

Résultats questionnaire

1. Comment tu définiras un trouble psychiatrique ?

Master en psy :

C'est pour moi une perturbation pathologique de la santé psychique. L'adjectif "psychiatrique" ajoute un aspect très médical qui ne correspond pas à de nombreux troubles à mon avis (TSA, TOC, TSPT, TAG, TDAH, ...).

Alessia :

Comme une altération durable du fonctionnement psychiatrique d'une personne, comme les émotions, la pensée, la réflexion, la mémoire, ...

Emilie :

Je définirais les troubles psychiatriques par une altération du fonctionnement psychique, qui peut comprendre tout ce qui est processus mentaux, allant de la personnalité, l'humeur, la cognition, la gestion des émotions et la capacité à se relever face à un défi, qui serait altérée jusqu'à entraver la fonctionnalité de l'individu sur une période donnée, et qui lui causerait une souffrance.

Camille :

Sois-tu prends une définition large (OMS – organisation mondial de la santé - définit la santé comme un état de "bien-être") donc on pourrait définir un trouble psychique comme le fait de différer d'un état de bien-être. Il existe des définitions très précise du trouble psychiatrique dans le DSM-5 (livre de l'association de psychiatrie américaine) qui définirait tous les critères pour diagnostiquer toutes les maladies psychiatriques. Il existe aussi la CIM-11 qui est l'équivalent européen.

2. Quelle est la différence entre une souffrance passagère et un trouble d'après toi ?

Master en psy :

Une souffrance passagère fait partie d'un processus de vie/développement et est incluse dans un fonctionnement "normal"/typique. Pour moi, un trouble (non défini comme étant nécessairement psychiatrique) désigne un écart (limité ou non dans le temps) face aux structures typiques, pouvant tout à fait ne pas être pathologique ou pathogène pour une certaine personne.

Alessia :

un trouble affecte durablement le fonctionnement d'une personne dans sa vie personnelle, son travail, sa vie en société.

Emilie :

Je dirais que c'est vraiment personne et situation dépendante, ce qui différencie ça va être l'impact que ça a sur la personne et à quel point est-ce que ça entrave vraiment son fonctionnement, et de manière anormale dans le sens qu'elle arrive plus à gérer elle-même toute seule ou alors quelque chose qui reviendrait de manière très fréquentes.

Une autre différence c'est quand même que la souffrance passagère, comme son nom l'indique, c'est limité dans le temps et après on passe à autre chose, alors qu'un trouble, il peut être soit aussi limité dans le temps, mais il peut aussi être plus long.

Un exemple qui est à la limite entre trouble et souffrance passagère ce sont les troubles de l'adaptation. Presque tout le monde aura une souffrance passagère par exemple à la suite d'une rupture ou quelque chose comme ça ce qui n'est pas considéré comme un trouble parce que c'est normal qu'on ne se sente pas bien après à une rupture, mais qui peut se transformer en troubles de l'adaptation quand vraiment ça entrave fonctionne la personne justement plus que ce qui est attendu. Est c'est cette limite-là qui n'est pas toujours très claire comme en réalité c'est un spectre et c'est arbitraire où on place cette limite.

Camille :

On a le DSM-5 et la CIM-11, que tu peux aller feuilleter d'ailleurs, ce serait intéressant, qui sont nos livres diagnostiques de psychiatrie, parce que, en psychiatrie, contrairement à dans tout le reste des domaines de la médecine, où tu peux faire un examen physique à un patient, faire des examens complémentaires, regarder une radio, regarder une échographie, regarder une prise de sang, et ensuite diagnostiquer grâce à ça ce qu'une personne a. Dans la psychiatrie, ça se base sur des facteurs biologiques que tu ne vas pas pouvoir voir dans une prise de sang.

Du coup, on a des critères très précis de diagnostic qui font que les associations de psychiatrie ont décidé de cut-off entre ce qui peut être considéré physiologique, donc en tant qu'être humain, tu as le droit d'avoir trois jours où tu es triste, parce que tu as x ou y truc, et d'être un peu déprimé, ou d'être dépressif.

Dépressif, c'est être atteint d'un état dépressif, et ça, c'est un diagnostic. Et ça, par exemple, dans le DSM-5, pour être diagnostiqué d'une dépression, il faut que les symptômes très précis listés de la dépression soient présents chez la personne depuis minimum deux semaines. J'ai pris l'exemple de la dépression parce que c'est le plus connu, mais en gros, tu as souvent des cut-off comme ça.

