INTERET EN FRANCE	25
C. OBJECTIF DE L'ETUDE	27
II. MATERIEL ET METHODES	28
A. METHODOLOGIE	28
B. POPULATION	28
C. DONNEES RECUEILLIES	29
D. ANALYSE STATISTIQUE	29
III. RESULTATS	30
A. POPULATION	30
B. FORMATION	32
C. PERCEPTION DES ENJEUX DE SANTE MENTALE	37
IV. DISCUSSION	41
V. CONCLUSION	51
VI. BIBLIOGRAPHIE	52

I. INTRODUCTION :

Les systèmes de santé sont en constante évolution : les acteurs y sont nombreux, la gouvernance parfois difficile à appréhender clairement. De plus, les avancées scientifiques, technologiques, sociétales, éthiques, et démographiques viennent en permanence faire évoluer les besoins et les attentes de la population. Par exemple, l'e-santé (1) et l'intelligence artificielle ont ouvert le champ des possibles en termes d'accès à l'information, d'interactions et de délivrance des soins (2), tout en amenant tout un lot de questionnement sur le plan éthique et sécurisation des données . Les contraintes financières croissantes dans le monde de la santé obligent à faire des choix stratégiques afin d'assurer les meilleurs soins au meilleur coût. La globalisation et les évolutions sociétales orientent les soins vers une approche plus populationnelle. Garantir la qualité des soins dans un système aussi volatile, incertain, complexe, ambigu est ainsi devenu un véritable challenge, et nécessite une certaine résilience de la part des professionnels de santé (3,4). L'éducation étant « l'arme la plus puissante pour changer le monde » (N.Mendela), la formation apparaît comme un élément essentiel. La France a par conséquent souhaité restructurer complètement la formation des médecins afin de répondre aux nouveaux enjeux du système de santé. La formation médicale en France est divisée en 3 cycles successifs : le premier cycle qui permet d'acquérir les fondamentaux scientifiques, le deuxième cycle qui ouvre à l'approche clinique et aux stages au lit du malade, et enfin le troisième cycle qui permet l'apprentissage approfondi d'une spécialité choisie. La réforme des études médicales a commencé par ce troisième cycle, et s'effectue parallèlement aux évolutions de la santé.

Dans le champ de la santé, une discipline qui a subi, et continue de subir, de profondes transformations, est la psychiatrie/santé mentale. Un changement de paradigme complet a lieu depuis quelques années : la psychiatrie asilaire laissant progressivement la place à des soins centrés sur la personne et intégrés à la cité (5). De plus, la santé mentale, longtemps négligée, s'affiche désormais, comme un des principaux enjeux, à la fois en termes sanitaires mais également en termes sociétaux et économiques. « *On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants* », Lucien Bonnafé, *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*, 1991.

Une question émerge alors : est ce que les changements dans la formation permettent aux futurs professionnels de psychiatrie de mieux appréhender les enjeux du système de soins et d'être prêts à faire face aux défis de demain ?

A. La formation en psychiatrie : les changements.

La formation en psychiatrie en France a été profondément modifiée par la réforme du troisième cycle des études médicales, mise en application en novembre 2017 (6).

Fruit de 8 ans de réflexions, cette réforme a pour objectif d'améliorer la formation des étudiants en médecine afin que ceux-ci disposent, à la fin du 3ème cycle, des compétences leur permettant d'être en capacité d'exercer pleinement leur profession, et le cas échéant de s'installer immédiatement.

La réforme a également permis de repenser complètement l'apport pédagogique au cours de l'internat, de rediscuter des compétences nécessaires à

l'exercice du métier de psychiatre, d'harmoniser les objectifs de formation et les modalités d'évaluation des futurs psychiatres.

Elle réduit aussi certaines disparités qui existaient au sein des formations. En effet, plusieurs formations complémentaires de degrés d'exigences variables (d'une centaine d'heure de théorie et un mois de pratique en capacité d'addictologie à 2 ans de stages et cours en DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires) d'addictologie par exemple) menaient à la même sur spécialisation, et à la même autorisation d'exercice.

Enfin, elle a modifié les formations complémentaires et surspécialisations reconnues de notre discipline. Nous évoquerons ici en détails les principaux piliers de cette réforme.

1. Historique de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales

Face à la volonté d'une formation médicale en France plus homogène et plus moderne, des réflexions ont été menées sur la restructuration du troisième cycle des études médicales.

En 2009 est lancée une première Commission de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI1), suivie en 2011 d'une deuxième version, la CNIPI 2. Il en est ressorti la nécessité d'une restructuration et l'importance de créer des « niveaux de formation », c'est à dire qu'un interne en début de cursus ne peut pas être soumis aux mêmes exigences d'autonomie et de compétences qu'un interne de fin de cursus, et par conséquent ne peut pas prétendre aux mêmes lieux de stages.

En 2013 un nouveau groupe de travail est constitué, sur proposition des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche : le

groupe de travail troisième cycle, mené par les Professeurs PRUVOT et COURAUD. Faisant suite aux réflexions préalables, le rapport remis par ce groupe de travail (7) préconisait une formation subdivisée en trois phases progressives et à valider: socle, intermédiaire, et mise en responsabilité. Ces trois phases correspondraient à une augmentation graduelle des compétences et du niveau de responsabilité. Le groupe de travail troisième cycle propose également une réorganisation complète des formations initiales et complémentaires avec suppression des DESC qualifiants et non qualifiants, création de nouveaux Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES), et passage à seulement 3 filières : spécialités médicales, spécialités chirurgicales et biologie médicale. La psychiatrie quant à elle, perdrait son statut de discipline à part entière, pour être intégrée dans le champ des spécialités médicales.

La mise en autonomie des internes en phase 3 a beaucoup inquiété les jeunes, et l'ISNI, Intersyndicale Nationale des Internes, a manifesté en 2015 son désaccord sur de nombreux points de la réforme telle qu'elle était proposée. S'en est suivie la mise en place d'une nouvelle commission la CNEMMOP : Commission Nationale des Etudes de Maïeutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie, dont la première réunion s'est déroulée en juillet 2015. L'objectif de cette commission était de formuler des propositions concertées sur les évolutions pédagogiques. Les discussions se sont poursuivies, plus ou moins tendues, allant jusqu'à la grève des internes en Avril 2017.

Le 27 Novembre 2016 paraît au journal officiel le décret n°2016-1597 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine (8). Ce décret sera complété par 2 arrêtés : celui du 12 avril 2017 fixant l'organisation du troisième cycle (9), et celui du 21 avril 2017 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées (10), y compris les options et formations spécialisées transversales, les connaissances et

compétences générales et spécifiques nécessaires à acquérir.

2. Objectifs de la reforme

Légiférée par le décret du 25 Novembre 2016 et par 2 arrêtés (12 et 21 avril 2017), la réforme du troisième cycle institue le diplôme d'études spécialisées comme le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité.

L'acquisition des connaissances et compétences professionnelles y est progressive, et son évolution est colligée dans un portfolio rempli par l'étudiant. Ce portfolio, qui comprend un carnet de stage, permet de déterminer si l'étudiant répond aux exigences pédagogiques de chacune des phases définies dans la maquette de formation de sa spécialité.

Au cours de sa formation, le futur médecin apprend ainsi à devenir : clinicien, communicateur, coopérateur, acteur de santé publique, scientifique, et responsable au plan éthique et déontologique. Ces compétences se rapprochent des recommandations éditées par la section de psychiatrie de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes et du référentiel canadien CANMEDS (*figure 1*) (11)

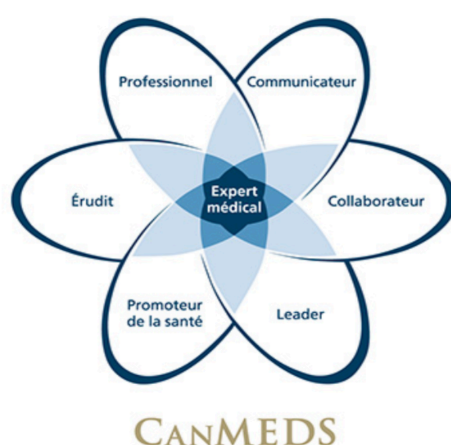


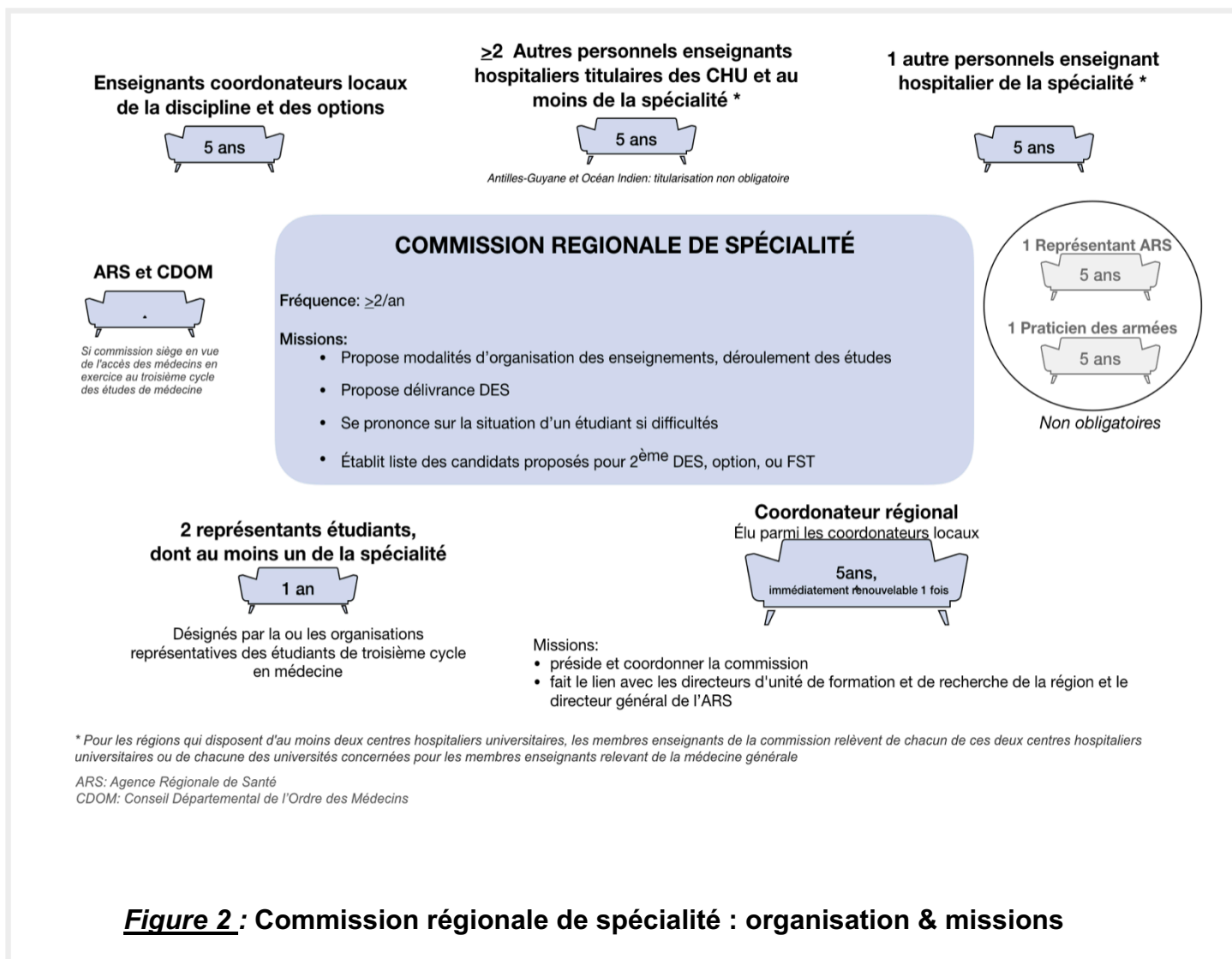
Figure 1 : Compétences dont doivent faire preuve les médecins afin répondre efficacement aux besoins de celles et ceux à qui ils prodiguent des soins, selon le référentiel canadien CANMEDS

En outre, un contrat de formation est conclu entre l'étudiant, le directeur de son unité de formation et de recherche (UFR) d'inscription et le coordonnateur local de spécialité à l'issue de la validation de la phase socle. Ce contrat mentionne les objectifs pédagogiques de la formation au sein de la spécialité, les modules à suivre, les compétences à acquérir ou à développer conformément à la maquette de formation et au projet professionnel. Il fait l'objet d'une actualisation régulière. C'est à cette occasion que l'étudiant est invité à exprimer son souhait de formation complémentaire : option ou formation spécialisée transversale (FST).

