



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation de la prise en charge de l'état de stress post traumatique
par les médecins généralistes des Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 26 février 2026 à 16h au Pôle
Formation

par **Maxime NOTERMAN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Madame la Professeure Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thierry DUTHOIT

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ESPT : État de Stress Post Traumatique

HdF : Hauts de France

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

CPT : Cognitive Processing Therapy

MG : Médecin Généraliste

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

TCC : Thérapie Cognitive Comportementale

CFT : Compassion Focused Therapy

MBCT : Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	7
A. Contexte.....	8
B. Définition.....	9
C. Les symptômes de l'ESPT.....	10
1. Les reviviscences.....	11
2. Les symptômes d'évitement.....	11
3. Les symptômes d'hyperactivation.....	11
4. La dissociation.....	11
5. Un syndrome dépressif.....	12
6. Des difficultés cognitives.....	12
7. L'agressivité et l'irritabilité.....	13
8. Les troubles du sommeil.....	13
D. Prise en charge de l'ESPT.....	13
1. La thérapie par exposition prolongée.....	13
2. La thérapie cognitive.....	15
3. Autres méthodes.....	16
E. Directives nationales et internationales.....	18
II. MATERIEL ET METHODES.....	20
A. Cadre de l'étude.....	20
Type d'étude.....	20
B. Population et échantillonnage.....	21
Critères de sélection.....	21
Echantillonnage.....	21
C. Collecte des données.....	22
Outils et techniques.....	22
Procédure de collecte.....	22
D. Analyse des données.....	23
Approche statistique quantitative.....	23
Test de différence :.....	23

III. RÉSULTATS.....	24
A. Analyse univariée.....	25
1. Profil de l'échantillon.....	28
2. Connaissances et Formation : le point critique.....	28
3. Pratique Clinique et Prise en charge.....	29
4. Obstacles et Barrières.....	29
B. Analyse bivariée.....	31
1. Effets du lieu d'exercice.....	31
1.1 Profil Démographique Homogène.....	32
1.2 Disparités dans les Traitements : La fracture Villes/Campagnes.....	33
1.3 Perception des Obstacles.....	34
1.4 Connaissances Théoriques (Le gradient de savoir).....	34
2. Effets du genre.....	36
2.1 Une différence majeure dans le traitement médicamenteux.....	38
2.2 Gestion du patient : Garder ou Orienter ?.....	38
2.3 La formation initiale.....	39
2.4 Ce qui est identique (Pas de différence significative).....	39
3. Effets de l'expérience professionnelle.....	41
3.1 Une rupture générationnelle dans les choix thérapeutiques.....	43
3.2 Le paradoxe de la confiance théorique.....	43
3.3 Perception des facteurs de risque.....	44
3.4 Ce qui ne change pas avec l'âge (Consensus).....	44
4. Effets de l'âge.....	46
4.1 Une féminisation radicale de la profession (Le grand basculement).....	48
4.2 Le "Pic de Confiance" des 41-50 ans.....	48
4.3 Pratiques thérapeutiques : L'effet générationnel confirmé.....	48
4.4 La perception des barrières.....	49
IV. DISCUSSION.....	50
V. CONCLUSION.....	54
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	56
VII. ANNEXES.....	58
Annexe 1.....	58
Annexe 2 : FICHE MEMO PRATIQUE.....	62
PRISE EN CHARGE DE L'ESPT EN SOINS PRIMAIRES.....	62
1. LE REPÉRAGE (La règle des 3 "R").....	63
2. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SIMPLIFIÉS (DSM-5).....	63
4. L'ATTITUDE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE (Les 4 P).....	64
5. RESSOURCES ET ORIENTATION.....	65

RÉSUMÉ

Introduction

L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) est une pathologie complexe et fréquente, dont les répercussions fonctionnelles sont majeures. Le médecin généraliste (MG), souvent en première ligne, joue un rôle pivot dans le repérage précoce et l'orientation des patients. Cependant, la complexité du diagnostic et la diversité des prises en charge soulèvent des questions sur l'homogénéité des pratiques. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances, les attitudes thérapeutiques et les obstacles rencontrés par les MG de la région des Hauts-de-France dans la gestion de l'ESPT.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative. Un questionnaire structuré a été diffusé en ligne entre le 8 avril et le 2 juin 2025 auprès de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France (zones urbaines, semi-rurales et rurales).

Résultats

Sur 91 réponses exploitables, l'échantillon était paritaire et majoritairement jeune (36,3 % < 40 ans). Les résultats révèlent des lacunes théoriques importantes : si 50 % des MG estiment maîtriser la définition générale, près de 80 % méconnaissent les critères du DSM-5. Moins de 7 % ont reçu une formation initiale spécifique.

Sur le plan thérapeutique, 50 % des praticiens ont recours aux psychotropes. L'analyse bivariée met en évidence des disparités significatives : les jeunes médecins (< 10 ans d'exercice) privilégient davantage les psychothérapies (TCC, EMDR) et maîtrisent mieux les définitions, tandis que les praticiens plus âgés et les hommes prescrivent davantage de médicaments. L'exercice en zone rurale est corrélé à un manque accru de ressources et de connaissances. Les obstacles majeurs identifiés sont le manque de ressources spécialisées (66 %) et le défaut de formation.

Conclusion

Cette étude objective un écart entre la volonté clinique des MG et les moyens à leur disposition. La prise en charge de l'ESPT en médecine générale reste hétérogène, souvent pharmacologique par défaut, et entravée par un déficit de formation et un maillage territorial insuffisant en santé mentale. Une amélioration de la formation continue et la structuration de filières de soins spécialisées sont indispensables pour optimiser le parcours de soin des patients traumatisés.

I. INTRODUCTION

De nombreuses personnes traversent des événements pénibles au cours de leur vie qui mettent leur vie ou leur bien-être en danger, déclenchant des sentiments intenses de peur, d'impuissance ou d'horreur. Malheureusement, comme l'indiquent Kessler et al. (5), ces événements ne sont pas rares et entraînent souvent des effets psychologiques durables. Ce type de traumatisme peut entraîner le trouble de stress post-traumatique, une maladie complexe qui a un impact significatif à la fois sur les personnes et sur la société. L'ESPT est largement reconnu dans la population générale (Stein, Walker, Hazen et Forde, 1997) (11), mais la prise en charge du trouble par les médecins généralistes reste un domaine qui mérite une étude plus approfondie.

A. Contexte

Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la détection précoce et la gestion de l'ESPT dans la région des HdF, où divers facteurs socio-économiques et environnementaux peuvent exacerber l'incidence de l'ESPT. Cependant, la reconnaissance efficace du trouble, la mise en œuvre des protocoles de traitement et l'adaptation des soins aux besoins spécifiques des patients demeurent des défis importants.