Et puis après, tu as aussi des situations où on estime qu'un être humain a le droit de... C'est un peu bizarre à dire comme ça, mais a le droit de souffrir plus longtemps. Par exemple, un deuil. On estime qu'une personne a le droit d'avoir des symptômes de deuil et d'être activement triste, je ne sais plus exactement ce que c'est le chiffre, mais je crois pendant un an. Mais si le deuil dure pendant plus qu'un an, et que la personne, au bout de plus d'un an, n'est plus capable de vivre sa vie et de faire les tâches de la vie quotidienne, là, on va considérer que c'est un deuil pathologique. Je ne sais plus si c'est un an ou six mois. Mais du coup, oui, la différence entre une souffrance passagère et un trouble, c'est vraiment une question de temps et de symptômes très précis. On va pas te diagnostiquer un trouble psychiatrique sans que tu aies vraiment des symptômes très précis.

3. Est ce que les troubles psychiatriques sont abordés dans tes études ? Tu arriverais à me décrire ton expérience ?

Master en psy :

Oui, ils sont abordés. C'est principalement au travers de descriptions diagnostiques du DSM ou du CIM. On a pu voir quelques spécificités du travail clinique avec certaines identités diagnostiques de troubles psychiatriques, mais sans grands détails. Nous avons vu à un niveau plus processuel, avec plus de détails et dans leur évolution des concepts que j'identifierais plus comme étant des troubles mais pas psychiatriques. Je trouve que l'on a un très bon enseignement au niveau des troubles neuropsychologiques/psychiatriques et j'aurais souhaité avoir un peu plus de ce type d'enseignement pour les troubles psychiatriques à la place de la quantité de cours à visée de connaissances scientifiques.

Alessia :

Oui. Cours de psychiatrie centrés sur les troubles (origines, bases psychiatriques et neurobiologiques), leurs conséquences et leurs gestion (traitement, mesures d'hospitalisation). Cours de psychiatrie globalement intéressants et complets mais manquant de pratique et impliquant peu les patients souffrant de troubles psychiatriques dans la création des cours.

Certains cours se font remarquer par une approche très archaïque et paternaliste des troubles psychiatriques, avec une persistance de nombreux stéréotypes.

Nissou :

Très tardivement, à part certains cours de "prévention" notamment pour le burn out / dépression, les cours de psychiatrie en tant que tel arrivent seulement en 4ème année et représente l'entièreté de ce qu'on verra de la psychiatrie (donc 2 mois et quelques cours en neurologie), approche très rigide également avec des classifications strictes à une période où la psychiatrie essaie justement de casser ces cases.

Emilie :

Oui les troubles psychiatriques sont abordés dans mes études, mais clairement pas assez dans le sens où, on a eu, je crois, trois vignettes en neurologie en troisième année et après on a uniquement un mois en quatrième et c'est tout ce qu'on a de psychiatrie dans tout notre parcours.

Pour moi ce n'est vraiment pas assez, en plus pendant le mois de psychiatrie, on aborde tout de manière vraiment très structurée, un peu comme si on lisait juste le DSM ou la CIM avec en fait peu d'implication pratique sur comment est-ce qu'on fait réellement en clinique. On ne nous aiguille pas tellement sur comment intégrer en fait la gestion des troubles psychiatriques en clinique peu importe notre spécialité, parce qu'on y sera tous confrontés et ça on n'y est pas du tout préparé.

Camille :

Oui, les troubles psychiques sont abordés dans mes études. Je suis étudiante en cinquième année de médecine et j'ai un mois obligatoire de psychiatrie en quatrième année de médecine. Et en troisième année de médecine, j'ai un module de neurosciences dans lequel j'ai un module de psychiatrie aussi. Et du coup, oui, à des moments clés de mes études, c'est abordé. Et puis sinon, à d'autres moments de mes études, j'ai aussi des cours un peu périodiques comme ça dessus.

4. Est-ce que tu sens que les futurs médecins sont bien formés à la santé mentale ?

Master en psy :

Je suis futur psychothérapeute, donc en parlant pour ma profession, je trouve que nous n'avons vraiment pas assez d'expérience concrète durant notre cursus universitaire, on a aussi une trop grande proportion de notre temps qui nous forme aux grandes théories scientifiques et à la méthodologie scientifique (je pense qu'un minimum est nécessaire mais pas autant).