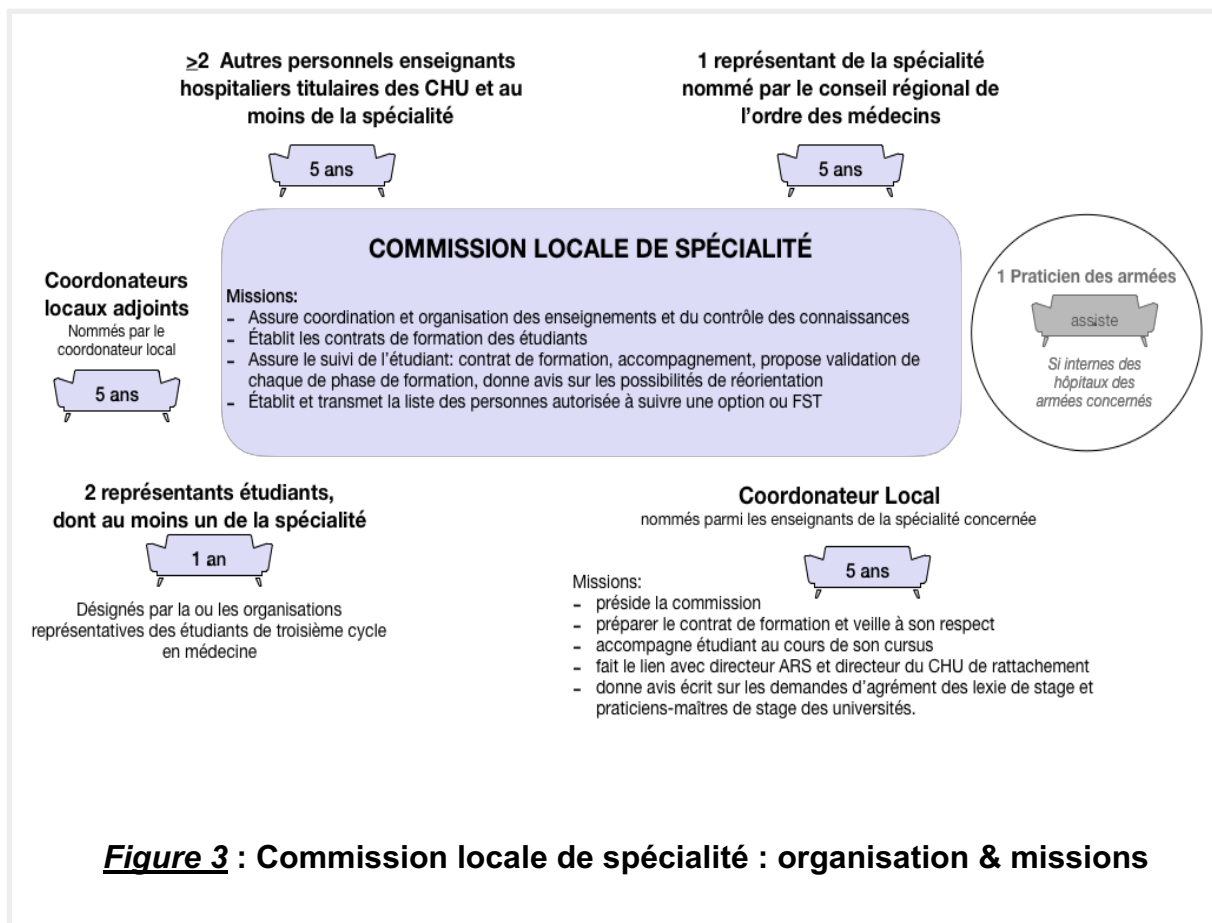
3. Suivi rapproché de l'étudiant

Outre l'acquisition de nouvelles compétences attendues du psychiatre, le système de formation se modernise avec la mise en place d'un suivi plus rapproché et d'un accompagnement collégial de l'étudiant via l'apparition de commissions de spécialité locales et régionales.

La commission régionale de spécialité (*figure 2*) propose les modalités d'organisation des enseignements et de délivrance du diplôme d'études spécialisée. Elle se prononce sur la situation d'un étudiant en difficultés, et établit la liste des candidats autorisés à poursuivre une FST par spécialité et option de formation.



La commission locale de spécialité (*figure 3*) assure l'organisation des enseignements, des examens de connaissance, établit le contrat de formation et s'assure de son suivi. Elle établit la liste des candidats proposés pour chaque FST par spécialité et option

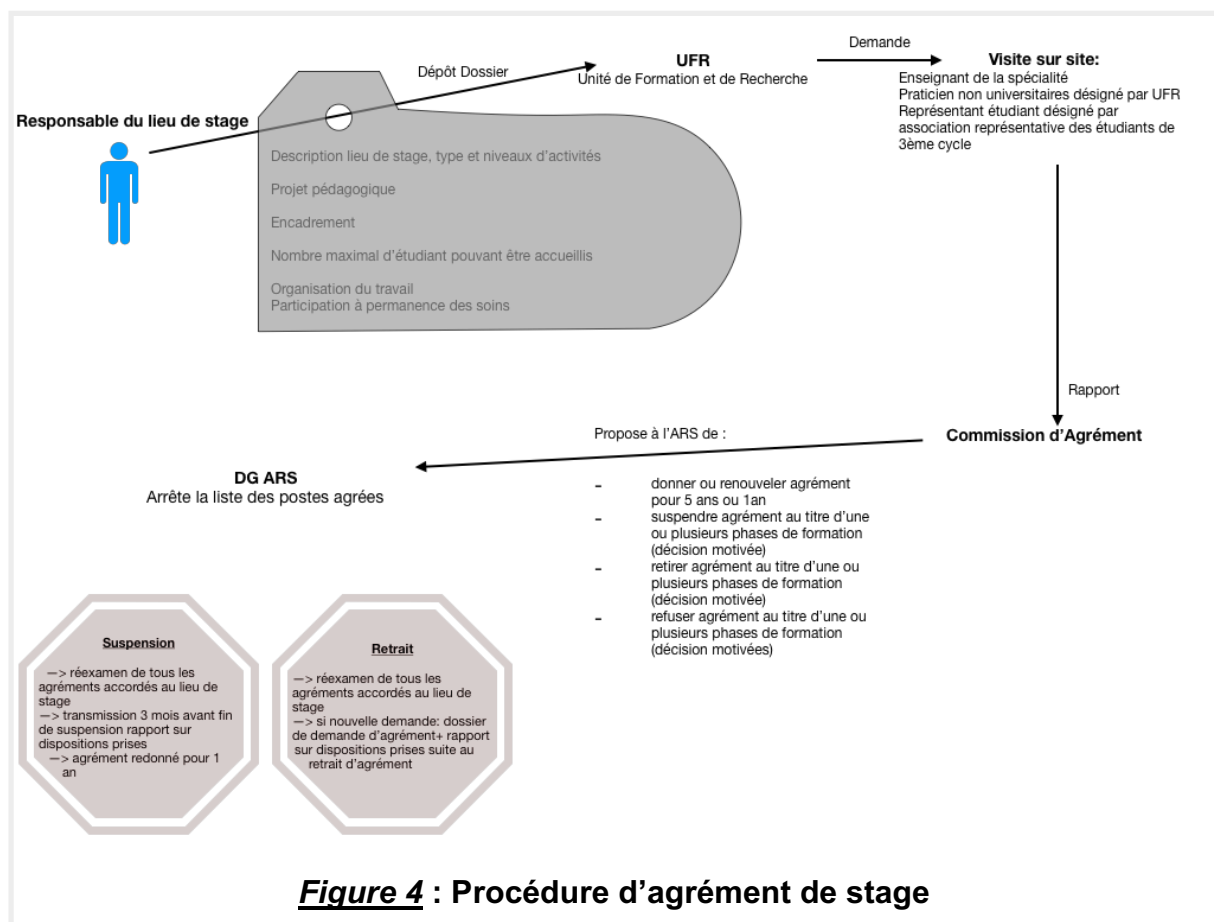


L'encadrement pratique de l'étudiant et la qualité de la formation en stage sont assurés par plusieurs commissions : commission d'agrément, d'évaluation des besoins et adéquation.

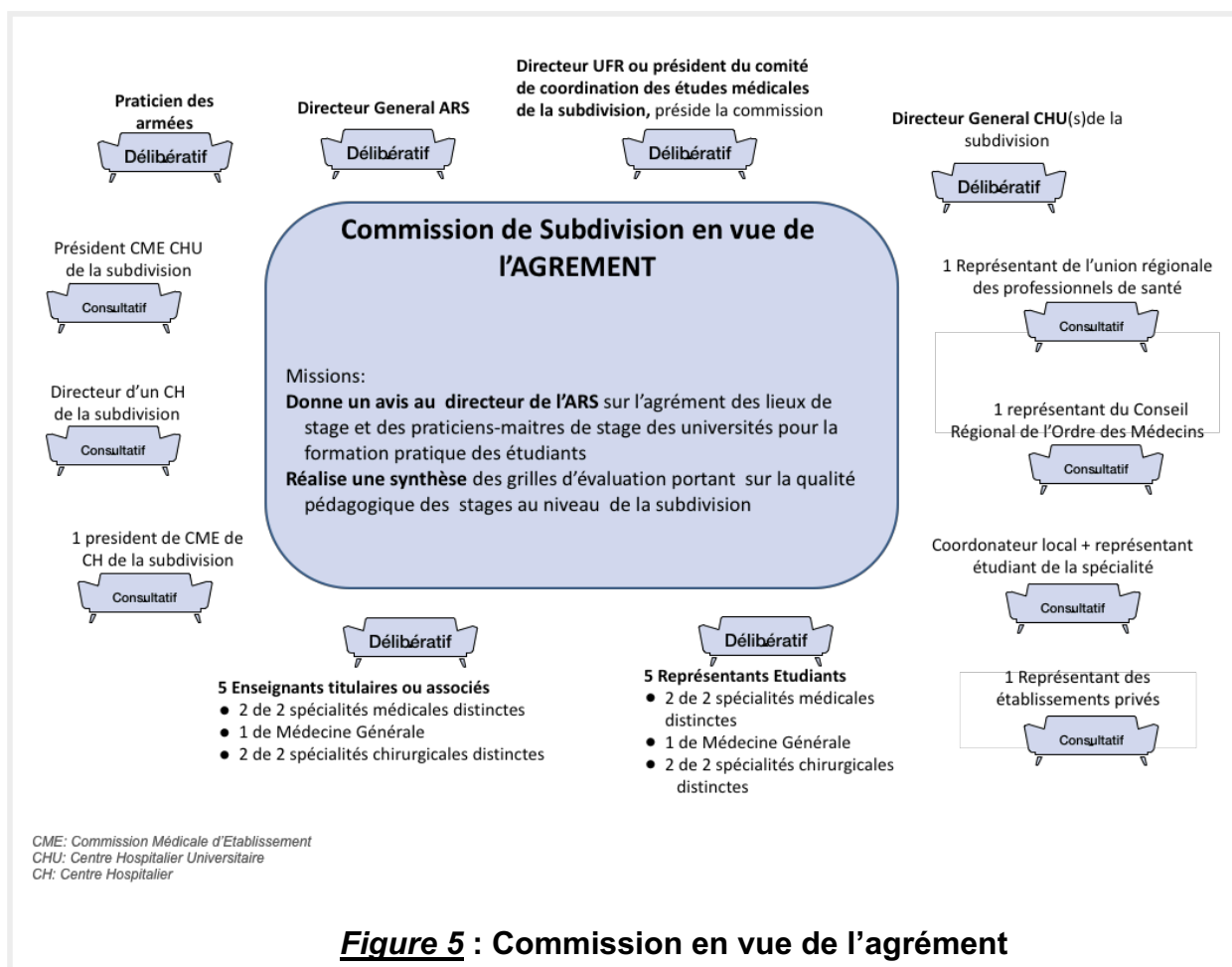
L'agrément atteste du caractère formateur du lieu de stage pour l'étudiant de troisième cycle.

Deux types d'agrément peuvent être accordés : i) un agrément principal au titre de la spécialité dans laquelle le responsable médical du lieu de stage ou le praticien-maître de stage des universités est qualifié, ii) un agrément complémentaire au titre d'une ou d'autres spécialités pour lesquelles le lieu de stage ou le praticien-maître de stage des universités est reconnu formateur.

La commission de subdivision en vue de l'agrément (*figure 4*) examine le projet pédagogique des dossiers déposés par les responsables médicaux des lieux de stages, et vérifie le respect des exigences prévues par la maquette en fonction des phases de formation, du niveau d'encadrement, de l'offre de formation, et de la charge de travail clinique et/ou de recherche.

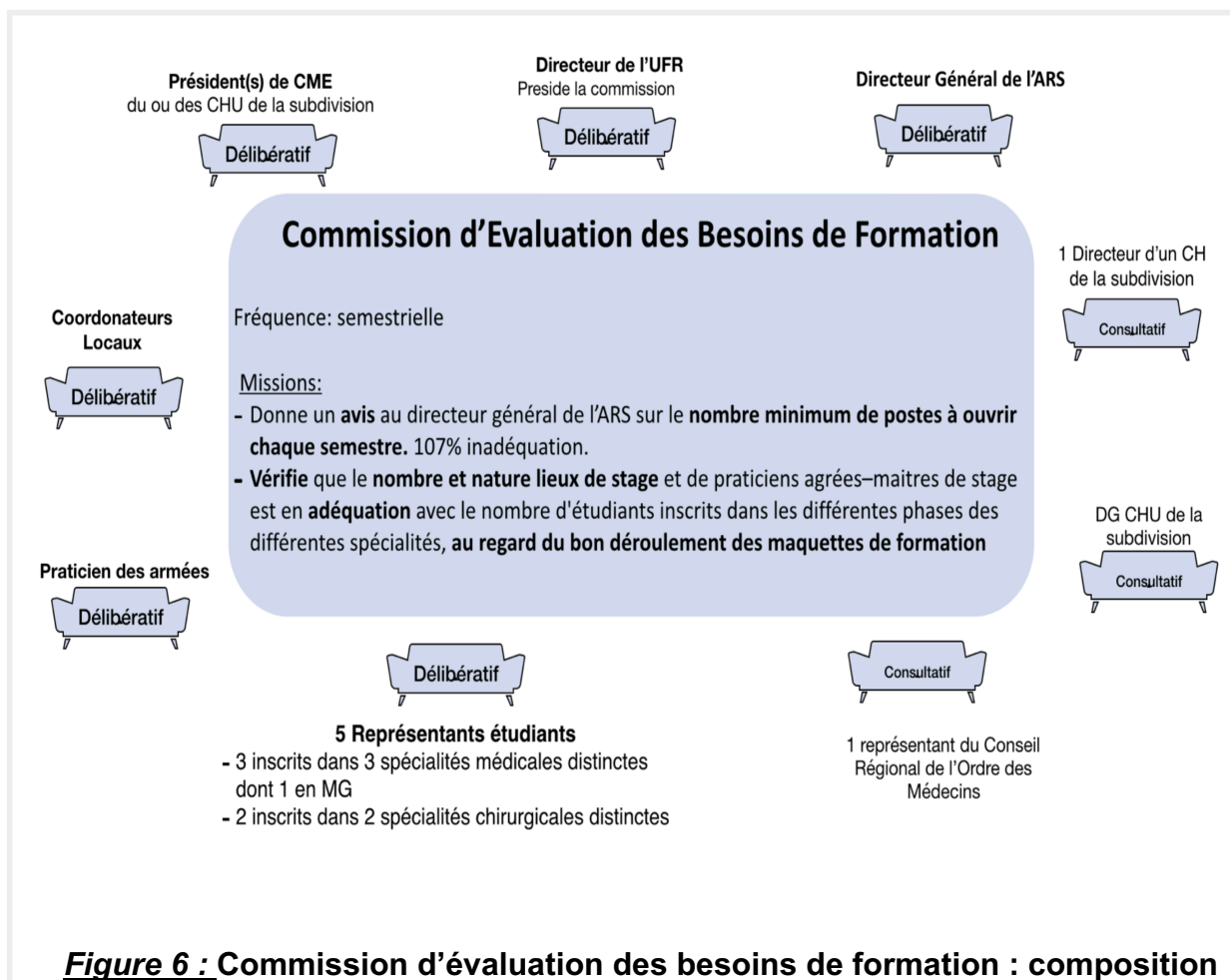


La réforme a permis l'arrivée à la table des commissions d'interlocuteurs antérieurement absents tels que par exemple les représentants du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, des établissements privés (*figure 5*). Les commissions d'agrément d'Antilles-Guyane et d'Océan Indien présentent des particularités avec notamment la présence d'un représentant des UFR de rattachement.