En identifiant les pratiques, les obstacles et les opportunités d'amélioration, cette recherche vise à évaluer la prise en charge actuelle de l'ESPT par les médecins généralistes des HdF

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer comment les médecins généralistes des HdF gèrent la prise en charge de l'ESPT.

Les recherches dont nous discutons ici reposent sur une hypothèse qui suggère que les médecins généralistes, même s'ils jouent un rôle crucial dans le traitement du trouble de stress post-traumatique (SSPT), présentent des disparités importantes dans leurs méthodes, leurs compétences et leur compréhension du trouble. Dans ce cadre, la recherche vise à répondre à un certain nombre de questions pertinentes :

- Que savent les médecins généralistes de l'ESPT ? Quel est leur niveau de connaissance ?
- Comment le diagnostic et la prise en charge de l'ESPT sont-ils effectués par les médecins généralistes ?
- Quels sont les obstacles auxquels ils font face dans le cadre de la gestion de l'ESPT ?

B. Définition

Le terme « état de stress post-traumatique » fait référence à un ensemble de réactions psychologiques causées par l'exposition à un ou plusieurs traumatisants, tels que des catastrophes naturelles, des accidents graves, des agressions physiques ou sexuelles ou des expériences de guerre.

Ces événements sont souvent caractérisés par une menace de mort, une blessure grave ou une violation de l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou d'autrui.

Le stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychologique causé par un traumatisme.

Ceux qui ont directement vécu, été témoins ou confrontés à des situations impliquant la mort, des blessures graves ou une menace sérieuse pour l'intégrité physique, personnelle ou d'autrui peuvent présenter cette pathologie.

L'ESPT peut se manifester à tout âge, y compris pendant l'enfance. Il est possible que les symptômes se manifestent immédiatement après l'événement, mais ils peuvent également se produire des mois ou des années plus tard, ce qui est connu sous le nom d'ESPT avec survenue différée.

Si les symptômes s'estompent dans les 3 mois qui suivent l'événement, on parle de stress post-traumatique aigu

La probabilité de développer un ESPT est influencée par la gravité, la durée et la proximité de l'événement traumatique. Elle peut être influencée par d'autres éléments, comme le soutien social, les antécédents familiaux, les expériences de l'enfance et les troubles mentaux préexistants. Une exposition intense à un stress peut entraîner le développement de l'ESPT, même en l'absence de facteurs prédisposants

C. Les symptômes de l'ESPT

Les symptômes de l'état de stress post-traumatique peuvent être regroupés en plusieurs catégories (1) :

1. Les reviviscences

Cette manifestation est l'une des trois manifestations les plus courantes du stress post-traumatique.

La personne va vivre à nouveau son traumatisme sans jamais le désirer. Des souvenirs, des rêves, des pensées qui surgissent soudainement, qui lui font revivre l'évènement.

2. Les symptômes d'évitement

C'est le deuxième symptôme fréquemment présent.

L'évitement est un mécanisme de défense cérébral. Qu'elle le veuille ou non, la personne aura tendance à éviter tout ce qui pourrait ramener l'évènement ou faire penser au traumatisme.

3. Les symptômes d'hyperactivation

Il peut également être une hypervigilance ou une hyperactivation neurovégétative. C'est le troisième indicateur le plus important.

La personne est extrêmement alerte. Elle est toujours prête à réagir. Elle examine tous les signaux qui indiquent un danger pour l'environnement.

Ce symptôme provoque fréquemment une anxiété généralisée.

4. La dissociation

La dissociation, qui survient parfois dans le syndrome post-traumatique, est une forme d'anesthésie émotionnelle.

La personne ne ressent plus de douleur physique ou émotionnelle. Il arrive parfois qu'il soit impossible de penser ou de parler. Parfois, elle a l'impression de quitter son corps et sa tête : bien qu'elle soit présente physiquement, son esprit est ailleurs.

5. Un syndrome dépressif

La dépression post-traumatique semble exprimer l'importance de la violence psychique après un traumatisme.

Les troubles anxieux, la mésestime de soi, la culpabilité et l'isolement contribuent à accentuer les symptômes de la dépression.

L'individu manifeste un désintérêt pour les activités qu'il appréciait auparavant. Il éprouve une grande tristesse.

6. Des difficultés cognitives

Si toute l'énergie d'une personne traumatisée est concentrée sur la lutte contre toutes les menaces, elle peut développer des troubles cognitifs.

L'asthénie associée aux problèmes de sommeil aggrave également ces complications.

La concentration est fortement influencée.

La perte de mémoire est fréquente après un choc post-traumatique.

7. L'agressivité et l'irritabilité

La régulation émotionnelle de l'individu sera perturbée par la névrose traumatique.

Il est possible d'avoir une hypersensibilité, des accès de colère fréquents et une perte de contrôle de soi.

8. Les troubles du sommeil

L'hypervigilance diminue la décontraction physique et mentale. L'individu est alerté par le moindre son. En cas d'ESPT, les insomnies deviennent fréquentes, ce qui cause une fatigue persistante et affecte autant l'humeur que les capacités cognitives.

D. Prise en charge de l'ESPT

Approches thérapeutiques actuelles

1. La thérapie par exposition prolongée

La thérapie par exposition prolongée implique que le patient soit exposé à des souvenirs, des pensées ou des situations liées au trauma à plusieurs reprises dans un environnement sûr, ce qui permet une diminution graduelle de la réponse émotionnelle négative associée à ces souvenirs. Le but de cette approche est de briser le cycle de l'évitement, qui est souvent observé chez les personnes souffrant d'ESPT et qui empêche un traitement du traumatisme efficace.

L'étude de Pierre Orban (2) met en lumière le développement et l'importance de la thérapie par exposition prolongée pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Dès l'introduction du TSPT dans le DSM-III en 1980, les techniques d'exposition, déjà reconnues pour leur efficacité dans le traitement d'autres troubles anxieux, ont été adaptées par Edna Foa (2011) (13) pour répondre spécifiquement aux besoins des personnes souffrant d'ESPT. L'efficacité de cette approche a été reconnue par des institutions prestigieuses aux États-Unis, telles que l'Académie nationale de l'Institut de médecine, l'Association américaine de psychiatrie, et le département des Anciens Combattants (McLean et Foa, 2011) (16).

La thérapie par exposition prolongée repose sur trois piliers fondamentaux :

1. **L'exposition en imagination ou par imagerie (exposition in vitro):** Cette phase implique que le patient se remémore l'événement traumatique dans un environnement sûr et contrôlé, permettant ainsi de traiter le souvenir de manière thérapeutique.
2. **Le débriefing de l'exposition in vitro:** Après chaque séance d'exposition imaginaire, un débriefing est effectué. Cette étape permet d'analyser et de discuter des émotions, des pensées, et des réactions du patient face au souvenir traumatisant, favorisant ainsi une meilleure compréhension et une restructuration cognitive.
3. **L'exposition en situations réelles (exposition in vivo):** Le patient est progressivement et systématiquement exposé à des situations, des lieux, ou des objets qu'il évite en raison de leur association avec le traumatisme.