La formation post graduée (MAS) semble être très bien au niveau de la complémentarité des enseignements et de l'encadrement mais les places sont trop limitées. Concernant ce que j'ai entendu des futurs médecins voulant être psychiatres, je trouve qu'ils ne sont réellement pas assez préparés et qu'ils doivent malheureusement énormément apprendre sur le tas.

Les années d'enseignements sur la médecine somatique contiennent si peu d'éléments essentiels pour la psychologie. Ceci se voit aussi des yeux des psychiatres avec qui j'ai discuté : ils me disent toujours à quel point certains psychiatres sont un désastre absolu, ou alors inutiles dans leur pratique et il semble que les bons psychiatres le sont juste grâce à leur propension et non grâce aux enseignements.

Alessia :

Au niveau de la formation générale, très orientée "traitement pharmacologique des troubles psychiatriques" et comment les dépister / reconnaître. Peu d'importance donnée à d'autres approches et peu d'importance donnée à la santé mentale de tous les patients. Pas d'outils sur comment dépister une souffrance à bas bruit et comment aider.

Quelques cours sur la santé mentale des soignants, surtout axés sur le fait qu'ils sont plus propices à en souffrir, sans offrir d'outils pour lutter contre.

Nissou :

Très peu formés à dépister en clinique (on a appris les classifications, critères de diagnostic) mais très peu comment les amener dans une consultation, comment accompagner la souffrance des patients.

Aussi un historique institutionnel de stigmatisation et banalisation (par exemple : beaucoup de banalisation de l'anxiété / angoisse de patients à qui on va peu proposer d'accompagnement ou stigmatisation de personnes avec des troubles psychiatriques que certains vont moins écouter ou tout remettre en question au lieu d'accueillir leur souffrances)

Emilie :

Je sens pas du tout que les futurs médecins sont bien formés à la santé mentale, j'ai l'impression que les quelques outils que j'ai c'est plutôt parce que je suis allée me renseigner par moi-même que donné dans le parcours de médecine.

Ce ne sont pas les études qui m'ont apporté ça et les gens qui n'en ont rien à faire de la santé mentale ne sont pas du tout formé, certains n'écoutent même pas les cours et y a aucun moment où ça va les arrêter dans le parcours le fait de ne pas prendre soin de la santé mentale de leur patient.

En plus, les études de médecine ne sont pas vraiment connues pour nous apprendre nous-même à prendre soin de nous. Nous, on nous prévient juste qu'on peut tous être en burnout un moment dans notre vie, mais à part ça on est très peu formé à la santé mentale, même à la nôtre.

Camille :

Réponse mitigée. Je pense que c'est super qu'on ait un mois de psychiatrie obligatoire. Je sais que la psychiatrie n'est pas du tout obligatoire dans toutes les facultés de médecine de Suisse ou du monde. Donc je suis très contente qu'on ait un mois de psychiatrie obligatoire à la Faculté de médecine de Genève dans laquelle je suis.

Maintenant, je pense qu'en vrai, en termes de théorie, ce n'est pas trop mal. En tout cas, les cours en psychiatrie sont vraiment complets. Je trouve qu'on n'aborde pas assez la santé mentale. Je trouve qu'on ne l'aborde pas assez dans les autres domaines de la médecine que la psychiatrie, parce que les gens qui ont des problèmes de santé mentale ont aussi des problèmes de santé physique. Et que c'est trop peu mélangé.

Il y a des cours et il y a des profs qui sont super et qui n'ont pas du tout une vision séparatiste du corps et de l'esprit. Mais je pense aussi que comme on doit nous enseigner tellement, tellement de choses en médecine générale et somatique, dans ces moments-là, on n'aborde pas vraiment le côté psychologique.

Et sinon, je trouve qu'en stage de psychiatrie, on voit quand même plusieurs choses. Ça, c'est super parce que c'est bien d'y être exposé. Mais on ne nous donne vraiment pas assez d'autonomie pendant nos stages de psychiatrie pour nous-mêmes nous exercer à être les médecins de demain et à savoir accompagner et aider ces personnes. Et puis même, quand tu es en médecine interne ou chez le généraliste en ville, il y a beaucoup, beaucoup de consultations pour des épisodes dépressifs, pour des troubles anxieux, pour des burn-out qui n'est techniquement pas un diagnostic. Le burn-out, ce n'est pas une maladie, ça n'existe nulle part en médecine.