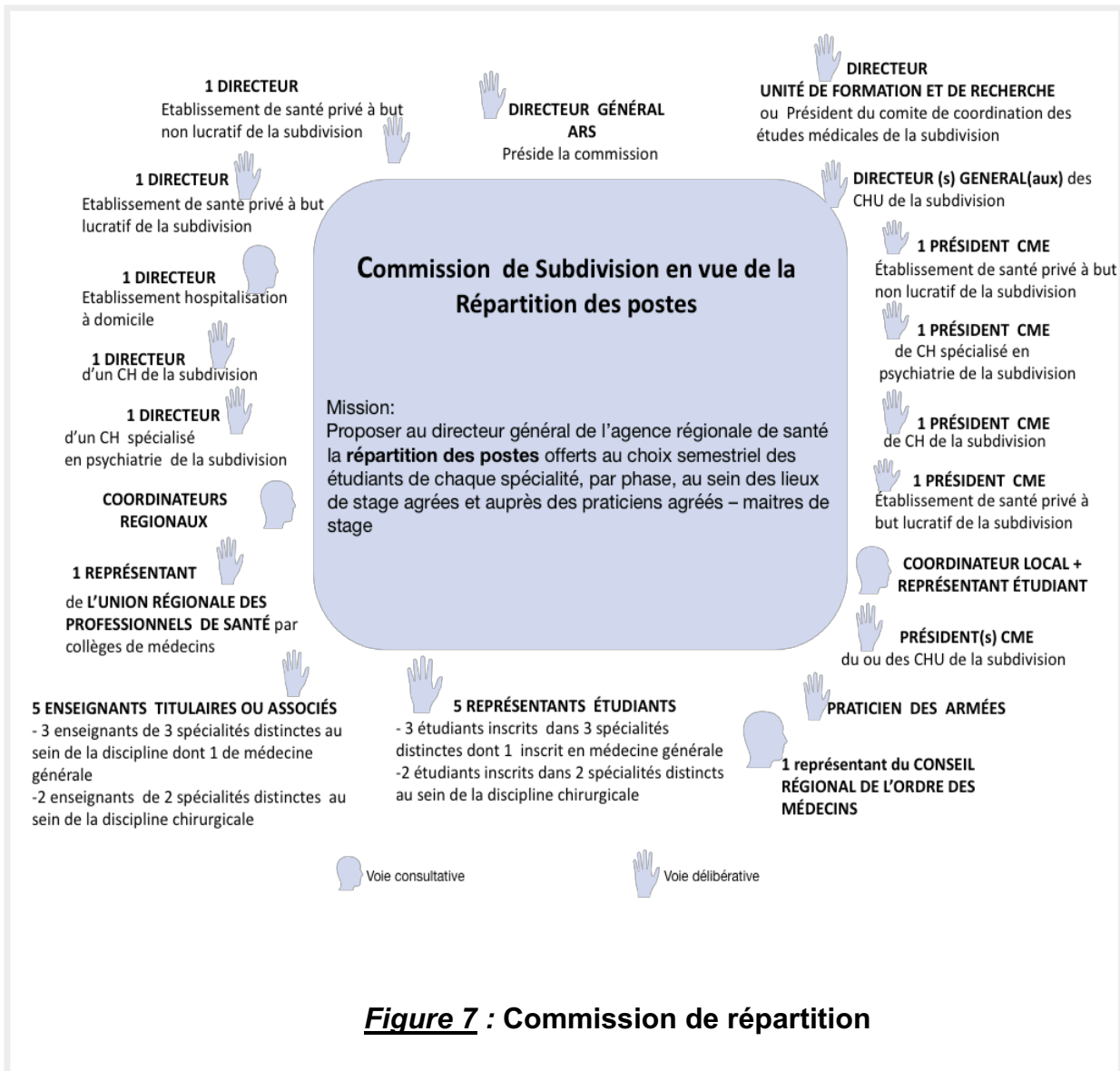


Une fois le caractère formateur du stage validé, et l'agrément donné, il faut ensuite que le poste soit ouvert. Pour cela deux commissions successives ont lieu.

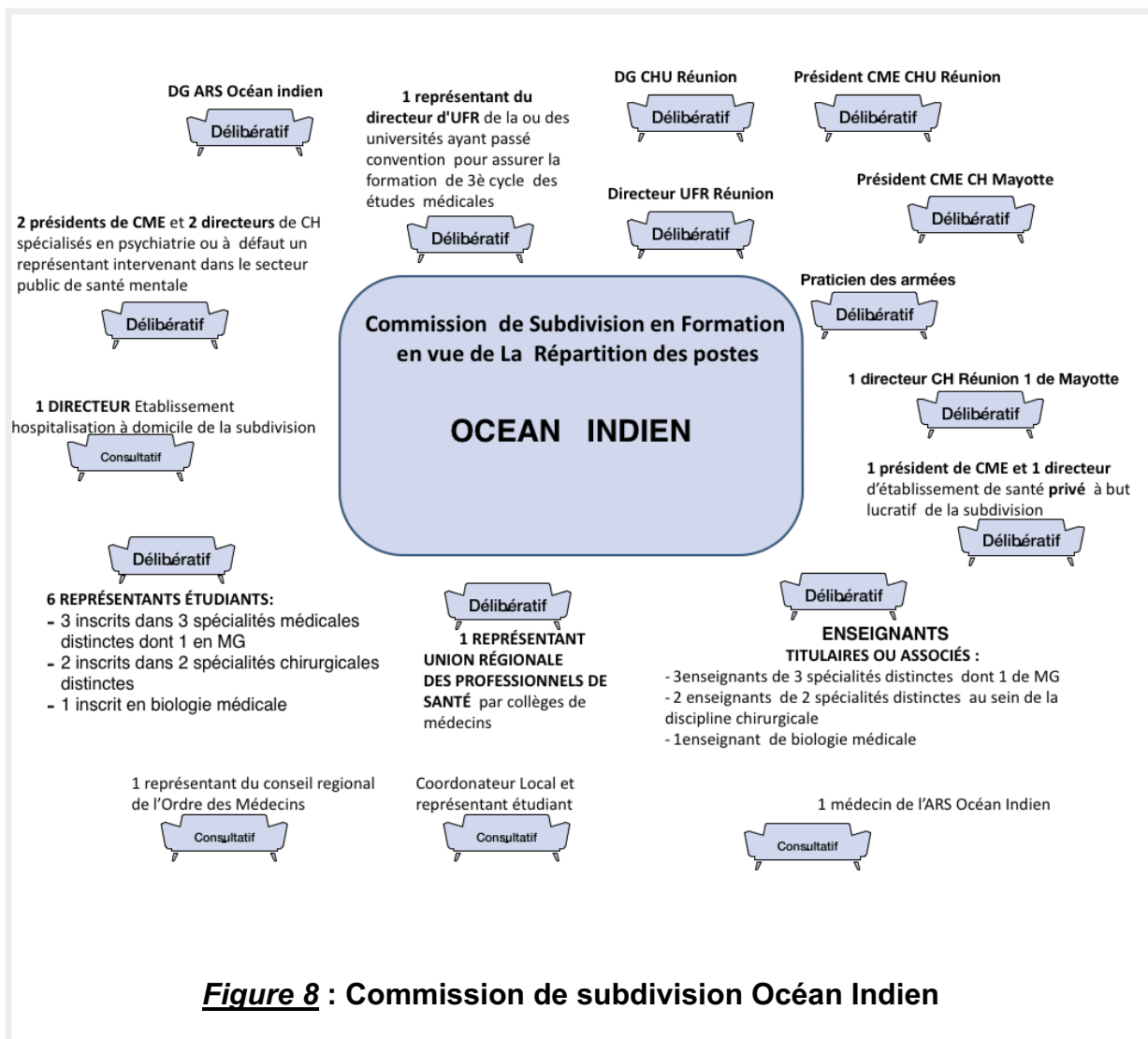
La première, commission d'évaluation des besoins de formation (CEBF) se réunit tous les six mois. Ses missions sont d'évaluer le nombre minimum de poste à pourvoir chaque semestre, en respectant un taux d'inadéquation de 107%, et de vérifier que le nombre et la nature des stages soient en adéquation avec les exigences des maquettes de formation. La constitution de cette commission est détaillée dans la figure 6. Les CEBF de l'Océan Indien et d'Antilles-Guyane présentent à nouveau certaines particularités, que nous ne détailleront pas ici.



Puis, se déroule la commission de subdivision en vue de la répartition des postes. Elle se réunit tous les 6 mois afin d'établir une liste de postes à proposer au Directeur Général de l'ARS. Sa composition est détaillée en *figure 7*.



Les commissions de subdivision en vue de la répartition des postes en Antilles-Guyane et Océan Indien sont composées différemment. Pour exemple, la figure 8 décrit la commission Océan Indien.



En pratique, les commissions de stage sont d'une haute importance dans la formation des futurs psychiatres. Outre s'assurer de la qualité des terrains de stage, elles répondent aussi à un objectif de répartition régionale. Ces objectifs, variés, sont sources de longues discussions et parfois même de tensions.

Il y a une tendance actuelle à la réduction de l'inadéquation au taux minimal réglementaire de 107%, c'est à dire ne pas proposer plus de 7% de stages en sus du nombre d'internes devant choisir. Dans la plupart des régions, l'inadéquation en psychiatrie était jusqu'alors plutôt aux alentours de 120%. Cette volonté de ne proposer que 7% de stages supplémentaires, associée à l'augmentation dans la

maquette du nombre de stage obligatoires en CHU de 1 à 3 pour les internes de la réforme, a de facto modifié la répartition des internes au sein même des subdivisions, forcé l'ouverture d'un nombre important de terrains de stage en hôpital universitaire, et diminué la proportion de stages proposés en structure non universitaire. Ceci est parfois à l'origine de tensions, les structures non universitaires se sentant désavantagées, et avec moins de possibilité de recrutement ultérieur si les jeunes ne les découvrent pas pendant leur formation. Dès lors, les enjeux des commissions de stage sont de plus en plus larges, et vont au-delà de la formation pure des internes.