Cette exposition directe vise à réduire l'évitement et la peur, et à augmenter la tolérance du patient à l'égard de ces stimuli.

2. La thérapie cognitive

La thérapie cognitive basée sur le Traitement (Cognitive Processing Therapy, CPT) est une forme spécifique de thérapie cognitive-comportementale développée pour aider les personnes souffrant d'ESPT.

Cette approche a été conçue pour aider les patients à comprendre et à reconsidérer leurs pensées et croyances perturbées concernant le trauma qu'ils ont vécu, dans le but de modifier leur manière de l'interpréter et de réagir émotionnellement. La CPT est particulièrement efficace pour traiter les individus qui ont été victimes de traumatismes variés, tels que les agressions sexuelles, les violences physiques, les catastrophes naturelles, les accidents ou les expériences de combat militaire (3).

L'étude 2 "Guérir avec l'EMDR : preuves et controverses" fournit un examen détaillé de l'efficacité de la thérapie EMDR comparée à d'autres traitements, notamment la TCC, pour le TSPT et d'autres troubles psychologiques. Cette étude est significative car elle est l'une des premières à compiler en français des recherches évaluant l'EMDR, une approche thérapeutique initialement développée pour traiter les souvenirs traumatiques, mais par la suite proposée pour une variété de troubles psychologiques.

Selon les auteurs Bériault et Larivée (12), l'EMDR s'est montrée aussi efficace que la TCC pour le traitement du TSPT, mais pas pour la phobie spécifique ni le trouble panique. Il est important de noter que l'absence de mouvements oculaires, une composante clé de l'EMDR, ne modifie pas son efficacité, remettant en question l'importance de cette caractéristique spécifique de la thérapie.

3. Autres méthodes

Outre ces méthodes, les thérapies axées sur la compassion et les interventions basées sur la pleine conscience commencent également à être reconnues pour leur potentiel dans le traitement de l'ESPT. Ces techniques mettent l'accent sur l'acceptation, la compréhension et la bienveillance envers soi-même, offrant aux patients les outils pour gérer les symptômes de l'ESPT et améliorer leur qualité de vie.

La thérapie fondée sur la compassion (Compassion Focused Therapy, CFT) est une forme de psychothérapie intégrative qui cherche à promouvoir le bien-être mental et physique en développant une attitude de compassion envers soi-même et les autres (Gheysen & Delamillieure, 2020) (14). Développée par le psychologue Paul Gilbert (15) dans les années 2000, la CFT trouve ses racines dans une compréhension profonde de l'évolution de la cognition et de l'émotion humaines, intégrant des principes de la psychologie occidentale, de la méditation de pleine conscience et des neurosciences.

D'autres programmes ont été développés depuis, notamment la Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience (MBCT) par Zindel Segal (17), et d'autres applications dans des domaines variés tels que la dépression, les troubles alimentaires, ou encore le bien-être au travail.

Les interventions basées sur la pleine conscience ont prouvé leur efficacité dans le traitement du TSPT, de la dépression, de l'anxiété, et d'autres conditions, avec des centaines d'études validant leurs bénéfices (4). La MBCT, par exemple, est particulièrement reconnue pour la prévention de la rechute dépressive.

Pour ce qui est du traitement pharmacologique, les antidépresseurs, tels que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), sont les médicaments les plus fréquemment prescrits pour traiter l'ESPT. Ils visent à réduire les symptômes associés à l'ESPT, tels que l'anxiété, la dépression et les troubles du sommeil.

Il est important de souligner que le traitement pharmacologique de l'ESPT est souvent associé aux thérapies psychologiques.

Cette méthode combinée vise à traiter à la fois les symptômes physiologiques et psychologiques de l'ESPT, offrant une voie plus complète vers la récupération. Un professionnel de la santé qualifié doit évaluer attentivement le patient avant d'ajouter un traitement médicamenteux, en tenant compte de son histoire clinique, de ses préférences personnelles et des effets secondaires potentiels des médicaments.

La surveillance régulière est cruciale pour le traitement pharmacologique de l'ESPT. Les médecins doivent surveiller attentivement les progrès du patient, ajuster les dosages au besoin et surveiller les effets secondaires.

Enfin, il est crucial de souligner l'importance d'avoir une communication ouverte entre le patient et son médecin. Les patients doivent être encouragés à partager leurs expériences avec le traitement, ainsi que tout effet secondaire ou préoccupation, afin que le plan de traitement puisse être ajusté de manière appropriée. Le succès du traitement de l'ESPT dépend d'une approche centrée sur le patient, respectant ses besoins et ses préférences.

E. Directives nationales et internationales

Les lignes directrices pour la prise en charge de l'ESPT varient selon les pays et les organisations internationales, mais elles partagent l'importance d'une approche individualisée et basée sur des preuves. Par exemple, les directives de l'American Psychiatric Association (APA) (5) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandent les ISRS comme première ligne de traitement pharmacologique, soulignant l'efficacité des TCC (6).

En France, les orientations internationales suivies par la Haute Autorité de Santé (HAS) (18) et l'Association Française de Psychiatrie Biologique et de Neuropsychopharmacologie (AFPBN) préconisent la TCC comme traitement de première intention de l'ESPT (7). La HAS souligne également l'importance de l'utilisation des ISRS, reconnaissant leur efficacité pour réduire les symptômes de l'ESPT, tels que l'anxiété et la dépression, qui sont souvent comorbides avec ce trouble (8).

Ces directives soulignent que la prise en charge de l'ESPT doit être adaptée à chaque patient en fonction de son histoire personnelle, de la gravité de ses symptômes et de sa réponse aux traitements antérieurs. Cette approche individualisée est cruciale pour maximiser les résultats thérapeutiques et répondre aux besoins uniques de chaque patient (9).

Il est essentiel que les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, qui sont souvent les premiers à consulter les personnes souffrant d'ESPT, reçoivent une formation continue afin de garantir une reconnaissance précoce et une prise en charge adéquate de ce trouble complexe (10).

Les directives encouragent les médecins à se familiariser avec les symptômes de l'ESPT et les traitements recommandés afin de pouvoir orienter efficacement leurs patients vers les traitements les plus adaptés.

En résumé, les directives nationales et internationales pour la prise en charge de l'ESPT se tournent vers une approche centrée sur le patient, basée sur des preuves et combinant des interventions psychologiques et pharmacologiques. Pour offrir aux patients les meilleures chances de récupération possibles, l'accent est mis sur la nécessité d'une évaluation complète, d'une prise en charge personnalisée et d'une coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans le traitement de l'ESPT

II. MATERIEL ET METHODES

A. Cadre de l'étude

Type d'étude

Notre étude est centrée sur la zone géographique des Hauts de France, une région qui présente une certaine diversité socio-économique et géographique (zones urbaines, semi rurales et rurales)

L'étude réalisée est une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative, réalisée à partir d'un questionnaire structuré diffusé en ligne par mail à des médecins généralistes installés dans la région des Hauts-De-France.