Mais bref, autre vaste sujet. Mais du coup, la question, c'était, est-ce que je me suis bien formée à la santé mentale ? Mieux qu'avant, mais on pourrait faire mieux.

5. Comment tu décrirais notre avancée au niveau des connaissances que l'on a à sur ce sujet ? Un exemple en tête ?

Master en psy :

Je trouve que les avancements du dernier demi-siècle sont réjouissants. Je suis très curieux et intéressé par la multitude de méthodes visant spécifiquement certains processus ou troubles. Un exemple qui me vient en tête est ce qui concerne la psychologie d'urgence et toutes les avancées qui nous ont permis d'arriver à de nombreux protocoles, des techniques spécifiques qui prennent en compte l'aspect évolutif des situations traitées.

Alessia :

Avancée intéressante au niveau des bases neurobiologiques, dans la mesure où cela peut aider à déstigmatiser certains troubles. (P.ex la dépression ou le TDAH ont de plus en plus d'études montrant les causes neurobiologiques, ce qui aide certains patients et leur proche à voir cela comme un trouble réel, et pas comme quelque chose "stimulé" par le patient, au même titre qu'une grippe ne serait pas causée par la personne qui l'a attrapée).

Avancée (lente !!) dans l'intégration de patients pour la formation des médecins (p.ex intervention d'une patiente souffrant de dépression dans un cours).

Nissou :

Avancée aussi dans les mentalités (très lentes aussi) avec une approche beaucoup moins catégorielle et plus basé sur des spectres et une approche dimensionnelle. Mais finalement dans la pratique, ces avancées se voient peu je trouve.

Emilie :

Comment je décrirais notre avancée au sujet des connaissances bah vraiment moi j'ai une impression que y a plus de sensibilisation dans la population à la santé mentale et aux pathologies psychiatriques, il y a de plus en plus de gens qui sont informés, mais pas forcément avec les bonnes ressources, certes, mais surtout que le niveau de connaissances en tant que telle j'ai une impression que c'est un peu une stagnation. On nous dit tout le temps que bah voilà ce sont les critères en fait

qui ont été créé, je ne sais pas en 1900, et qui en fait ça n'a pas beaucoup avancé depuis à part peut-être 2-3 aspects où ils sont là ohh la nouveauté ! Mais en fait c'est un aspect mineur qui ne change pas grand-chose dans la vie des patients, et donc plutôt une impression de stagnation je dirais.

Camille :

Ben, disons, à mon échelle, c'est difficile de parler d'avancée de connaissances. Parce qu'en gros, la première fois que j'ai fait de la psychiatrie, c'était un an et demi. Donc... Mais c'est clairement un domaine qui avance en médecine et il y a plein de choses qu'on essaye de comprendre et le cerveau est un organe fascinant mais compliqué. Et oui, il y a plein d'avancées. Par exemple, pendant un long moment, on a pensé... En gros, on ne sait toujours pas exactement quel est le mécanisme physiopathologique d'apparition de la dépression. Si je reste sur cet exemple. Pendant un moment, on a pensé que c'était dû à un manque de sérotonine, qui est un neurotransmetteur qu'on a dans notre cerveau.

Et on a pensé ça grâce à diverses choses, mais aussi à cause du fait que les antidépresseurs actuels, la plupart d'entre eux, augmentent le taux de sérotonine dans le cerveau et donc aident à guérir et à atténuer les symptômes dépressifs. Mais aujourd'hui, par exemple, on se rend compte que Ce n'est pas un lien direct, la dépression de sérotonine dans le cerveau et la dépression, et que la dépression est probablement plutôt due au fait que les... Il y a moins de ce qu'on appelle plasticité synaptique dans ton cerveau. C'est-à-dire que les liens entre les neurones de ton cerveau sont affectés et déréglés. Et c'est ça qui va donner la dépression. Et en fait, l'ajout de sérotonine grâce à un antidépresseur va plutôt... régler les connexions entre les neurones et reconstruire certaines connexions entre les neurones plutôt que ce soit la sérotonine elle-même qui...

Enfin bref, c'est un exemple compliqué, mais tout ça pour dire qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses qu'on ne comprend pas vraiment au niveau neurologique en psychiatrie et qu'il y a beaucoup d'avancées aussi sur cette question. Ce qui fait que probablement que plus tard, on va réussir à avoir aussi l'idée et le but de faire des avancées et de comprendre comment ça marche. C'est aussi de comprendre comment on peut agir sur ces mécanismes pour guérir les gens.