4. Transformation de l'offre de stage

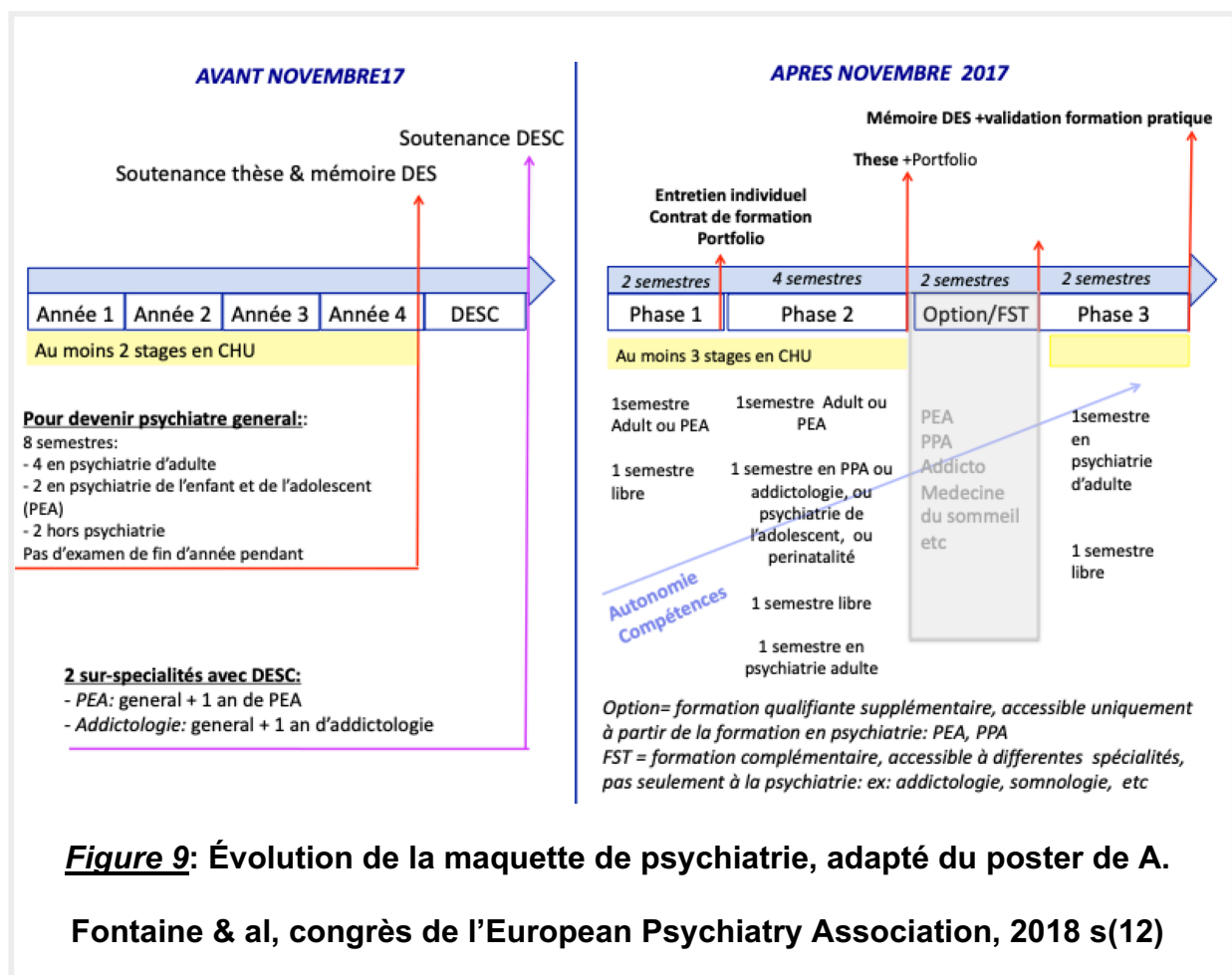
L'évolution de la formation pratique est illustrée par la figure 9 reprenant la maquette de psychiatrie. La réforme du troisième cycle a non seulement augmenté le nombre de stages obligatoires en service universitaire, mais permet également une diversification et un élargissement qualitatif de l'offre de stage pour permettre à l'étudiant d'approcher tous les modes d'exercice et types de structures.

Des stages couplés et de stages mixtes ont été créés pour appréhender au cours d'un même stage deux types d'activités différentes, ou deux modes d'exercice d'une même spécialité.

L'exercice en structure médicosociale et l'exercice ambulatoire sont clairement mentionnés dans l'offre de stage théorique.

D'autre part, un nombre plus important de formations complémentaires a été reconnu. Des Formations Spécialisées Transverse (FST) et options ont été créées.

Les options sont réservées à un Diplôme d'Enseignement Spécialisé, alors que les FST sont transdisciplinaires. En psychiatrie il y a 2 options : la Psychiatrie de la Personne Âgée (PPA) et la Psychiatrie de l'Enfant et Adolescent (PEA). La reconnaissance de la PPA comme surspécialité de la psychiatrie répond à un besoin clinique et de formation criant. Une option de Psychiatrie Médico-Légale, au pourtant nécessaire et demandée à la fois par les universitaires et les internes, a été longuement discutée, mais n'a finalement pas vu le jour. Concernant les FST, elles sont ouvertes à l'ensemble des DES, et apportent une « qualification » supplémentaire. De manière indicative sont proposées pour les futurs psychiatres les FST suivantes : addictologie, douleur, expertise médicale, préjudice corporel, nutrition appliquée, pharmacologie médicale / thérapeutique, soins palliatifs, sommeil.



En conclusion, la formation en psychiatrie, transcendée par la réforme du troisième cycle des études médicales donne désormais une plus grande part à l'universitaire tout en essayant de s'ouvrir à une panoplie plus large de modes d'exercice, incluant le libéral et le médico-social. Le métier de psychiatre est repensé, et se décloisonne, comme le champ de la santé mentale lui-même.

B. La santé mentale et la psychiatrie, disciplines d'intérêt

La psychiatrie est une discipline en grands changements. Jamais auparavant l'intérêt sociétal et politique n'a été aussi grand pour la santé mentale. Le concept de santé mentale est relativement récent (20^{ème} siècle), mais la prise en charge des troubles psychiques constitue un défi majeur pour les pays. Tout d'abord, la prévalence de ces troubles est très élevée : environ 1 individu sur 4 vie entière (13), avec des impacts individuels sociétaux et économiques majeurs. De plus, environ la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux dans le monde ne reçoit pas de traitements issus de recommandations Evidence-Based-Medicine (14), et de nombreux cas de violation des droits de l'homme ont été reportés à la cour européenne des droits de l'homme dans le cadre de soins psychiatriques (15). Enfin, la stigmatisation et discrimination, malheureusement trop fréquentes que subissent les personnes souffrant de troubles mentaux limitent amélioration clinique et inclusion dans la société (16).

Longtemps taboue, la santé mentale revient depuis quelques années sur l'échiquier des politiques de santé, notamment suite aux rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (2001) et de la Banque Mondiale (2002) (17,18) plaçant la santé

mentale comme un des piliers à travailler pour améliorer les économies les plus désavantagées. En effet, sur le plan commercial, les problèmes de santé mentale constituent l'une des principales causes de baisse de productivité humaine. Sur le plan financier, les coûts directs et indirects des troubles mentaux sont évalués à plus de 450 milliards d'euros par an dans l'Union Européenne (19).

1. Intérêt à l'international

L'intérêt des organisations internationales et européennes pour la santé mentale s'accélère depuis quelques années. Une grande diversité parmi les politiques de santé mentale et l'organisation des services psychiatriques qui en découlent existe. Néanmoins, l'assemblée mondiale de la santé a réussi à établir un plan d'action global (20,21)

Sur le plan européen, les pays de la région européenne de l'OMS, de l'union européenne, et du conseil de l'Europe, ont ratifié un premier plan d'action sur la santé mentale en 2005 (22), suivi d'un green paper sur la santé mentale en Europe, basé sur les rapports des pays membres et proposant des actions pour promouvoir la santé mentale en Europe et lutter contre la dépression (23). Ce document n'a pu se transformer en loi, mais par la suite la commission européenne a lancé, en 2008, le pacte européen pour la santé mentale. Ce pacte appelle à l'action dans 5 domaines prioritaires : dépression et prévention du suicide, santé mentale des jeunes, santé mentale des personnes âgées, santé mentale au travail, lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale. Il a pour objectif, par une série de conférences thématiques permettant échange, coordination et coopération, d'établir un suivi de la santé mentale en Europe. Ce pacte a mis en évidence l'importance de faire de la

santé mentale et du bien être une priorité. Le conseil de l'union européenne a par la suite invité les états membres et la commission à mettre en place une action conjointe en santé mentale et bien être. Les domaines visés s'élargissent pour inclure la santé communautaire et la e-santé. L'action conjointe a permis l'élaboration en 2016 d'un cadre de compétences européen (14) favorisant le développement de politiques de santé inclusives. Les états membres se réunissent depuis de façon annuelle pour partager les meilleures pratiques en Europe lors du EU-mental health compass forum. Concernant le suivi des problèmes de santé mentale, la commission européenne peut également se baser sur les rapports annuels « health at a glance », produits par l'Organisation de Coopération et Développement Economiques, OCDE (24). Selon le secrétaire général de l'OCDE, de nombreux progrès restent à faire malgré la mise en place de programmes et politiques de santé pour faire face aux problèmes de santé mentale.

2. Intérêt en France

En France aussi, l'intérêt politique pour la santé mentale s'est accéléré ces dernières années. De nombreux rapports ont été réalisés par le gouvernement ou ses instances : rapport Milon en 2009 (25), rapport Robilliard en 2013 (26), rapport Laforcade (2016) (27), rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) 2017 (28), et plus récemment le rapport Wonner (29) et le rapport de l'académie nationale de médecine (30)

Ces rapports mettent en exergue les difficultés auxquelles sont confrontées les patients et les professionnels en termes de délivrance et d'organisation des soins en santé mentale. Parmi les principales, on retrouve : retards de prise en charge,

comorbidités graves, prises en charge de qualité variable, manque d'effectifs, manque de financement, quasi-inexistence de la prévention, mise en question de la préservation des droits de l'homme et de la dignité humaine.

Ces difficultés existent depuis de nombreuses années et se sont accentuées au fil du temps, la psychiatrie ayant été considérée, nombres le disent, comme « le parent pauvre du système de soins ».

En pleine refonte de la stratégie nationale de santé, qui constitue le cadre politique du système de soins en France, le gouvernement décide de se saisir pleinement de la problématique de la psychiatrie/santé mentale et émet en Juin 2018 une feuille de route pour la santé mentale (31)

Un an plus tard, sera nommé un délégué ministériel pour la santé mentale, le Professeur Frank Bellivier, dont la mission est de coordonner la mise en application de la feuille de route.

La feuille de route s'articule autour de 3 points principaux :

- la promotion de la santé mentale, la prévention et le repérage précoce des troubles
- l'amélioration du parcours de soins pour les patients
- l'inclusion des personnes en situation de difficultés psychique

Cette feuille de route vient s'ajouter à une gouvernance, déjà complexe sur le plan national (Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, COmité de PILotage de la PSYchiatrie) et s'inscrit dans une approche transversale, résolument tournée vers les territoires, en s'appuyant notamment sur les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Suivant les recommandations internationales, la position des usagers du système de soins est repensée et le concept d'empowerment placé au centre de cette stratégie nationale.

Les jalons sont alors posés pour une transformation profonde de la discipline, avec comme objectif final des soins psychiatriques dans la communauté et centrés sur la personne. Cependant, tout le travail reste à faire sur le plan de la mise en application.

C. Objectif de l'étude

Les transformations de la discipline apportées par l'intérêt sociétal grandissant et les politiques de santé mentale seront portées par l'ensemble des acteurs, et notamment les professionnels.

Il est donc primordial que les psychiatres soient formés et préparés à faire face aux challenges à venir.

Les internes en formation aujourd'hui étant les psychiatres de demain, nous nous sommes demandés si l'évolution de la formation en psychiatrie leur permettait de s'emparer au mieux des questions concernant l'évolution de la discipline.

Assez peu d'études existent en France sur l'évolution de la formation en psychiatrie, et aucune ne s'est intéressée aux connaissances des internes sur les politiques de santé mentale.

Aussi, l'objectif de la thèse est d'évaluer si les internes pensent que l'évolution de leur formation répond aux changements nécessaires dans la discipline.

II. **Matériel et méthodes**

A. **Méthodologie**

Nous avons conduit une enquête descriptive rétrospective par auto-questionnaire en ligne sur le mois d'octobre 2019.

Le questionnaire a été construit à l'aide de Google Form, suite bureautique fournie par le moteur de recherche Google. Il a été transmis à l'ensemble des internes inscrits en DES de psychiatrie en octobre 2019, et aux personnes inscrites sur la mailing liste de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP)

L'AFFEP, association qui compte environ 1400 membres sur les 2100 internes inscrits en DES de psychiatrie, est l'association représentative des internes en psychiatrie. Elle est gérée par un bureau élu annuellement et qui travaille en collaboration avec des référents présents dans chaque subdivision de formation, eux même en lien avec l'association locale des internes en psychiatrie.

L'annonce du questionnaire a également été relayée par le réseau des référents de l'association afin de toucher les internes non adhérents à l'AFFEP.

B. **Population**

La population cible est constituée principalement des internes en psychiatrie. Mais les questionnaires ont également été adressés à des psychiatres diplômés qui continuent à s'intéresser à la formation des internes via une inscription sur la mailing liste de l'association.

C. **Données recueillies**

Les questionnaires sont anonymes. Ils comportent 26 questions, et sont structurés en 3 parties : caractéristiques sociodémographiques, formation en psychiatrie, évolution des besoins.

La durée de remplissage du questionnaire est estimée à environ 4 minutes. Le questionnaire doit être rempli en une seule fois, il n'est pas possible de sauvegarder pour finir plus tard.

Nous avons collecté 540 réponses d'internes en psychiatrie, tous semestres confondus.

Ont été exclues les réponses provenant de professionnels déjà titulaires du DES de psychiatrie

D. **Analyse statistique**

Les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel SPSS (Version X). Les graphiques ont été réalisés avec Excel.