L'objectif de l'étude est d'évaluer la prise en charge de l'ESPT par les médecins généralistes des HdF

B. Population et échantillonnage

Critères de sélection

Les participants à l'étude constituent des médecins généralistes qui exercent dans la région des Hauts de France.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

1. Etre en activité en tant que médecin généraliste installé.
2. Accepter de participer à l'étude et de répondre au questionnaire.
3. Exercent dans un cadre urbain, semi rural ou rural.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

1. Les médecins en formation ou ceux ayant récemment arrêté leur activité ne sont pas inclus dans l'échantillon.
2. Les médecins non installés

Echantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée est un échantillonnage raisonné, visant à inclure des médecins aux profils diversifiés en termes d'âge, de sexe, d'expérience et de lieu de pratique. Cette approche permet de maximiser la représentativité des données.

Les adresses mail ont été récupéré par le biais de mes confrères, de mes stages et de mes connaissances

C. Collecte des données

Outils et techniques

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré conçu pour explorer plusieurs dimensions : (annexe 1)

1. Les connaissances des médecins sur l'ESPT (définition, diagnostic, facteurs de risque).
2. Leur formation et les ressources disponibles pour la prise en charge.
3. Les pratiques cliniques et les défis rencontrés.
4. Leur collaboration avec d'autres professionnels de santé.

Le questionnaire comprend des questions fermées et semi-ouvertes. Les réponses à ces deux types de questions seront analysées de manière quantitative.

Le questionnaire a été diffusé en ligne via le site dragnsurvey.com

Procédure de collecte

Les réponses ont été enregistrées, avec le consentement des participants, afin d'assurer une transcription fidèle. Les participants ont également été informés du caractère anonyme et confidentiel de l'étude.

L'ensemble du questionnaire comprend 22 questions

- 19 questions sont posées sous forme de QCM à réponse unique
- 2 questions sont posées sous forme de QCM à réponses multiples
- La dernière question est un champ libre pour un éventuel commentaire

Avant diffusion le questionnaire a été testé par plusieurs médecins généralistes du cabinet où exerce mon directeur de thèse, pour s'assurer de la bonne compréhension

D. Analyse des données

Approche statistique quantitative

Le recueil de données a débuté le 8 avril 2025 et s'est terminé le 2 juin 2025. Les données ont été transcrites sur le logiciel Microsoft Excel

L'analyse statistique a été réalisée par un cabinet indépendant basé sur Paris (*statétudes*)

L'étude ne comprend que des variables catégorielles/qualitatives. Ces variables sont exposées via les effectifs et les fréquences.

Test de différence :

Le choix du test dépend des types de variables comparées, du nombre et du type d'échantillons. Ici, les tests sont :

- un test du Chi-2 pour les variables qualitatives/catégorielles
- un test exact de Fisher quand certaines modalités de réponses ont un effectif de moins de 3.

III. RÉSULTATS

Sur les 95 médecins initialement sélectionnés dans l'échantillon, 4 ont été finalement retirés du fait d'une quasi-absence de réponse aux questions.

A. Analyse univariée

Tableau 1

Statistiques univariées <i>Description générale de l'échantillon</i>		
Tableau 1. Statistiques générales sur l'échantillon		
Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 91	Intervalle de confiance à 95%
Tranche d'âge		
Moins de 40 ans	33 (36,3%)	[27% ; 47%]
41 - 50 ans	24 (26,4%)	[18% ; 37%]
51 - 60 ans	20 (22,0%)	[14% ; 32%]
Plus de 60 ans	14 (15,4%)	[9,0% ; 25%]
Genre		
Femme	44 (48,4%)	[38% ; 59%]
Homme	46 (50,5%)	[40% ; 61%]
Non binaire	1 (1,1%)	[0,06% ; 6,8%]
Nombre d'années d'expérience en tant que médecin généraliste		
10 ans ou moins	30 (33,0%)	[24% ; 44%]
11 - 20 ans	29 (31,9%)	[23% ; 43%]
Plus de 20 ans	32 (35,2%)	[26% ; 46%]
Lieu de pratique		
Les communes densément peuplées (> 50 000 habitants)	24 (26,4%)	[18% ; 37%]
Les communes de densité intermédiaire (de 5 000 à 50 000 habitants)	49 (53,8%)	[43% ; 64%]
Les communes rurales (< 5 000 habitants)	18 (19,8%)	[12% ; 30%]
Vous avez une définition précise de l'ESPT	46 (50,5%)	[40% ; 61%]
Vous connaissez les critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-5	19 (20,9%)	[13% ; 31%]

Lequels de ces facteurs considérez-vous comme augmentant augmentant significativement le risque de développer un ESPT		
Etre victime d'une agression (physique, mentale, verbale, sexuelle, virtuelle)	58 (65,9%)	[55% ; 75%]
Avoir vécu une guerre	16 (18,2%)	[11% ; 28%]
Assister à un accident grave	24 (27,3%)	[19% ; 38%]
Autre/Aucun	2 (2,3%)	[0,39% ; 8,7%]
Vous estimez le processus de diagnostic de l'ESPT bien défini	33 (37,9%)	[28% ; 49%]
Vous avez suivi une formation spécifique sur l'évaluation et le traitement de l'ESPT durant votre formation médicale	6 (6,9%)	[2,8% ; 15%]
Vous disposez de recommandations fiables et officielles sur la prise en charge de l'ESPT	11 (12,6%)	[6,8% ; 22%]
Vous participez régulièrement à des formations continues ou lisez des publications sur l'ESPT		
Non	61 (70,1%)	[59% ; 79%]
Oui, fréquemment	3 (3,4%)	[0,89% ; 10%]
Oui, occasionnellement	23 (26,4%)	[18% ; 37%]
Votre première action que vous entreprenez généralement lorsqu'un patient présente des symptômes d'ESPT		
Evaluation des symptômes	66 (75,9%)	[65% ; 84%]
Orientation vers un spécialiste	15 (17,2%)	[10% ; 27%]
Prescription de médicaments	3 (3,4%)	[0,89% ; 10%]
Autres	3 (3,4%)	[0,89% ; 10%]