6. As-tu déjà rencontré des patients souffrant de troubles psy en stage ? Comment te sens-tu face à ces patients ?

Master en psy :

J'ai vu des enfants vivant avec un retard général de développement, des TSA moyennement conséquents, des déficiences intellectuelles, mais principalement des troubles émotionnels chez l'enfant dus à leurs circonstances de vie. Je me sentais touché par leurs difficultés mais pas envahi ou terrassé par ce sentiment (le fait de n'être qu'un stagiaire étant très protecteur à ce niveau-là.)

Alessia :

Oui. De manière globale, comme pour tout patient, impression très individuelle, certaines personnes avec qui cela passe plus ou moins. Quelques cas notables où il y a une grande frustration car il est difficile d'avancer dans une direction / de mener l'entretien comme on en a l'habitude. Consultations psychiatriques agréables dans les études car rares occasions où on peut vraiment prendre le temps de parler avec les personnes mais aussi parfois inquiétantes ou très lourd à recevoir. **De façon très personnelle, les quelques rencontres eu avec des personnes qui, dans la situation, étaient complètement déconnectées de leur environnement et ce qu'il se passaient autour d'elles sont très impressionnantes voir effrayantes car nous n'avons aucun outils pour les atteindre et les aider, ce qui renvoie une forte impuissance.**

Nissou :

De par notre manque de formation à la communication avec des patients avec des pathologies psychiatriques, assez démunie, peu d'outils pour cadrer une consultation, accueillir les difficultés et souffrance de manière bienveillante et aidante.

Emilie :

J'ai déjà rencontré des patients qui souffraient de troubles psy. Moi je me sentais plutôt démunie, je pouvais être empathique avec eux, ça c'est quelque chose que je sais faire, mais après plus et comment les aider dans leur parcours, ça moi j'aurais eu aucune idée.

Si on m'avait dit de faire une consultation seule ou comme ça, j'aurais improvisé avec mes connaissances personnelles et pas vraiment à partir de connaissances médicales, qu'on ne nous a pas donné en cours.

On a pas du tout pratiqué, on va finir la médecine, en ayant très peu pratiqué voire pas du tout la prise en charge des troubles psy. Franchement les patients se connaissent mieux eux-mêmes que nous on connaît ce qui vivent et comment faire avec les troubles qu'ils ont parfois.

J'ai pris un stage de 6e en pédopsychiatrie parce que justement j'estime que la formation qu'on a eue ne m'a pas donné les clés pour aider ces patients.

Camille :

Oui, j'ai eu la chance de rencontrer plein de patients qui ont des troubles psy dans plein de stages différents, mais évidemment surtout en psychiatrie. Et comment je me sens face à ces patients ? Franchement, En général, je me sens assez bien. C'est... Ce sont des patients comme d'autres sur beaucoup, beaucoup de points. Mais tu te sens aussi... En tout cas, moi, en tant qu'étudiante en médecine, je me sens assez impuissante face à ces patients.

Et aussi, c'est une manière tellement, tellement différente d'aborder la médecine que je... En fait, je n'ai pas d'automatisme avec ces patients. Je n'arrive pas à juste... me mettre en mode médecin et faire mon job.

Parce que, disons, on a l'habitude dans nos vies d'évidemment fréquenter des gens avec des troubles psychiques, que ce soit la dépression ou l'anxiété. Je pense que tout le monde connaît déjà quelqu'un qui a fait une dépression, tout le monde connaît quelqu'un qui est anxieux, tout le monde connaît quelqu'un qui a connu un épuisement professionnel, qui fait un burn-out, tout ça.

Je pense que ce n'est vraiment pas compliqué d'avoir un exemple de ces choses-là dans sa tête. En psychiatrie, on a deux grandes catégories historiques de troubles psychiques. Ce sont les névrosés, c'est ce que je viens de lister en gros, et tu as aussi les psychotiques. Et les psychotiques, le plus connu, c'est la schizophrénie. Les psychotiques, ce sont des gens qui ont des problèmes psychiques qui ne sont pas vraiment ancrés dans la réalité.

Il y a tellement de préjugés et tellement de fake news autour de ces maladies-là que, avant d'aller en psychiatrie, déjà, je ne me rendais pas compte à quel point ils étaient fréquents, les troubles comme la schizophrénie.