III. Résultats

A. Population

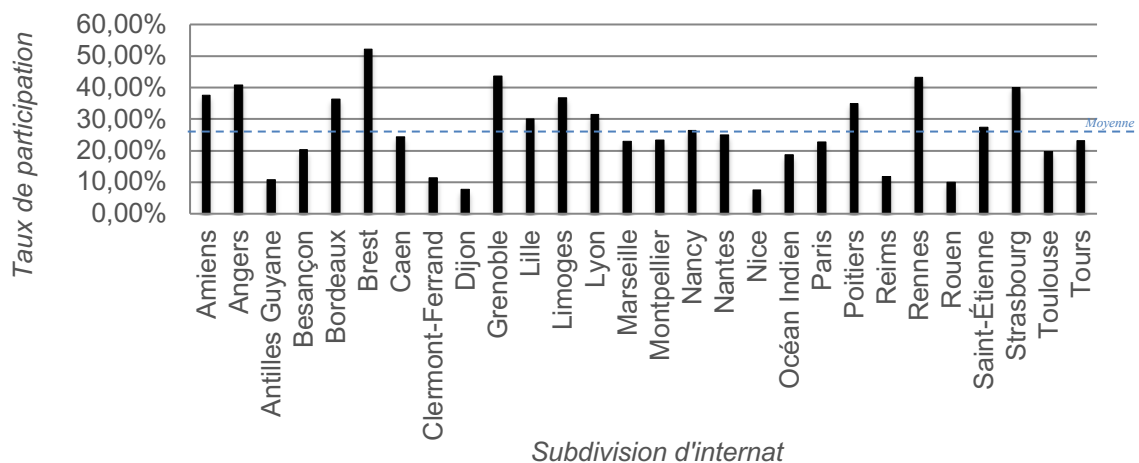
L'auto-questionnaire a été rempli par 540 internes en formation, soit un taux de participation d'environ 25,7%. Nous avons collecté des réponses provenant de toutes les subdivisions d'internat, avec un taux de participation moyen de 26,4% (min : 7,5%, max : 52%, écart-type : 12%). Les villes ayant recueilli le plus de participation sont Brest et Grenoble, celles avec le moins de participation sont Nice et Dijon. (*figure 10a*)

On retrouve 69,8% de femmes (n=377), 29,6% d'homme (n=160), ce qui correspond aux répartitions habituelles retrouvées en psychiatrie. (*figure 10b*)

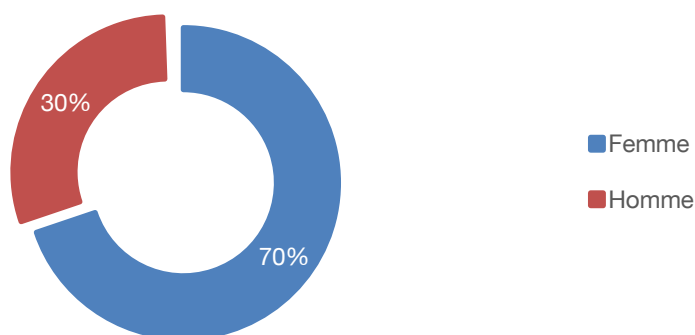
Nous avons reçu des réponses d'internes de toutes les années et phases de l'internat : 14,4 % des répondants sont en 1^{ère} année (n=78), 25,6% en 2^{ème} année (n=138), 32,8% en 3^{ème} année (n=177), 27,2% en 4^{ème} année (n=147). (*figure 10c*)

La plupart des internes répondants (89,4%, n=483) sont passés en stage en psychiatrie pendant leurs études de médecine. Parmi eux, 412 (76,2%) déclarent que ce stage a influencé leur choix de spécialité. Sur le plan de l'évolution professionnelle, 62,5% (n=338) déclarent s'orienter vers l'exercice public, 25% (n=136) vers le libéral, 13% (n=71) vers le privé. 67,8% vers adulte (n=366), 29,4% n=159 vers la pédopsychiatrie. Il n'y a pas de différence significative (p=0,05) dans les souhaits d'évolution professionnelle entre les internes avant réforme (semestres 1 à 4) et ceux après réforme (semestres 5 à 8).

a. Taux de participation par subdivision



b. Répartition des répondants selon le sexe



c. Répartition des répondants selon l'avancée dans le cursus

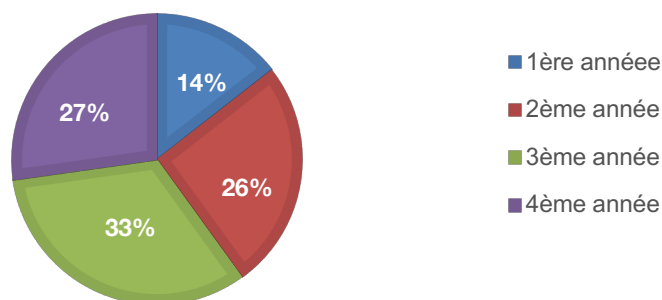


Figure 10 : Caractéristiques de la population étudiée

B. Formation

Nous nous sommes intéressés aux compétences et connaissances cliniques et non-cliniques que les internes acquièrent au cours de leur parcours de formation initiale.

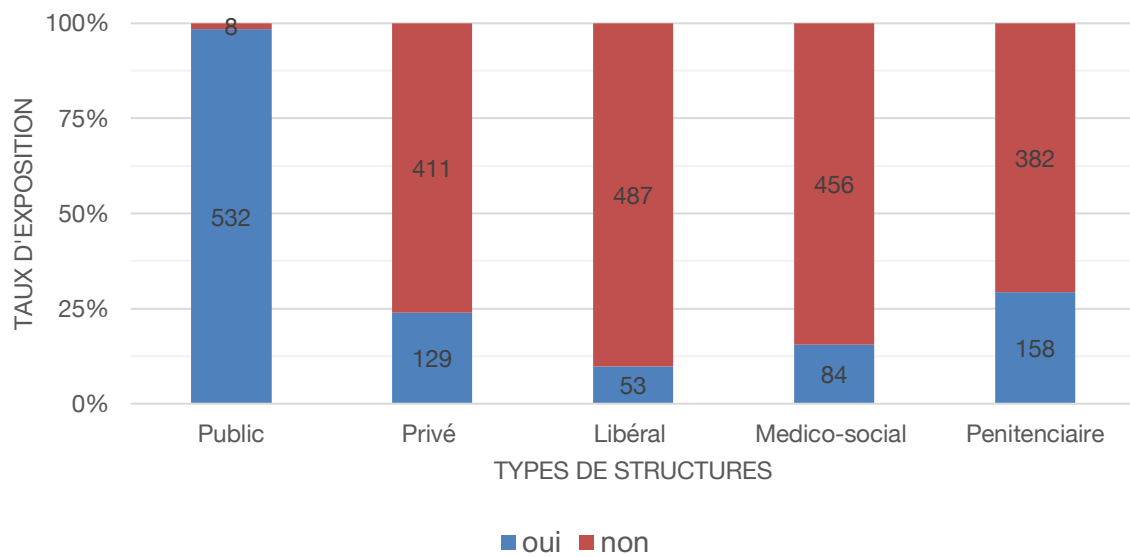
Au cours de leur internat, les répondants ont majoritairement été exposés à l'exercice en service public (85%, n=532), étant donné que la plupart des stages agréés pour la formation le sont dans le service public.

Concernant les autres types de structures, les chiffres sont beaucoup plus bas : seulement 23,8% ont été exposés à l'exercice privé, 9,8% au libéral, 15,5% au médicosocial, 29,2% au pénitentiaire. (*Figure 11a*).

Même s'ils n'en n'ont pas eu la possibilité, les internes participants évoquent une demande de formation en structure privée (69%, n=285), en libéral (79,7%, n=388), en médicosocial (65%, n=298) (*Figure 11b*)

En sus de leur formation, les internes ont la possibilité, après validation d'un minimum de 4 semestres de psychiatrie adulte, et 1 semestre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de réaliser des remplacements pour découvrir l'exercice libéral et privé, seuls 27% (n=146) des répondant ont réalisé des remplacements, 30% (n=196) souhaiteraient en réaliser mais n'ont pas encore de licence le permettant. Il existe un lien significatif ($p=0,001$) entre le fait d'avoir réalisé des remplacements, et l'exposition au libéral ou au privé. Les internes ayant été exposés à ces deux types d'exercice sont en général ceux qui ont réalisé des remplacements.

a. Exposition aux différentes structures pendant l'internat



b. Souhaits de formation dans structures autres que l'hôpital public

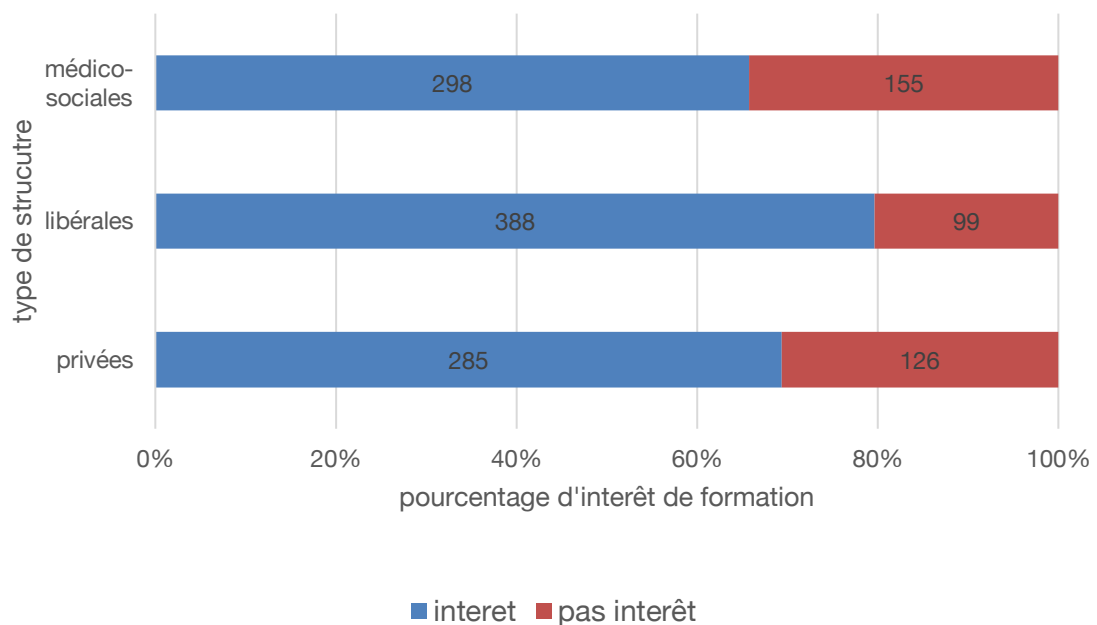
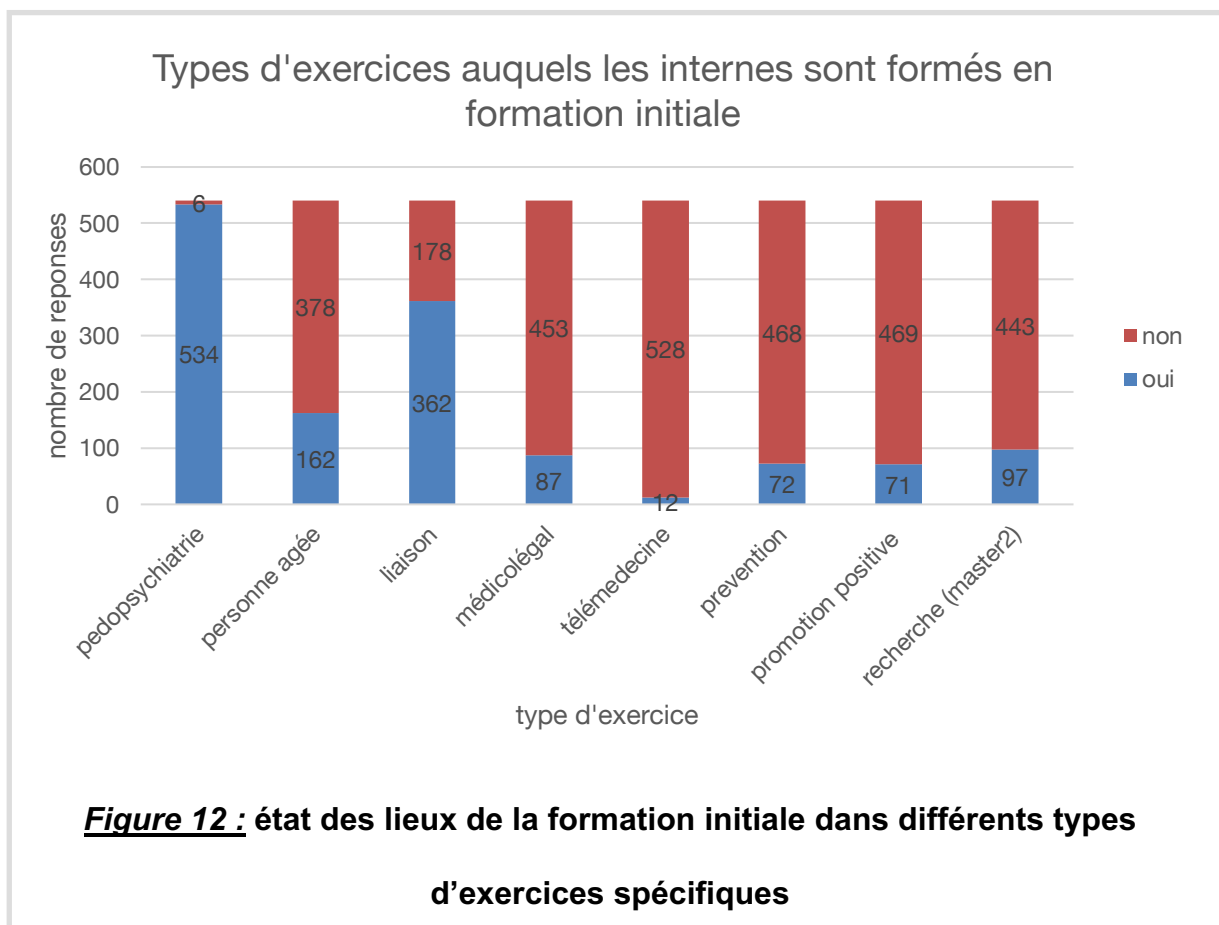


Figure 11 : état des lieux de la formation initiale dans les différentes structures

Nous nous sommes ensuite focalisés sur les types d'exercices spécifiques auxquels les psychiatres en formation initiale sont exposés pendant leur internat. Les internes ont tous été formés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (98,9%), les maquettes de stage incluant 1 à 2 semestres obligatoires. 67% (n=362) déclarent avoir été exposés à la psychiatrie de liaison, contre seulement 30% (n=162) pour la psychiatrie de la personne âgée, 16% à la psychiatrie médico-légale (n=87). Seuls 17,9% souhaitent se former à la recherche via un master 2 (n=97) (figure 12). Les neurosciences (n=52, 53%) et les sciences humaines sociales (n=13 ; 13,4%) sont les thématiques de master 2 les plus prisées. Concernant les 82,1% des répondants n'ayant pas réalisé de master 2, les principales raisons évoquées sont un manque d'intérêt (45,2%, n=244), et un manque d'opportunité (26,2%, n=142)



Enfin, nous nous sommes intéressés à l'apprentissage de certaines compétences spécifiques. Le management et la gestion d'équipe par exemple ne sont pas du tout enseignés aux internes pendant leur formation (80%, n=436).