Approches utilisées pour traiter l'ESPT		
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	20 (23,3%)	[15% ; 34%]
EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)	21 (24,4%)	[16% ; 35%]
Prescription de médicaments psychotropes	42 (48,8%)	[38% ; 60%]
Une combinaison de ces approches	29 (33,7%)	[24% ; 45%]
<hr/>		
Vous évaluez systématiquement l'efficacité de vos interventions pour les patients souffrant d'ESPT	64 (74,4%)	[64% ; 83%]
Vous rencontrez des obstacles dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT	66 (76,7%)	[66% ; 85%]
<hr/>		
Selon vous, les principales barrières à une prise en charge efficace de l'ESPT		
Manque de ressources spécialisées	56 (65,1%)	[54% ; 75%]
Manque de formation	46 (53,5%)	[42% ; 64%]
Stigmatisation du trouble	9 (10,5%)	[5,2% ; 19%]
Autres	10 (11,6%)	[6,0% ; 21%]
<hr/>		
Vous collaborez avec des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) pour la prise en charge de l'ESPT	74 (86,0%)	[77% ; 92%]
Vous avez accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes d'ESPT	25 (29,1%)	[20% ; 40%]

1. Profil de l'échantillon

L'échantillon est démographiquement assez équilibré, ce qui renforce la représentativité des résultats

La population de l'échantillon est plutôt jeune, en effet **36.3 %** de la population a moins de 40 ans.

Les groupes sont assez équilibrés en terme de genre (autant d'hommes que de femmes) et d'expérience professionnelle (répartition homogène entre les jeunes médecins, ceux en milieu de carrière et ceux en fin de carrière)

La majorité de la population (**53.8 %**) exerce dans des communes de densité intermédiaire

2. Connaissances et Formation : le point critique

C'est la partie la plus alarmante du tableau.

Il existe un **fossé significatif** entre la pratique et la formation théorique :

Seulement **6,9 %** des médecins ont suivi une formation spécifique sur l'ESPT durant leurs études.

70,1 % déclarent ne pas participer à des formations continues ou ne pas lire de publications sur le sujet.

Bien que la moitié pense avoir une définition précise de l'ESPT, seulement **20,9 %** connaissent réellement les critères diagnostiques officiels (DSM-5).

Seuls **12,6 %** disposent de recommandations fiables et officielles.

3. Pratique Clinique et Prise en charge

Malgré le manque de formation théorique, les médecins sont actifs face aux patients :

- **Première action** : Face aux symptômes, la grande majorité (**75,9 %**) procède elle-même à l'évaluation des symptômes, plutôt que d'orienter immédiatement vers un spécialiste (17,2 %).
- **Traitements privilégiés** :
 - La prescription de **médicaments psychotropes** est l'approche la plus fréquente (**48,8 %**).
 - Les thérapies spécialisées (TCC, EMDR) sont moins utilisées (environ 23-24 %), probablement car elles nécessitent des compétences spécifiques ou des correspondants disponibles.

4. Obstacles et Barrières

Les médecins sont conscients des difficultés et identifient clairement les freins à une prise en charge efficace :

- **Obstacles rencontrés** : **76,7 %** des répondants affirment rencontrer des obstacles.
- **Principales barrières identifiées** :
 1. **Manque de ressources spécialisées (65,1 %)** : C'est le problème principal.
 2. **Manque de formation (53,5 %)**

3. **Isolement relatif** : Bien que **86 %** collaborent avec des professionnels de la santé mentale, seulement **29,1 %** ont accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes.

Ce tableau dépeint une situation où les médecins généralistes sont en **première ligne** face à l'ESPT (ils évaluent et traitent), mais se sentent **démunis**.

Ils compensent souvent le manque de formation spécifique et de ressources thérapeutiques (psychologues, spécialistes TCC/EMDR) par la prescription médicamenteuse. Le besoin structurel est clair : il faut plus de formation pour les généralistes et un meilleur accès aux ressources spécialisées.

B. Analyse bivariée

1. Effets du lieu d'exercice

Tableau 2

Statistiques bivariées

Etude du lien entre le lieu d'exercice et les autres variables de l'échantillon

Tableau 2. Description de l'échantillon selon le lieu d'exercice

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 91	Les communes densément peuplées N = 24	Les communes de densité intermédiaire, N = 49	Les communes rurales, N = 18	P-valeur
Tranche d'âge					0,626
Moins de 40 ans	33 (36,3%)	9 (37,5%)	17 (34,7%)	7 (38,9%)	
41 - 50 ans	24 (26,4%)	4 (16,7%)	17 (34,7%)	3 (16,7%)	
51 - 60 ans	20 (22,0%)	6 (25,0%)	9 (18,4%)	5 (27,8%)	
Plus de 60 ans	14 (15,4%)	5 (20,8%)	6 (12,2%)	3 (16,7%)	
Genre					0,572
Femme	44 (48,4%)	10 (41,7%)	26 (53,1%)	8 (44,4%)	
Homme	46 (50,5%)	13 (54,2%)	23 (46,9%)	10 (55,6%)	
Non binaire	1 (1,1%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Nombre d'années d'expérience en tant que médecin généraliste					0,451
10 ans ou moins	30 (33,0%)	10 (41,7%)	15 (30,6%)	5 (27,8%)	
11 - 20 ans	29 (31,9%)	4 (16,7%)	18 (36,7%)	7 (38,9%)	
Plus de 20 ans	32 (35,2%)	10 (41,7%)	16 (32,7%)	6 (33,3%)	
Vous avez une définition précise de l'ESPT	46 (50,5%)	11 (45,8%)	29 (59,2%)	6 (33,3%)	0,149
Vous connaissez les critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-5	19 (20,9%)	8 (33,3%)	10 (20,4%)	1 (5,6%)	0,089*
Lequels de ces facteurs considérez-vous comme augmentant significativement le risque de développer un ESPT					
Etre victime d'une agression (physique, mentale, verbale, sexuelle, virtuelle)	58 (65,9%)	14 (60,9%)	33 (68,8%)	11 (64,7%)	0,801
Avoir vécu une guerre	16 (18,2%)	4 (17,4%)	11 (22,9%)	1 (5,9%)	0,320
Assister à un accident grave	24 (27,3%)	9 (39,1%)	11 (22,9%)	4 (23,5%)	0,331
Autre/Aucun	2 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)	1 (5,9%)	0,417
Vous estimez le processus de diagnostic de l'ESPT bien défini	33 (37,9%)	11 (50,0%)	16 (33,3%)	6 (35,3%)	0,398
Vous avez suivi une formation spécifique sur l'évaluation et le traitement de l'ESPT durant votre formation médicale	6 (6,9%)	2 (9,1%)	4 (8,3%)	0 (0,0%)	0,619
Vous disposez de recommandations fiables et officielles sur la prise en charge de l'ESPT	11 (12,6%)	3 (13,6%)	5 (10,4%)	3 (17,6%)	0,688