C'est quand même un sentiment assez particulier parce que ce sont vraiment des êtres humains qui... qui pensent et qui s'expriment et qui ont des codes qui sont extrêmement différents. Et du coup, comme toute l'idée aussi de la psychiatrie, c'est... de comprendre, puis d'aider quelqu'un aussi avec ses mots à soi, ça demande un niveau de communication qui doit être vraiment élevé.

7. Comment trouves tu la prises en charges dans les milieux psy que tu as pu observer ? Y aurait-il quelque chose à améliorer à ce niveau-là ? Qu'est ce qui est vraiment bien et à ne pas changer ?

Master en psy :

Je trouve la prise en charge que j'ai observé tout à fait adéquate. Je n'ai pas encore assez d'expérience pour trouver quelque chose que je voudrais changer. J'ai trouvé vraiment bien et absolument essentiel l'attention et le soin que j'ai observé chez chaque professionnel que j'ai suivi.

Alessia :

Prise en charge très en retard par rapport à ce qui pourrait être. Encore beaucoup basée sur la médication et la restriction. Vient aussi d'un manque de moyens (pas assez de personnes pour bien accompagner donc plus facile de sur-médiquer pour garder des patients calmes, ce qui ne les aide pas au long terme). À garder sont ces nouvelles approches de casser les cases et de diagnostiquer plutôt sur un spectre, ainsi que les approches visant pas à "normaliser" mais à permettre à une personne de fonctionner sans souffrir dans sa vie personnelle, sociale ou son travail.

Emilie :

Je dirais qu'il y a deux choses. J'étais une fois en ambulatoire et une fois en hospitalier et c'était très différent.

Je vais parler en premier de l'ambulatoire. C'était un CAPPI, donc un centre ambulatoire qui est relié à un hôpital où les médecins changent chaque année.

En fait ça, je pense que c'est un point négatif pour certains patients, ils ne peuvent pas créer un lien, parfois ils ont besoin de temps pour créer un lien avec le médecin mais ils changent tout le temps donc ça ne facilite pas.

Cela étant, le point positif c'est que ça leur permet de changer. Parfois les gens n'osent pas changer de psychiatre, alors que c'est tellement personne dépendant, il faut trouver la personne qui correspond à ce dont la personne a besoin et que permettre de voir plusieurs manières d'être prise en charge en changeant de psychiatre, ce n'est pas si mal. Mais du coup c'est un peu à double tranchant.

J'ai vu des très bons psy, psychiatre qui vraiment, on voyait le parcours des patients. Je voyais le parcours que les patients, ce qu'ils avaient fait, notamment une patiente borderline qui avait vraiment compris son trouble et apprenait à vivre avec. Elle a pu renouer avec sa famille avec qui elle avait perdu contact à cause de son trouble. Grâce en fait au parcours qu'elle avait fait avec le médecin tout ce chemin-là, donc là c'était très utile et très touchant.

D'autre part, et malheureusement la majorité, il y avait aussi des gens qui étaient là depuis des mois et des mois avec d'autres psychiatres, et qui n'avancait pas du tout, parce que le psychiatre ne leur rapportait pas ce dont ils avaient besoin. Chaque psychiatre organise vraiment sa consultation comme il veut et comme c'est justement le travail avec le psychiatre qui est sensé aider les patients, eh bien il faut avoir la chance de tomber sur quelqu'un de compétent, pas seulement quelqu'un qui connaît par cœur les critères de la CIM.

Et pour le milieu hospitalier c'était vraiment un combat.

Il y a un programme pour les TCA, les troubles psychosomatiques, les déficiences intellectuelles, ce sont des troubles vraiment importants. En fait les psychiatres sont très démunis et ils se battent avec les patients pour trouver des techniques, par exemple avec les TCA, ils négocient leur alimentation avec les patients.

Je ne voyais pas beaucoup le sens là-dedans, ils se battaient pour faire reprendre à la patiente un poids quelle s'efforcerait de reprendre en sortant. Enfin, ils essayaient de prendre en charge, mais je n'avais pas l'impression que ça avait beaucoup de résultats parce qu'ils étaient justement en confrontation avec les patients au lieu d'être avec eux et de s'adapter à leurs besoins.

Camille :

C'est difficile à dire parce que je n'y ai passé qu'un mois donc ce n'est pas non plus... C'est difficile de dire que I have the experience of a lifetime, quoi.

En fait, personnellement, mais ça, c'est vraiment ma rigueur scientifique qui parle, en tant qu'étudiante en médecine, je ressens une frustration. La santé mentale, c'est quelque chose qui m'intéressait déjà avant, sans même en savoir tellement que ça et je trouve le sujet extrêmement important. La psychiatrie, il y a des gens qui la pratiquent de manière extrêmement scientifique et rigoureuse et qui sont, disons, vraiment des médecins très appliqués.