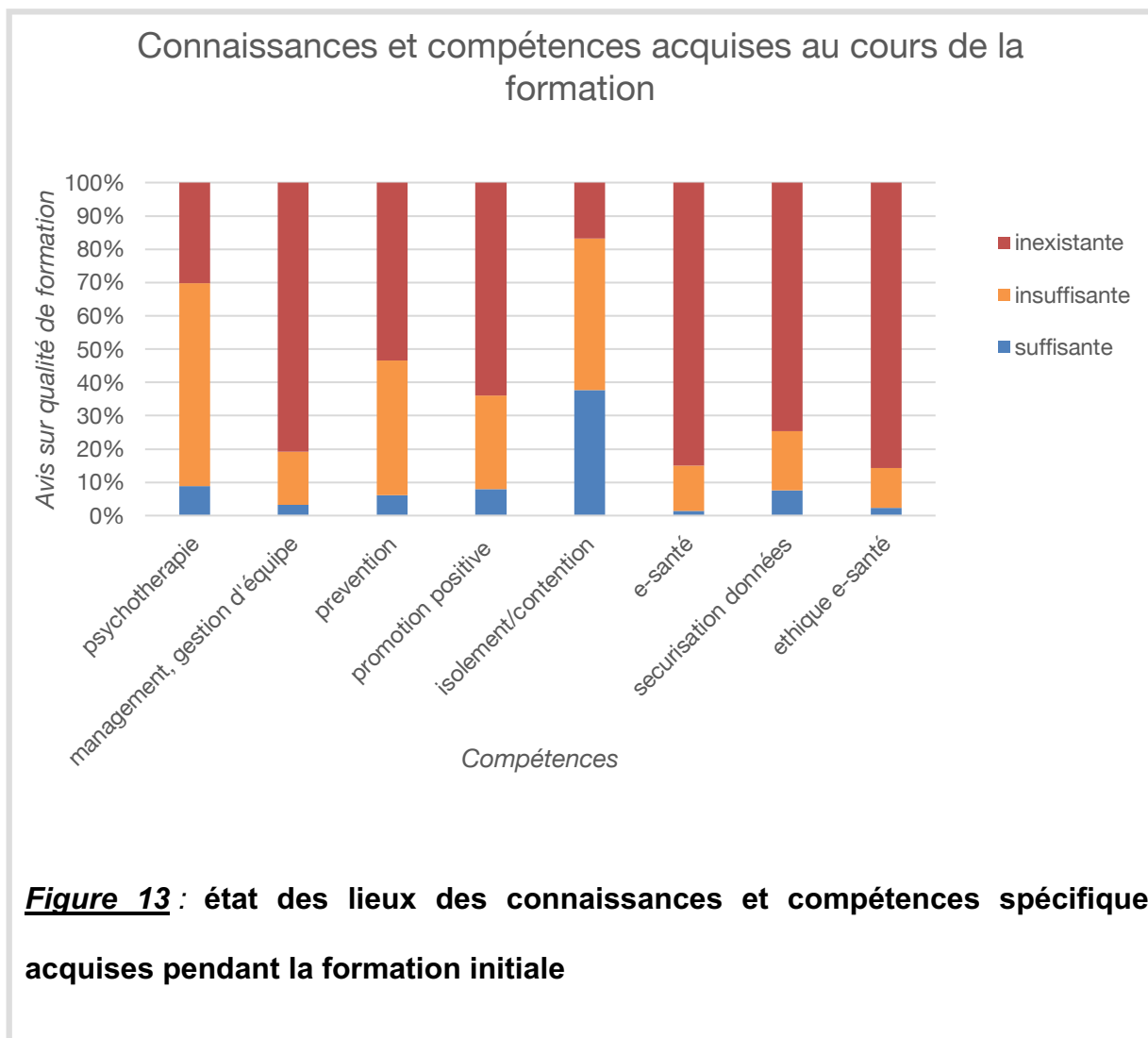
De même, une part très faible est faite à la prévention et à la lutte contre la stigmatisation, alors même que ce sont des points clés. Les psychiatres de demain ne sont également que peu exposés à la prévention en santé mentale (13,3%, n=72) et à la promotion positive de la psychiatrie (13,1%, n=71). Aussi, seul un faible pourcentage s'y déclare suffisamment formé (respectivement 6%, n=33, et 8%, n=43). (*figure 13*)

Les internes en psychiatrie, une fois diplômés, acquièrent le titre de psychothérapeute en même temps celui de psychiatre. Cependant, notre étude révèle que seuls 8,8% des participants se trouvent suffisamment formés en psychothérapie. 60,7% (n=328) souhaiteraient une formation plus importante pendant l'internat, et 30% (n=163) déclarent ne pas avoir du tout été formés aux psychothérapies. (*figure 13*)

Toujours concernant la clinique, les récents rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté ayant mis en évidence un certain nombre de situations non éthiques et ne respectant pas la dignité humaine, nous avons interrogé les internes sur leurs connaissances des recommandations de bonne pratique en la matière. Seuls 37,6% (n=203) internes se considèrent suffisamment formés aux bonnes pratiques. (*figure 13*)

Enfin, un dernier point d'intérêt clinique reste celui de l'e-santé, grande évolution de cette décennie, et source d'espoirs quant à l'amélioration de l'accès aux soins. Les participants se déclarent globalement insatisfaits de leur apprentissage

des outils de e-santé, et des problématiques associées de sécurisation des données et d'éthique. Seul 2%, n=12 des répondants déclarent avoir été exposés à la télémédecine, ou suffisamment formés aux outils (n=8) ou aux questions éthiques (n=13). Et seuls 8% (n=43) se trouvent suffisamment formés aux questions de sécurisation des données. (figure 13). Pourtant, 43,5% des répondants déclarent utiliser des applications mobiles médicales. Un très faible nombre (moins de 3%) utilisent respectivement serious games (n=14), ou réalité virtuelle (n=16) dans leur exercice.



C. Perception des enjeux de santé mentale

En dernière partie de sondage, nous avons questionné les internes sur leur intérêt et connaissances des enjeux autour de la santé mentale, et notamment de la feuille de route santé mentale, et sur leur capacité à s'emparer des questions concernant l'évolution de la discipline.

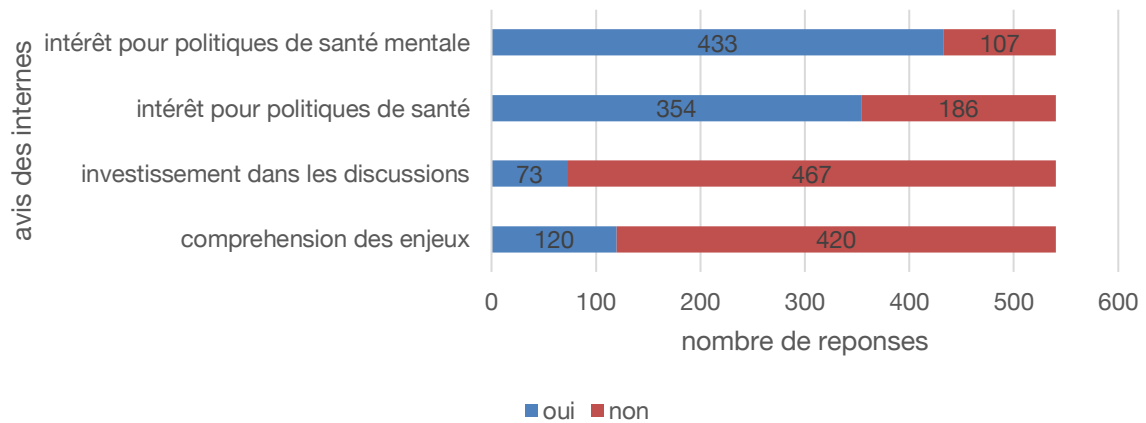
Malgré un intérêt certain pour les politiques de santé (65,5%, n=354), en général, et de santé mentale particulièrement (80%, n=433), une majorité des internes déclare que leur formation ne leur a pas permis de saisir les enjeux de santé publique en psychiatrie/santé mentale (55%, n=420), ou s'investir dans les réflexions sur les politiques de santé mentales en France (86,5%, n=467) (figure 14a).

Ils n'ont d'ailleurs pas de connaissances concernant les plans d'actions nationaux et internationaux pour la santé mentale (en moyenne 21,7%, ET : 6,9%), incluant la feuille de route santé mentale (25%, n=138) (figure 14b).

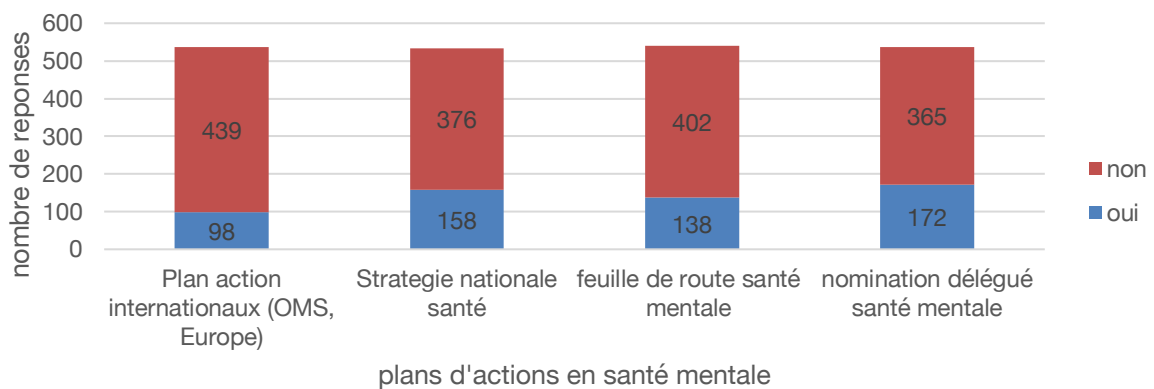
Parmi les projets bénéficiant de soutiens et de déploiement national, seul Vigilans est un peu connu des internes (53,7, n=290). Le projet Youth Aware for Mental Health, inspiré d'expériences internationales, et qui se focalise sur la pédopsychiatrie, érigée en priorité nationale, n'est connu que de 4% des répondants (n=23) (figure 14c).

Un autre grand axe de la feuille de route qui est absent de la formation des internes est celui de la prévention. 80%, n=431 considèrent que leur formation ne leur permet pas d'assurer une mission de prévention en santé mentale.

a. un intérêt certain, des connaissances moins certaines



b. Connaissance des internes concernant les plans d'actions en santé mentale



c. état des lieux des connaissances des internes sur les projets de la feuille de route santé mentale

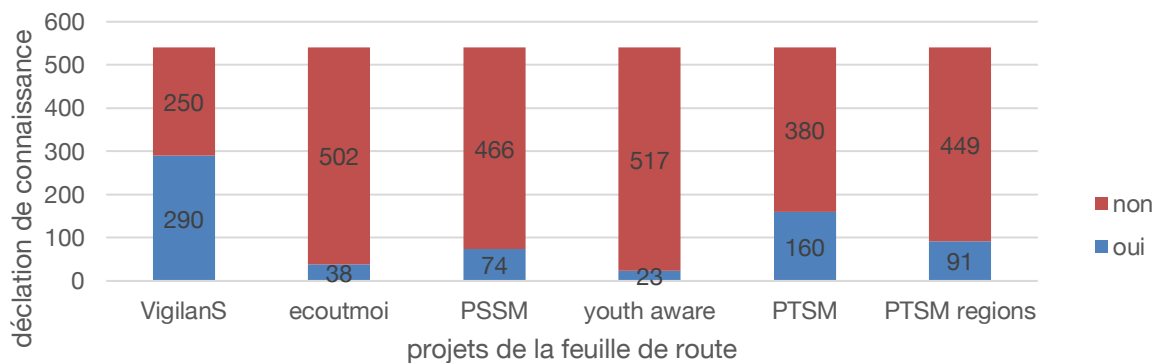


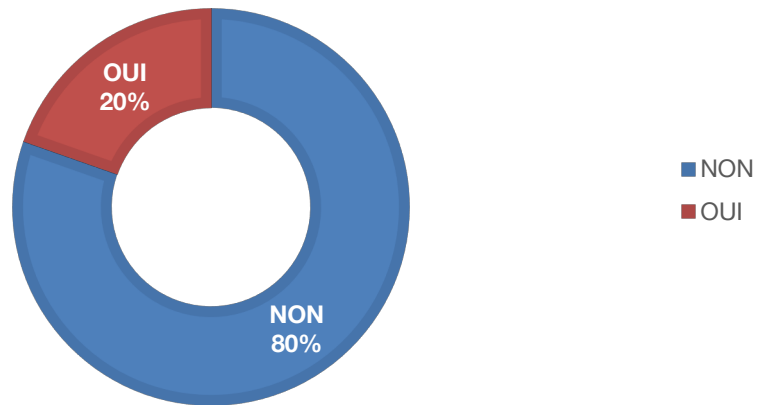
Figure 14 : état des lieux des connaissances des politiques de santé mentale

Les internes déclarent que leur formation initiale ne leur donne pas les moyens de comprendre ni de se saisir des enjeux concernant les politiques de santé mentale.

En outre, comme cela a pu être cité plus haut, un certain nombre de compétences et de connaissances spécifiques, pourtant essentielles, ne sont pas maîtrisées en fin de formation initiale.