Vous participez régulièrement à des formations continues ou lisez des publications sur l'ESPT					0,243
Oui, fréquemment	3 (3,4%)	0 (0,0%)	2 (4,2%)	1 (5,9%)	
Oui, occasionnellement	23 (26,4%)	9 (40,9%)	12 (25,0%)	2 (11,8%)	
Non	61 (70,1%)	13 (59,1%)	34 (70,8%)	14 (82,4%)	
Votre première action que vous entreprenez généralement lorsqu'un patient présente des symptômes d'ESPT					0,916
Evaluation des symptômes	66 (75,9%)	17 (77,3%)	37 (77,1%)	12 (70,6%)	
Prescription de médicaments	3 (3,4%)	0 (0,0%)	2 (4,2%)	1 (5,9%)	
Orientation vers un spécialiste	15 (17,2%)	4 (18,2%)	7 (14,6%)	4 (23,5%)	
Autres	3 (3,4%)	1 (4,5%)	2 (4,2%)	0 (0,0%)	
Approches utilisées pour traiter l'ESPT					
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	20 (23,3%)	10 (45,5%)	7 (14,9%)	3 (17,6%)	0,023**
EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)	21 (24,4%)	7 (31,8%)	10 (21,3%)	4 (23,5%)	0,634
Prescription de médicaments psychotropes	42 (48,8%)	6 (27,3%)	27 (57,4%)	9 (52,9%)	0,061*
Une combinaison de ces approches	29 (33,7%)	6 (27,3%)	19 (40,4%)	4 (23,5%)	0,379
Vous évaluez systématiquement l'efficacité de vos interventions pour les patients souffrant d'ESPT	64 (74,4%)	17 (77,3%)	36 (76,6%)	11 (64,7%)	0,59
Vous rencontrez des obstacles dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT	66 (76,7%)	12 (54,5%)	41 (87,2%)	13 (76,5%)	0,011**
Selon vous, les principales barrières à une prise en charge efficace de l'ESPT					
Manque de ressources spécialisées	56 (65,1%)	14 (63,6%)	28 (59,6%)	14 (82,4%)	0,237
Manque de formation	46 (53,5%)	9 (40,9%)	29 (61,7%)	8 (47,1%)	0,228
Stigmatisation du trouble	9 (10,5%)	3 (13,6%)	5 (10,6%)	1 (5,9%)	0,804
Autres	10 (11,6%)	2 (9,1%)	8 (17,0%)	0 (0,0%)	0,163
Vous collaborez avec des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) pour la prise en charge de l'ESPT	74 (86,0%)	20 (90,9%)	41 (87,2%)	13 (76,5%)	0,409
Vous avez accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes d'ESPT	25 (29,1%)	7 (31,8%)	16 (34,0%)	2 (11,8%)	0,248

1.1 Profil Démographique Homogène

Il n'y a aucune différence significative concernant l'âge, le genre ou l'expérience (années de pratique) selon le lieu d'exercice (P-valeurs très élevées > 0,4).

Conclusion : Les différences de prise en charge que l'on va observer ci-dessous ne sont pas liées à l'âge ou au sexe des médecins, mais bien aux contraintes de leur environnement géographique.

1.2 Disparités dans les Traitements : La fracture Villes/Campagnes

C'est le résultat le plus frappant du tableau. L'approche thérapeutique change radicalement selon la densité de la population.

- Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) :
 - Il y a une différence très significative ($P = 0,023$).
 - Les médecins en zone dense utilisent beaucoup plus la TCC (45,5 %) que ceux en zone intermédiaire (14,9 %) ou rurale (17,6 %).
- Prescription de médicaments psychotropes :
 - La tendance est inversée ($P = 0,061$, limite significatif).
 - En zone dense, on prescrit moins de médicaments (27,3 %).
 - En zone intermédiaire et rurale, la prescription explose (57,4 % et 52,9 %).

En ville, les médecins ont accès à des spécialistes (psychologues TCC), ils orientent donc vers la thérapie. En zone rurale/intermédiaire, face au manque de ressources thérapeutiques, les médecins compensent par la prescription médicamenteuse.

1.3 Perception des Obstacles

Le sentiment de difficulté est inégalement réparti sur le territoire ($P = 0,011$, très significatif).

- Zones intermédiaires et rurales : Une écrasante majorité rencontre des obstacles (87,2 % et 76,5 %).
- Zones denses : Le chiffre tombe à 54,5 %.

Cela confirme l'hypothèse de l'isolement. Les médecins des zones moins denses se sentent plus bloqués dans la prise en charge, probablement à cause du manque de

"ressources spécialisées" (cité par 82,4 % des médecins ruraux contre 63,6 % des urbains).

1.4 Connaissances Théoriques (Le gradient de savoir)

Il existe une tendance significative concernant la connaissance des critères officiels (DSM-5) ($P = 0,089$) :

- Zones denses : 33,3 % connaissent les critères.
- Zones intermédiaires : 20,4 %.
- Zones rurales : Seulement 5,6 %.

Il semble y avoir un meilleur accès à l'information médicale actualisée ou à la formation continue dans les grands centres urbains.

Ce tableau met en lumière une inégalité territoriale dans la prise en charge de l'ESPT.

1. En ville (Zone dense) : Le médecin connaît mieux les critères diagnostiques, rencontre moins d'obstacles et privilégie les thérapies type TCC.
2. En périphérie et milieu rural : Le médecin est plus démuni, se heurte à plus d'obstacles et, faute d'alternatives, se tourne massivement vers la prescription médicamenteuse.

Le lieu d'habitation du patient détermine donc statistiquement le type de soin qu'il recevra (médicament vs thérapie).

2. Effets du genre

Tableau 3

Statistiques bivariées

Etude du lien entre le genre et les autres variables de l'échantillon

Tableau 3. Description de l'échantillon selon le genre

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 90	Femme, N = 44	Homme N = 46	P-valeur
Tranche d'âge				0,297
Moins de 40 ans	32 (35,6%)	13 (29,5%)	19 (41,3%)	
41 - 50 ans	24 (26,7%)	14 (31,8%)	10 (21,7%)	
51 - 60 ans	20 (22,2%)	12 (27,3%)	8 (17,4%)	
Plus de 60 ans	14 (15,6%)	5 (11,4%)	9 (19,6%)	
Nombre d'années d'expérience en tant que médecin généraliste				0,988
10 ans ou moins	29 (32,2%)	14 (31,8%)	15 (32,6%)	
11 - 20 ans	29 (32,2%)	14 (31,8%)	15 (32,6%)	
Plus de 20 ans	32 (35,6%)	16 (36,4%)	16 (34,8%)	
Lieu de pratique				0,686
Les communes densément peuplées (> 50 000 habitants)	23 (25,6%)	10 (22,7%)	13 (28,3%)	
Les communes de densité intermédiaire (de 5 000 à 50 000 habitants)	49 (54,4%)	26 (59,1%)	23 (50,0%)	
Les communes rurales (< 5 000 habitants)	18 (20,0%)	8 (18,2%)	10 (21,7%)	
Vous avez une définition précise de l'ESPT	46 (51,1%)	23 (52,3%)	23 (50,0%)	0,996
Vous connaissez les critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-5	19 (21,1%)	8 (18,2%)	11 (23,9%)	0,684
Lequels de ces facteurs considérez-vous comme augmentant significativement le risque de développer un ESPT				
Etre victime d'une agression (physique, mentale, verbale, sexuelle, virtuelle)	58 (65,9%)	32 (74,4%)	26 (57,8%)	0,155
Avoir vécu une guerre	16 (18,2%)	5 (11,6%)	11 (24,4%)	0,200
Assister à un accident grave	24 (27,3%)	12 (27,9%)	12 (26,7%)	> 0,99
Autre/Aucun	2 (2,3%)	0 (0,0%)	2 (4,4%)	0,495
Vous estimez le processus de diagnostic de l'ESPT bien défini	33 (37,9%)	14 (32,6%)	19 (43,2%)	0,424
Vous avez suivi une formation spécifique sur l'évaluation et le traitement de l'ESPT durant votre formation médicale	6 (6,9%)	6 (14,0%)	0 (0,0%)	0,032**
Vous disposez de recommandations fiables et officielles sur la prise en charge de l'ESPT	11 (12,6%)	8 (18,6%)	3 (6,8%)	0,183