Et puis il y a aussi des gens qui la pratiquent de manière beaucoup plus empirique. Je ne dis pas que ce sont de mauvais psychiatres. Je pense que ces personnes traitent très bien certains types de patients et que c'est aussi une autre manière d'aborder les troubles psychiques. Comme c'est vraiment un traitement

psychiatrique, c'est la rencontre de deux esprits. Je pense que chaque patient a besoin d'un esprit différent en face de lui. Mais ce manque de rigueur scientifique et ce manque d'homogénéité dans ce que les psychiatres proposent m'a personnellement beaucoup frustrée.

C'est aussi un problème du système de santé actuel, de la tarification, du remboursement des assurances, et tout ce qui va avec. Mais il y a aussi un manque de personnel en psychiatrie : il n'y a pas assez de psychiatres. Et parfois, des médecins qui ne sont pas psychiatres se retrouvent à exercer la psychiatrie pendant une ou deux années et font moins bien le travail. Je trouve que ce sont des sujets trop importants pour qu'il y ait des gens qui ne fassent pas bien leur travail, ou qui fassent juste le strict minimum.

En médecine générale, somatique, si un médecin te fait une anamnèse, t'examine et te prescrit un test sanguin, il aura un niveau global moyen. Alors qu'un psychiatre, s'il ne fait pas vraiment un effort... Un jour, j'ai discuté avec un psychiatre qui m'a dit qu'en psychiatrie, le médicament, c'est le médecin. Et je suis assez d'accord. Bien sûr, il y a aussi des médicaments et d'autres interventions, mais majoritairement, en psychiatrie, le traitement, c'est le médecin. Du coup, je trouve que c'est encore plus grave. Pas grave parce que les psychiatres aussi sont des êtres humains, qu'il y a des jours difficiles ou des périodes où ils n'arrivent pas à bien pratiquer leur métier, mais je trouve ça encore plus dommage. Ça me frustre.

Qu'est-ce qu'il y aurait à améliorer ? Pour moi, il faudrait une formation des psychiatres un peu plus standardisée, au moins au début. Après, chacun pratique à sa manière, parce que c'est aussi beaucoup de discussion. Évidemment, il y a déjà une formation standardisée, mais je trouve qu'il y a trop de plans de consultation différents. Et la psychiatrie a été historiquement comprise de diverses manières. La médecine en général a toujours été biaisée par les croyances de son époque, mais la psychiatrie souffre particulièrement de ça. Chaque époque a eu ses explications psychiatriques : l'hystérie, l'homosexualité... Et je trouve qu'il y a parfois encore des psychiatres qui pratiquent des thérapies sans fondements scientifiques.

Personnellement, je trouve ça grave.

Qu'est-ce qui est vraiment bien et à ne pas changer ? D'abord, le fait que les psychiatres existent, et que beaucoup font très bien leur travail — la majorité, heureusement. Le fait qu'il y a quand même une offre psychiatrique et psychologique importante. À Genève, je crois même que c'est la ville du monde où il y a le plus de psychiatres, ce qui est fou. Je sais que ce n'est pas toujours facile d'avoir un rendez-vous, mais on a une bonne accessibilité en Suisse.

Et puis on a des psychiatres, tout simplement. Par exemple, j'ai rencontré beaucoup de jeunes psychiatres grecs en formation ici, parce qu'en Grèce, la psychiatrie n'existe quasiment pas ; il y a juste un asile.

Je trouve aussi que c'est de mieux en mieux accepté par la société : quand tu te casses la jambe, tu vas chez le médecin et tu mets un plâtre. Quand ton moral est cassé, tu vas chez le médecin et tu répares ton moral. Et ce que je trouve extrêmement bien en psychiatrie, c'est l'interdisciplinarité : les psychiatres que j'ai vus travaillent avec des psychologues, des infirmiers et infirmières en psychiatrie, et d'autres types de thérapies — art-thérapie, thérapie assistée par l'animal, etc. Et ça, je trouve que c'est vraiment super.

8. Penses-tu qu'il y a des préjugés chez les médecins et futurs médecins au niveau des troubles psy ? Tu aurais un exemple ? Ou au contraire ce n'est pas le cas ?