Globalement, les internes considèrent globalement que la réforme de leur formation ne répond pas aux besoins de la discipline (78,8% ; n=426 ; *figure 15a*). Les thèmes les plus fréquemment cités par les 241 personnes qui ont répondu à la question ouverte sur les axes à améliorer sont la formation en psychothérapie (48,1% n=116), la supervision et l'encadrement en stage (14,1%, n=34), et la formation en management et gestion d'équipe (10,3%, n=25) (*figure 15b*).

a. Pensez vous que la réforme du Troisième Cycle réponde aux besoins de la discipline?



b. Points à améliorer dans la formation

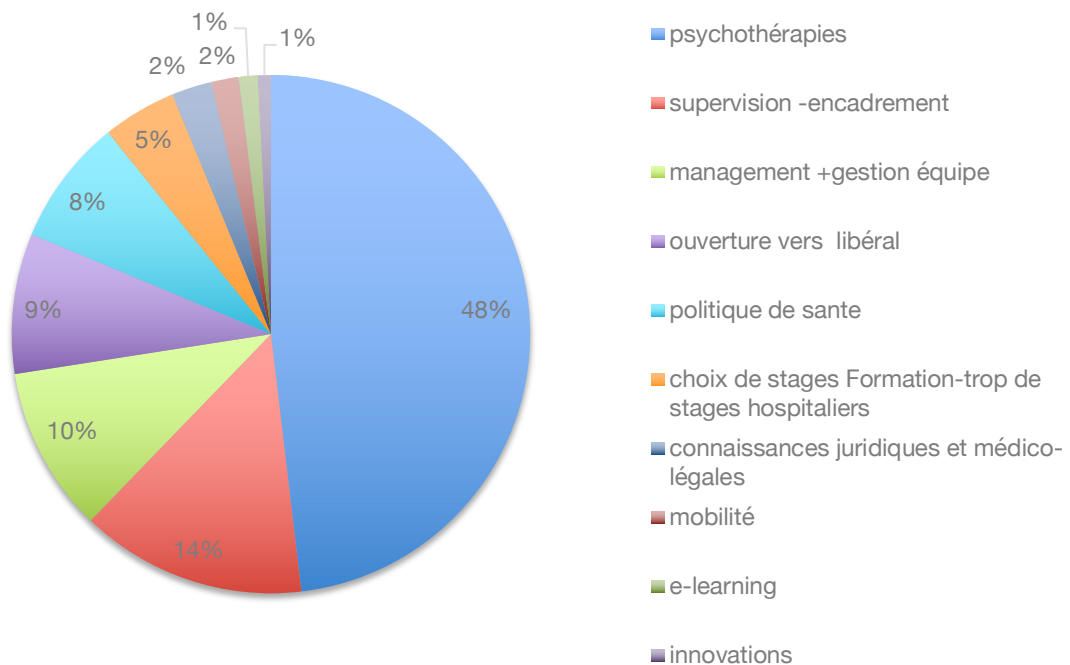


Figure 15: Avis des internes sur l'intérêt de la réforme des études pour l'exercice de la psychiatrie et les axes d'amélioration

IV. Discussion

Notre travail a ainsi mis en exergue que les jeunes psychiatres en formation aujourd'hui ne se sentent pas en capacité de saisir pleinement les enjeux en santé mentale/psychiatrie. Une majorité pense même que la réforme de la formation ne répond pas aux besoins de la discipline. Pourtant, sur nombre de points, la réforme du troisième cycle des études médicales, sur la partie psychiatrie, suit les grandes lignes dressées par la Stratégie Nationale de Santé et la feuille de route santé mentale. Qu'est ce qui peut expliquer une telle divergence entre les priorités adoptées par les instances et la vision qu'en ont les jeunes professionnels ? Les tensions et difficultés liées à la mise en application de la réforme de la formation et de la feuille de route sont-elles à l'origine des doutes des futurs professionnels de la psychiatrie ? C'est ce que nous discuterons ici.

La feuille de route en santé mentale met l'accent sur l'importance de promouvoir la santé 3.0 (31), de mobiliser les ressources en télémédecine et les outils de e-santé. En effet, la e-santé s'impose désormais comme un atout important dans l'accès et la délivrance des soins. La technologie a évolué à un point tel qu'il est désormais devenu possible d'intégrer le quotidien des gens, de collecter en temps réel plusieurs données associées à la localisation spatio-temporelle spécifique d'une personne et à son environnement (32). Les objets connectés, tels que montre connectée, smartphones en sont des exemples. Petits et omniprésents, ils sont faciles à utiliser au quotidien, polyvalents, et non invasifs. Ces objets intelligents peuvent permettre de détecter des changements subtils dans la vie quotidienne des gens, ce qu'on appelle l'évaluation écologique momentanée (33). En analysant les données collectées et les interventions, il est désormais possible d'intervenir en

temps réel à différents niveaux de la vie et de l'environnement de la personne. Il s'agit d'une intervention écologique momentanée. Prenons l'exemple de Mobilyze. C'est un programme contextuel basé sur des capteurs intégrés : GPS, lumière, mouvement ; et des capteurs externes. Il recueille et envoie des informations sur le temps passé dans les endroits sombres, le temps consacré aux activités, le sommeil, la fréquence cardiaque, entre autres. Les études ont montré que les changements dans les habitudes de sommeil et d'activité sont des signes avant-coureurs d'une rechute dans la dépression ou le trouble bipolaire (34,35), ce programme informe en permanence sur les principaux symptômes de la dépression (36) et permet une intervention plus prompte. Autre exemple, la TCC assistée par un smartphone et basée sur des dispositifs portables s'est révélée efficace pour augmenter l'observance du traitement et réduire le décrochage du patient (37).

Les outils de e-santé permettent des interventions spécifiques, ciblées, plus de flexibilité, des soins centrés sur la personne (2); tout en favorisant l'engagement des patients dans la gestion de leur propre santé (38). C'est un changement complet de paradigme concernant l'approche des soins, qui s'intègre complètement dans l'axe 4 de la stratégie nationale de santé (innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens).

Cependant, les psychiatres de demain ne sont finalement que peu formés à ces outils. S'ils possèdent tous, à titre personnel, des outils connectés (39), très peu utilisent au quotidien les techniques de e-santé. De plus, notre enquête met en évidence des carences de formation concernant l'utilisation de ces outils. Les psychiatres en formation n'ont pas de notions des enjeux cruciaux liés à la e-santé : enjeux éthiques, protection des données, modifications de la relation médecin-malade, mais aussi des changements de paradigmes à venir en santé mentale. En

effet, les avancées technologiques ont créé un fossé entre les découvertes scientifiques (génétiques, neurosciences, sciences cognitives, sciences comportementales, ...) et les classifications cliniques actuelles telles que la CIM et le DSM. Ceci a été le lit de la dernière révision du DSM. Un large éventail d'experts a été chargé d'examiner les nouvelles données émergentes, d'identifier les lacunes dans les connaissances et de proposer des programmes de recherche susceptibles de générer des données permettant de combler ces lacunes (40,41). Cependant, ce changement de cadre paradigmatique ne s'est pas produit, probablement en raison de certains besoins divergents de la communauté des chercheurs et des cliniciens en matière de nosologie psychiatrique. Dans la pratique clinique quotidienne, les catégories facilitent la définition d'un diagnostic fiable. Néanmoins, les chercheurs déclarant avoir besoin d'une nosologie qui leur permettrait d'intégrer les nouvelles découvertes scientifiques afin de mieux découvrir des faits pouvant être reproduits qui pourraient expliquer des maladies (42,43), ils ont commencé à envisager de nouvelles classifications : RDOC, réseaux de symptômes. Ces classifications sont trans-nosographiques et ouvrent la voie à des micro-interventions évolutives et contextualisées. Un fossé semble progressivement se créé entre clinique et recherche. Pourtant, tous s'accordent à dire que la recherche est essentielle pour améliorer la clinique. Un point de la feuille de route santé mentale est d'ailleurs dédié à la recherche. Une des solutions pour permettre de rapprocher recherche et clinique serait de former les futurs cliniciens à la recherche. C'est le but des masters 2 de recherches. Cependant, assez peu d'internes (18% des répondants) ont l'opportunité de se former en master 2 de recherche. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête AFFEP de 2009 (44). Par conséquent, en 10ans, l'attrait pour la formation à la recherche n'a pas augmenté, et les raisons évoquées par les internes restent

principalement un manque d'intérêt mais également un manque d'opportunité et la nécessité de devoir parfois changer de région pour réaliser cette formation. Il semble donc capital de travailler sur une meilleure coordination entre régions pour faciliter la mobilité, et de mettre en place des mesures afin d'améliorer l'attractivité de la formation à la recherche pour les internes.

Une des solutions peut peut-être se trouver dans la revalorisation de cette formation au sein du métier de psychiatre. En effet, les masters 2 ouvrent souvent la voie à des carrières universitaires, mais le nombre limité de carrières universitaires proposées peut rendre la formation peu attractive. Or, l'encadrement universitaire est capital dans le développement d'une spécialité, les universitaires étant en charge de la formation des futurs praticiens. Pourtant, le ratio PUPH de psychiatrie/internes de psychiatrie en France est l'un des plus faibles en médecine. En 2017, lors d'une audition au Sénat, le Professeur Thomas évoquait 102 postes de professeurs de psychiatrie, 75 en adulte, 27 en enfant et adolescent. Fortes de ce constat, les instances en charge de la santé et de la formation, ont décidé d'augmenter les possibilités en carrière universitaire, notamment en pédopsychiatrie. Ainsi, 20 postes de CCA sont créés en 2018 et 2019 afin d'atteindre 68 postes de CCA. Cette ouverture a pour objectifs de permettre une meilleure formation et un meilleur recrutement dans cette sur-spécialité, souvent décrite comme sinistrée de par les difficultés d'accès aux soins, longs délais de prise en charge, insatisfaction globale des usagers, carence de professionnel.

Notre étude retrouve un taux d'environ 30% d'internes intéressés par une formation spécifique en pédopsychiatrie. Ces chiffres sont en ligne avec les précédentes enquêtes AFFEP (45)

Notre sondage suggère que l'exposition à notre spécialité est nécessaire pour s'y projeter (pour la plupart des internes ayant choisi la psychiatrie comme spécialité, le stage effectué pendant l'externat a influé). Il en est de même pour cette surspécialité qu'est la pédopsychiatrie. La nouvelle maquette du DES de psychiatrie générale a rendu obligatoire un stage en pédopsychiatrie en début d'internat (avant la fin de la phase 2 dans les textes, en pratique réalise en phase 1) et cette mesure semble plutôt efficace. Nous notons cette année une augmentation fulgurante du nombre d'internes souhaitant faire une formation en PEA : 132 internes sur la promotion 2017 ayant formulé à leur association locale le vœu de faire l'option PEA, versus en moyenne 65 inscriptions annuelles en Diplôme d'Etudes Spécialisé Complémentaires en pédopsychiatrie dans l'ancien modèle. C'est une nouvelle dont nous pouvons nous réjouir pour l'attractivité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cependant, les discussions vont bon train concernant les possibilités de séparation entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte, notamment les idées d'une formation en CO-DES, ou en DES séparés ont émergés. Ces idées étaient déjà présentes avant la mise en place de la réforme, et les internes s'étaient exprimés massivement contre ces deux alternatives. Sur environ 1000 réponses, l'AFFEP retrouvait plus de 80% des internes en faveur du modèle DES avec option, moins de 15% faveur du modèle de co-DES et environ 5% en faveur du modèle de deux DES séparés. Une autre raison ayant poussé à éviter les modèles de CO-DES et DES séparés est la capacité de formation. En effet, à ce jour, il n'y a pas encore assez d'encadrement possible pour ouvrir plus de postes d'internes en formation en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les remontées sur les capacités de formation faites à l'ONDPS aux réunions préparatoires concernant le nombre de postes à ouvrir en option/FST était de 183 en 2019. Ce chiffre est

suffisant pour une formation en option mais sera largement sous estimé si les formations de psychiatrie générale et de PEA sont séparées, et que le nombre de semestre obligatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en service universitaire augmente.

En outre, la question de la démographie se pose. En effet, l'exercice suite à une option n'est ni exclusif ni limitant. Par conséquent, le psychiatre général à l'issue de son DES, même en l'absence d'option, peut voir des enfants, des adolescents et des personnes âgées, de la même manière qu'il voit des adultes. Et les personnes titulaires de l'option de PEA peuvent exercer jusqu'à 100% de leur activité avec des patients adultes si elles le souhaitent. Dans cette période où nous manquons cruellement de professionnels et pendant laquelle les délais de consultation en pédopsychiatrie sont de plusieurs mois, permettre aux psychiatres généraux de travailler avec des enfants et adolescents semble être une solution possible pour répondre aux besoins de la population. Si une formation en CODES est envisagée, il faudrait rendre respectivement les exercices en PEA et en psychiatrie d'adulte exclusifs et limitants. Cela permettrait en effet de contrôler au maximum les flux et d'estimer plus fidèlement la démographie des professionnels à venir, au sens où cela assure que toutes les personnes formées en PEA travailleront uniquement en PEA.

Cependant, compte tenu de la faible valorisation de l'exercice actuel, une telle mesure pourrait être un danger pour la spécialité. Des mesures afin d'améliorer l'attractivité de la spécialité doivent être mise en place avant d'envisager un changement dans la formation actuelle. En effet, une formation en CODES ou en DES séparé signifie demander à des étudiants en fin de 6^{ème} année de médecine de se projeter dans une sur-spécialité à laquelle ils n'ont malheureusement que très peu été exposés pendant l'externat, par manque de lieu de stage proposés et

d'encadrement, et que l'ensemble des articles, rapports, médias, et même des professionnels de santé décrivent comme en difficultés. Une des solutions pour améliorer l'attractivité de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie est de favoriser pendant l'externat des passages obligatoires en psychiatrie générale et pédopsychiatrie. La feuille de route le suggère, la mise en place sera elle plus compliquée. Les discussions sur la réforme des premier et deuxième cycles sont en cours.