Vous participez régulièrement à des formations continues ou lisez des publications sur l'ESPT				0,196
Oui, fréquemment	3 (3,4%)	1 (2,3%)	2 (4,5%)	
Oui, occasionnellement	23 (26,4%)	15 (34,9%)	8 (18,2%)	
Non	61 (70,1%)	27 (62,8%)	34 (77,3%)	
Votre première action que vous entreprenez généralement lorsqu'un patient présente des symptômes d'ESPT				0,048**
Evaluation des symptômes	66 (75,9%)	35 (81,4%)	31 (70,5%)	
Prescription de médicaments	3 (3,4%)	0 (0,0%)	3 (6,8%)	
Orientation vers un spécialiste	15 (17,2%)	5 (11,6%)	10 (22,7%)	
Autres	3 (3,4%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)	
Approches utilisées pour traiter l'ESPT				
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	20 (23,3%)	8 (19,0%)	12 (27,3%)	0,518
EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)	21 (24,4%)	12 (28,6%)	9 (20,5%)	0,532
Prescription de médicaments psychotropes	42 (48,8%)	28 (66,7%)	14 (31,8%)	< 0,01***
Une combinaison de ces approches	29 (33,7%)	11 (26,2%)	18 (40,9%)	0,224
Vous évaluez systématiquement l'efficacité de vos interventions pour les patients souffrant d'ESPT	64 (74,4%)	31 (73,8%)	33 (75,0%)	> 0,99
Vous rencontrez des obstacles dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT	66 (76,7%)	34 (81,0%)	32 (72,7%)	0,518
Selon vous, les principales barrières à une prise en charge efficace de l'ESPT				
Manque de ressources spécialisées	56 (65,1%)	30 (71,4%)	26 (59,1%)	0,093*
Manque de formation	46 (53,5%)	23 (54,8%)	23 (52,3%)	0,988
Stigmatisation du trouble	9 (10,5%)	7 (16,7%)	2 (4,5%)	0,138
Autres	10 (11,6%)	5 (11,9%)	5 (11,4%)	> 0,99
Vous collaborez avec des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) pour la prise en charge de l'ESPT	74 (86,0%)	34 (81,0%)	40 (90,9%)	0,307
Vous avez accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes d'ESPT	25 (29,1%)	12 (28,6%)	13 (29,5%)	> 0,99

Ce tableau (Tableau 2) est une analyse bivariée qui compare les réponses selon le genre du médecin (Femme vs Homme). L'échantillon analysé ici est de 90 médecins (le médecin non binaire a été exclu pour cette comparaison binaire).

2.1 Une différence majeure dans le traitement médicamenteux

C'est le résultat le plus spectaculaire et statistiquement le plus fort (**P < 0,01**).

- **Les femmes médecins** prescrivent massivement plus de médicaments psychotropes pour l'ESPT (**66,7 %**).
- **Les hommes médecins** en prescrivent deux fois moins (**31,8 %**).

Interprétation : Cette donnée doit être lue en parallèle avec le point suivant sur la "première action".

2.2 Gestion du patient : Garder ou Orienter ?

La manière de réagir face à un patient présentant des symptômes diffère significativement (**P = 0,048**).

- **Les femmes** ont tendance à gérer le patient elles-mêmes : **81,4 %** procèdent à l'évaluation des symptômes (contre 70,5 % des hommes) et orientent moins souvent vers un spécialiste (11,6 %).
- **Les hommes** orientent deux fois plus souvent leurs patients directement vers un spécialiste (**22,7 %** contre 11,6 % pour les femmes).

Synthèse du mécanisme : Les hommes médecins semblent "déléguer" davantage les cas d'ESPT aux spécialistes. Les femmes médecins, gardant davantage les patients en

charge, sont donc logiquement amenées à prescrire elles-mêmes les traitements médicamenteux pour soulager les symptômes.

2.3 La formation initiale

Il existe une différence significative concernant la formation reçue durant les études ($P = 0,032$).

- **Femmes : 14,0 %** ont reçu une formation spécifique.
- **Hommes : 0,0 %**. Aucun homme de l'échantillon n'a reçu de formation spécifique sur l'ESPT durant ses études.

Cela pourrait expliquer pourquoi les femmes se sentent plus légitimes pour tenter d'évaluer elles-mêmes les symptômes, même si le taux de formation reste globalement faible.

2.4 Ce qui est identique (Pas de différence significative)

Il est important de noter que sur les autres aspects, les deux groupes sont comparables

- **Démographie** : Pas de différence d'âge ou d'expérience.
- **Connaissances théoriques** : La connaissance des critères DSM-5 est faible dans les deux groupes (environ 18-24 %, $P=0,684$). Le genre n'influe pas sur la maîtrise théorique.
- **Perception des obstacles** : Hommes et femmes ressentent les barrières de la même manière, bien que les femmes signalent un peu plus le "manque de ressources spécialisées" (71 % vs 59 %, limite significatif), ce qui est cohérent puisqu'elles gèrent plus souvent les patients elles-mêmes.

Il existe deux "styles" de pratique selon le genre dans cet échantillon :

1. **Le profil masculin** : Moins formé initialement, il a tendance à moins prescrire et à **orienter plus rapidement** le patient vers un spécialiste.
2. **Le profil féminin** : Un peu mieux formée initialement, la femme médecin a tendance à **prendre en charge l'évaluation elle-même** et, par conséquent, utilise beaucoup plus la **prescription médicamenteuse** comme outil thérapeutique principal.