Master en psy :

Je ne connais pas assez l'avis des futurs médecins en général à ce sujet. J'ai l'impression qu'une grande différence avec les futurs psychologues, ça serait un fort attrait pour le fait de poser le diagnostic et donc des préjugés concernant l'aspect facilement catégorisable de leur patientèle.

Alessia :

Oui, encore beaucoup. De la part des psychiatres et de la part de tous les médecins en général, la prise en charge d'un patient change fortement à partir du moment où il est diagnostiqué d'un trouble psychiatrique (p.ex un patient qui se plaint de douleurs → moins bien investiguées si déjà un diagnostic de trouble psy.)

De l'autre côté, des étiquettes de troubles psy sont très vite posées sur certains types de patients plutôt que d'autres, ce qui affecte aussi leur prise en charge, qui sera moins bien investiguées (p.ex une femme stressée qui consulte et qui est trop émotive se verra vite coller l'étiquette de Borderline).

Emilie :

Oui, je pense qu'il existe des préjugés chez les futurs médecins concernant les troubles psychiques. Par exemple, dans un groupe d'APP, un étudiant a dit : « La dépression, de toute façon, ce n'est qu'une question de volonté. »

Cette personne va clairement arriver au bout de ses études, devenir médecin, et rencontrer des patients qui traversent une dépression avec ce type de propos en tête. Donc bien sûr qu'il a des préjugés.

Et encore, ce n'est qu'un exemple. Il y a aussi des médecins que nous avons rencontrés à l'hôpital qui, avant de prendre un patient en charge aux urgences, regardent systématiquement s'il a des troubles psychiques, puis font parfois des commentaires déplacés à ce sujet. Je pense que cela influence la qualité des soins qu'ils offrent.

J'espère ne pas avoir trop de préjugés moi-même, mais je pense qu'on en a tous, parce qu'on est très mal informés et parce qu'on n'a pas assez pratiqué dans ce domaine.

Camille :

Oui, je pense qu'il y a des préjugés. Ce n'est évidemment pas le cas de tous les médecins, heureusement, mais oui, il y en a. Ils viennent de plusieurs choses. D'abord, il y a toute une génération de médecins plus âgés qui n'a pas eu de cours ni de stages de psychiatrie obligatoires. C'est relativement récent. Donc, par manque de connaissances, il y a énormément de choses qu'ils ne savent pas, et quand on ne sait pas, on est influencé par les biais que la société véhicule.

Je pense aussi que la psychiatrie est un domaine qui nous est enseigné, mais pas de manière très approfondie. C'est un domaine beaucoup plus empirique et moins « Carré » que beaucoup de choses qu'on nous enseigne. Du coup, certains jugent que ce sont un peu des charlatans, ou des philosophes, et pas vraiment des médecins. Ce que je trouve dommage.

Il y a aussi le fait que beaucoup de médecins ont appris la théorie mais pas la pratique avec ces patients. Ce sont parfois des patients schizophrènes ou présentant d'autres troubles difficiles à gérer, et comme ils sont difficiles, ils peuvent frustrer certaines personnes. Donc oui, il arrive qu'en stage on entende : « Ah mais ce patient, il est psy. Oui, complètement psy, ça va pas. » Alors que ça ne veut rien dire. Sois-tu donnes un diagnostic psychiatrique précis et tu expliques que tu as de la peine à créer une connexion ou à orienter le patient parce qu'il a un trouble bipolaire, borderline, schizo-affectif, peu importe ; soit tu assumes et tu le prends en charge correctement. Mais dire « il est psy », ça n'a aucun sens.

Et encore une fois, ce n'est pas du tout dans tous les domaines. C'est plus présent dans ceux qui sont les plus éloignés de la psychiatrie, par exemple la chirurgie, où les gens ne sont pas toujours très tolérants. Mais oui, ça arrive clairement, parce qu'on est formés sur la théorie mais très peu sur la pratique. Et on a peur de ce qu'on ne connaît pas.

Aussi, comme tous les systèmes, la médecine est majoritairement pensée pour des personnes ayant une santé mentale globalement bonne, ou du moins « simplement » névrosées. On est habitués à gérer les patients anxieux ou dépressifs, beaucoup moins à gérer des patients psychotiques ou avec des troubles de la personnalité. Beaucoup de médecins ne veulent pas le faire et appellent directement la psychiatrie de liaison. Je trouve ça dommage, parce que ça fait partie de notre travail, même si ce n'est vraiment pas un travail facile.