Une autre mesure pour améliorer l'attractivité de la spécialité tout en améliorant les soins et en suivant les recommandations OMS sur la santé mentale, est de mettre en avant la diversité majeure d'exercice clinique en psychiatrie. En effet, la psychiatrie s'ouvre désormais vers les soins dans la communauté, intégrés dans la cité. C'est une des axes de la feuille de route que la réforme du troisième cycle essaye de suivre. Avant, peu voire pas de stages étaient agréées en psychiatrie libérale, clinique privée, ou en médico-social. Le seul moyen pour certains internes d'être exposés à l'exercice libéral ou privé est de réaliser des remplacements en complément de leur formation initiale, ce qui ne concerne que 27% de nos répondants. C'est ce même ratio de 30% qui se destine à l'exercice libéral. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'enquête AFFEP de 2012 (45) qui retrouvait seulement 5% de personnes envisageant le libéral en fin d'internat et 40% à 5ans après l'internat, celle de Hanon de 2001, qui retrouvait 30% d'intérêt vers le libéral. L'enquête AFFEP de 2012 évaluait les souhaits juste après l'internat, tandis que notre enquête ne précisait pas de temporalité. Il semble que les internes ne se lancent pas en libéral dès la fin d'internat, car la plupart ne considère pas avoir acquis assez d'autonomie et de confiance en soi pour travailler seul en cabinet, ni les bases nécessaires à cet exercice. En effet, à ce jour aucune formation ne comprend

de cours sur comment monter et gérer son cabinet. La nouvelle maquette de formation en psychiatrie ouvre la possibilité de stage en clinique privée, en libéral et en médico-social en phase 3. De plus, un plus large panel de représentants de différentes structures est désormais présent en commission de subdivision en vue de la répartition des postes, ce qui a pour objectif de garantir une juste répartition des internes. On peut espérer qu'une telle exposition en fin d'internat faciliterait l'installation. Cependant, sur le plan pratique l'accueil d'internes en ambulatoire est encore limité, et nécessite des ajustements cruciaux. En effet, il faut former des maitres de stages universitaires (MSU), sur le modèle de la médecine générale. La formation est généralement organisée par l'unité de formation et recherche de rattachement, et le plus souvent sous la forme d'un séminaire annuel d'environ une semaine, rappelant les objectifs de stages, les formalités d'encadrement, et quelques outils pédagogiques. Il n'y a pas encore eu à ce jour de formation de MSU en psychiatrie.

Le médico-social, secteur à la croisée du sanitaire et du social, n'est que peu connu des psychiatres en formation. Si on peut se réjouir que la nouvelle maquette de formation mentionne les établissements médico-sociaux comme lieu de formation possible, il faudra tout de même de nombreuses adaptations pour que la pratique suive. En effet, les temps pleins de praticiens séniors y étant relativement rares, car le plus souvent temps partagés avec une structure hospitalière, la modalité de stage la plus adaptée pour l'étudiant serait un stage couplé entre médico-social et structure hospitalière, en miroir de l'activité du praticien hospitalier.

Même si la mise en œuvre n'est pas aisée, il semble qu'un certain nombre de mesures aient été intégrées dans la réforme de la formation en psychiatrie pour que

les praticiens de demain apprennent leur métier dans des lieux de stages plus variés que les seuls murs d'un hôpital psychiatrique.

Un autre point que la réforme essaye de traiter est celui la formation en psychothérapie, puisque les psychiatres disposent du titre de psychothérapeute. Notre étude démontre que les internes ne se trouvent pas assez formés en psychothérapie. Ces lacunes datent de plusieurs années. Par exemple, une étude de l'AFFEP publiée en 2012 évoquait un taux d'insatisfaction d'environ 75%(46), taux comparable à ce que nous retrouvons dans notre étude. Une refonte de la formation en psychothérapie s'avérait nécessaire, et le portfolio de psychiatrie contient désormais des éléments de bases en psychothérapie, s'inspirant de modèles étrangers, allemands et canadiens notamment (47,48)), l'idée est de permettre aux internes d'acquérir des bases dans l'ensemble des courants de psychothérapie et qu'ils puissent dans un second choisir un courant de prédilection pour une formation plus poussée.

Au total, nous remarquons que la réforme de la formation en psychiatrie semble aller dans la même direction que la stratégie nationale en termes de santé mentale. Un point, pourtant majeur, continue de faire défaut dans la formation, celui de la prévention en santé mentale et de la promotion positive de la discipline. En effet, au-delà des compétences cliniques, il est attendu du psychiatre, entre autres, des compétences d'acteur de santé publique. Pourtant notre étude démontre que les internes n'y sont quasiment pas formés. Il serait important de prévoir des modules de formation obligatoire dans ces domaines.

V. Conclusion

La psychiatrie est en pleine évolution, entre refonte de la formation et changement de paradigmes dans les soins délivrés. Il semble que les évolutions de la formation feraient échos à certains grands axes décidés par instances. Cependant, la mise en application de cette réforme ambitieuse est difficile et les psychiatres de demain restent sceptiques quant à ses bénéfices sur la discipline. Les internes s'avèrent être une population dont l'intérêt pour les politiques de santé mentale est grand, mais leur formation dans ce champ reste limitée. Comment assurer sa mission d'acteur de santé publique en santé mentale dans de telles conditions ? Si la réforme du troisième cycle des études médicales en psychiatrie semble vouloir apporter quelques améliorations sur le plan de la formation clinique, de nombreux efforts restent à faire concernant la formation à la e-santé, et aux compétences non cliniques telles que le management, la recherche, et la prévention.

VI. Bibliographie

1. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res. 2001 Jun;3(2):E20.
2. Ahern DK, Kreslake JM, Phalen JM. What is eHealth (6): perspectives on the evolution of eHealth research. J Med Internet Res. 2006 Mar 31;8(1):e4.
3. Mack O, editor. Managing in a VUCA world. Cham: Springer; 2016. 259 p. (Business/Economics).
4. Unnikrishnan MK. Eminence or Evidence? The Volatility, Uncertainty, Complexity, and Ambiguity in Healthcare. J Pharmacol Pharmacother. 2017;8(1):1–2.
5. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. Extraits du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT. VST - Vie sociale et traitements. 2001;72(4):9–32.
6. A.Fontaine BL. La réforme du troisième cycle des études médicales : où en est-on ? 2018 Oct;2018/10 (Volume 94). Available from: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-851.htm>
7. F Couraud; FR Pruvot. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf>
8. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>
9. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. NOR: MENS1708241A. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>

10. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. NOR: MENS1712264A. Available from:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881&categorieLien=id>
11. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*. 2007 Jan 1;29(7):642–7.
12. Abstracts. *European Psychiatry*. 2018 Mar;48:S359–566.
13. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014 Apr;43(2):476–93.
14. Commission Européenne: European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing- EU joint action on mental Health and Wellbeing- final conference- brussels 21-22 Janvier 2016. Available from
https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf
15. Niveau G, Materi J. Psychiatric commitment: Over 50years of case law from the European Court of Human Rights. *European Psychiatry*. 2007 Jan 1;22(1):59–67.
16. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2008;17(1):14–9.
17. World Health Organization (2001) *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization. Available from : https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

18. World Bank (2002) World Development Report 2002: Building Institutions for Markets. Washington, DC: World Bank. Available from <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5984/WDR%202002%20-%20English.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Knapp. Mental health policy and practice across Europe. 2007. [Internet]. [cited 2018 May 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107811>
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf?ua=1
20. World Health Organization. 2019. Special initiative for mental health (2019-2023) Universal Health Coverage for Mental Health. Available from https://www.who.int/mental_health/evidence/special_initiative_2019_2023/en
21. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Available from https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
22. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Conference, helsinki, 2015. Available from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf
23. European Commission. Green Paper-Improving the mental health of the population Towards a strategy on mental health for the European Union. 2005. Available from https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
24. Organisation de coopération et de développement économiques. 2018. health at a glance 2018. Available from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
25. Sénateur A.Milon. Rapport sur la Prise en charge Psychiatrique en France. 2009. Available from: <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>

26. Robiliard PMD. la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. :133. Available from <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
27. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. :190. Available from https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
28. IGAS. Rapport. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. 2017. Available from <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>
29. M.Wonner, C.Fiat. Rapport D'information en conclusion de la mission relative à l'organisation de la santé mentale. 2019. Available from <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp>
30. Olié J-P. Soigner les maladies mentales. :44. Available from <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/06/Soigner-les-maladies-mentales.pdf>
31. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier de presse comité stratégie santé mentale. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
32. Wichers M, Simons CJP, Kramer IMA, Hartmann JA, Lothmann C, Myin-Germeys I, et al. Momentary assessment technology as a tool to help patients with depression help themselves. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Oct;124(4):262–72.
33. Firth J, Torous J, Yung AR. Ecological momentary assessment and beyond: The rising interest in e-mental health research. *Journal of Psychiatric Research*. 2016 Sep 1;80:3–4.

34. van de Leemput IA, Wichers M, Cramer AOJ, Borsboom D, Tuerlinckx F, Kuppens P, et al. Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014 Jan 7;111(1):87–92.
35. Prociow PA, Crowe JA. Towards personalised ambient monitoring of mental health via mobile technologies. *Technol Health Care*. 2010;18(4–5):275–84.
36. Burns MN, Begale M, Duffecy J, Gergle D, Karr CJ, Giangrande E, et al. Harnessing context sensing to develop a mobile intervention for depression. *J Med Internet Res*. 2011 Aug 12;13(3):e55.
37. Winslow BD, Chadderdon GL, Dechmerowski SJ, Jones DL, Kalkstein S, Greene JL, et al. Development and Clinical Evaluation of an mHealth Application for Stress Management. *Front Psychiatry*. 2016;7:130.
38. Carrera PM, Dalton ARH. Do-it-yourself healthcare: the current landscape, prospects and consequences. *Maturitas*. 2014 Jan;77(1):37–40.
39. EFPT/ECPC-EPA Symposium. *European Psychiatry*. 2018 Mar;48:S33.
40. First MB. Paradigm shifts and the development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: past experiences and future aspirations. *Can J Psychiatry*. 2010 Nov;55(11):692–700.
41. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A Research Agenda For DSM V. *American Psychiatric Pub*; 2008. 332 p.
42. Maser JD, Patterson T. Spectrum and nosology: implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Dec;25(4):855–85, viii–ix.
43. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*. 2014 Feb;13(1):28–35.

44. Van Effenterre A. Formation et information des internes en psychiatrie : quelle place pour la recherche ? L'Encéphale. 2011 Jun;37(3):159–61.
45. Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. L'Encéphale. 2015 Feb;41(1):17–24.
46. Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale. L'Encéphale. 2013 Jun;39(3):155–64.
47. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. A National Survey of Canadian Psychiatry Residents' Perceptions of Psychotherapy Training. Can J Psychiatry. 2007 Nov;52(11):710–7.
48. Psychotherapy Training for Residents: Reconciling Requirements With Evidence-Based, Competency-Focused Practice. 2010;(13 January 2014).

AUTEUR : Nom : FONTAINE

Prénom : Audrey

Date de soutenance : 27/11/2019

Titre de la thèse : Psychiatrie et grands changements, l'évolution de la formation répond-elle aux besoins d'évolution de la discipline en France ?

Thèse - Médecine – Lille- 2019

Cadre de classement : (discipline de la thèse) Médecine

DES + spécialité : (discipline d'inscription) Psychiatrie

Mots-clés : formation, santé mentale, psychiatrie, prévention, politique, e-santé

Résumé :

Contexte : Pinel et Esquirol l'ont élevée au rang de discipline médicale à part entière, et depuis la Psychiatrie ne cesse d'évoluer au gré des avancées scientifiques, technologiques, sociétales, éthiques, et démographiques. La psychiatrie asilaire a laissé place à des soins centrés sur la personne et intégrés à la cité. La santé mentale, longtemps négligée, s'affiche désormais, comme un des principaux enjeux, à la fois en termes sanitaires mais également en termes sociétaux et économiques. La formation évolue aussi en parallèle, avec notamment la réforme du troisième cycle des études médicales, venue restructurer en profondeur l'apprentissage des futurs psychiatres. Une question émerge donc : est ce que les changements dans la formation des psychiatres leur permettent d'appréhender au mieux les enjeux du système de soins et d'être prêts à faire face aux défis de demain ?

Méthode : Une enquête descriptive rétrospective par auto-questionnaire a été menée sur le mois d'octobre 2019. 540 des 2100 internes en inscrits en DES de psychiatrie ont participé.

Résultats : Notre travail a permis de faire un état des lieux de l'apprentissage en psychiatrie. Malgré un intérêt certain pour les politiques de santé (65,5%, n=354), en général, et de santé mentale particulièrement (80%, n=433), les psychiatres en formation aujourd'hui ne se sentent pas en capacité de saisir pleinement les enjeux en santé mentale/psychiatrie (55%, n=420), ni s'investir dans les réflexions sur les politiques de santé mentales en France (86,5%, n=467). Ils n'ont que peu de connaissances concernant les plans d'actions nationaux et internationaux pour la santé mentale (moyenne 21,7%, ET : 6,9%), incluant la feuille de route santé mentale (25,5% ; n=138). Enfin, une majorité (80%) pense que la réforme de la formation ne répond pas aux besoins de la discipline. Parmi les carences retrouvées, on peut noter la formation à la prévention en santé mentale, à la e-santé, au management/gestion d'équipe, à la psychothérapie, et l'exposition à différents types d'exercice.

Conclusion : La réforme de la formation, certes ambitieuse, doit encore être affinée afin de former des jeunes prêts à relever les défis de la discipline.

Composition du Jury :

Président : Professeur Didier GOSSET

Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Docteur Philippe GRANATO

Directeur de thèse : Professeur Pierre THOMAS