3. Effets de l'expérience professionnelle

Tableau 4

Statistiques bivariées					
<i>Etude du lien entre l'expérience professionnelle et les autres variables de l'échantillon</i>					
Tableau 4. Description de l'échantillon selon l'expérience professionnelle					
Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 91	10 ans ou moins, N = 30	11 - 20 ans N = 29	Plus de 20 ans N = 32	P-valeur
Tranche d'âge					< 0,01***
Moins de 40 ans	33 (36,3%)	27 (90,0%)	6 (20,7%)	0 (0,0%)	
41 - 50 ans	24 (26,4%)	3 (10,0%)	20 (69,0%)	1 (3,1%)	
51 - 60 ans	20 (22,0%)	0 (0,0%)	3 (10,3%)	17 (53,1%)	
Plus de 60 ans	14 (15,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (43,8%)	
Genre					0,987
Femme	44 (48,4%)	14 (46,7%)	14 (48,3%)	16 (50,0%)	
Homme	46 (50,5%)	15 (50,0%)	15 (51,7%)	16 (50,0%)	
Binaire	1 (1,1%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Lieu de pratique					0,469
Les communes densément peuplées (> 50 000 habitants)	24 (26,4%)	10 (33,3%)	4 (13,8%)	10 (31,3%)	
Les communes de densité intermédiaire (de 5 000 à 50 000 habitants)	49 (53,8%)	15 (50,0%)	18 (62,1%)	16 (50,0%)	
Les communes rurales (< 5 000 habitants)	18 (19,8%)	5 (16,7%)	7 (24,1%)	6 (18,8%)	
Vous avez une définition précise de l'ESPT	46 (50,5%)	15 (50,0%)	21 (72,4%)	10 (31,3%)	< 0,01***
Vous connaissez les critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-5	19 (20,9%)	6 (20,0%)	6 (20,7%)	7 (21,9%)	0,983
Lequels de ces facteurs considérez-vous comme augmentant significativement le risque de développer un ESPT					
Etre victime d'une agression (physique, mentale, verbale, sexuelle, virtuelle)	58 (65,9%)	17 (58,6%)	25 (86,2%)	16 (53,3%)	0,017**
Avoir vécu une guerre	16 (18,2%)	6 (20,7%)	3 (10,3%)	7 (23,3%)	0,473
Assister à un accident grave	24 (27,3%)	8 (27,6%)	7 (24,1%)	9 (30,0%)	0,879
Autre/Aucun	2 (2,3%)	2 (6,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,212
Vous estimez le processus de diagnostic de l'ESPT bien défini	33 (37,9%)	10 (37,0%)	14 (48,3%)	9 (29,0%)	0,306
Vous avez suivi une formation spécifique sur l'évaluation et le traitement de l'ESPT durant votre formation médicale	6 (6,9%)	1 (3,7%)	2 (6,9%)	3 (9,7%)	0,869
Vous disposez de recommandations fiables et officielles sur la prise en charge de l'ESPT	11 (12,6%)	2 (7,4%)	5 (17,2%)	4 (12,9%)	0,541

Vous participez régulièrement à des formations continues ou lisez des publications sur l'ESPT					0,164
Oui, fréquemment	3 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)	2 (6,5%)	
Oui, occasionnellement	23 (26,4%)	4 (14,8%)	11 (37,9%)	8 (25,8%)	
Non	61 (70,1%)	23 (85,2%)	17 (58,6%)	21 (67,7%)	
Votre première action que vous entreprenez généralement lorsqu'un patient présente des symptômes d'ESPT					0,856
Evaluation des symptômes	66 (75,9%)	23 (85,2%)	21 (72,4%)	22 (71,0%)	
Prescription de médicaments	3 (3,4%)	1 (3,7%)	1 (3,4%)	1 (3,2%)	
Orientation vers un spécialiste	15 (17,2%)	3 (11,1%)	6 (20,7%)	6 (19,4%)	
Autres	3 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)	2 (6,5%)	
Approches utilisées pour traiter l'ESPT					
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	20 (23,3%)	11 (40,7%)	2 (7,1%)	7 (22,6%)	0,013**
EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)	21 (24,4%)	12 (44,4%)	5 (17,9%)	4 (12,9%)	0,014**
Prescription de médicaments psychotropes	42 (48,8%)	12 (44,4%)	14 (50,0%)	16 (51,6%)	0,852
Une combinaison de ces approches	29 (33,7%)	11 (40,7%)	8 (28,6%)	10 (32,3%)	0,62
Vous évaluez systématiquement l'efficacité de vos interventions pour les patients souffrant d'ESPT	64 (74,4%)	20 (74,1%)	23 (82,1%)	21 (67,7%)	0,448
Vous rencontrez des obstacles dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT	66 (76,7%)	22 (81,5%)	23 (82,1%)	21 (67,7%)	0,332
Selon vous, les principales barrières à une prise en charge efficace de l'ESPT					
Manque de ressources spécialisées	56 (65,1%)	15 (55,6%)	20 (71,4%)	21 (67,7%)	0,433
Manque de formation	46 (53,5%)	15 (55,6%)	12 (42,9%)	19 (61,3%)	0,354
Stigmatisation du trouble	9 (10,5%)	4 (14,8%)	1 (3,6%)	4 (12,9%)	0,376
Autres	10 (11,6%)	3 (11,1%)	4 (14,3%)	3 (9,7%)	0,915
Vous collaborez avec des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) pour la prise en charge de l'ESPT	74 (86,0%)	22 (81,5%)	26 (92,9%)	26 (83,9%)	0,433
Vous avez accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes d'ESPT	25 (29,1%)	5 (18,5%)	10 (35,7%)	10 (32,3%)	0,331

3.1 Une rupture générationnelle dans les choix thérapeutiques

C'est le constat le plus marquant de ce tableau. Les jeunes médecins ont une approche du traitement radicalement différente de leurs aînés, privilégiant nettement les psychothérapies validées.

- **Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) (P=0,013) :**
 - Les **Jeunes** l'utilisent massivement (**40,7 %**).
 - L'usage s'effondre chez les médecins en milieu de carrière (7,1 %) et reste modéré chez les seniors (22,6 %).

- **EMDR (P=0,014) :**
 - Même constat : les **Jeunes** plébiscitent cette technique (**44,4 %**).
 - Les générations précédentes l'utilisent beaucoup moins (17,9 % et 12,9 %).

Interprétation : La formation médicale récente semble avoir mieux intégré l'importance des thérapies non médicamenteuses (TCC, EMDR) pour l'ESPT. Les jeunes médecins arrivent sur le terrain avec ces nouveaux réflexes.

3.2 Le paradoxe de la confiance théorique

Interrogés sur le fait d'avoir "une définition précise de l'ESPT", on observe une courbe en cloche inattendue ($P < 0,01$) :

- **Les médecins en milieu de carrière (11-20 ans)** sont les plus confiants : **72,4 %** pensent en avoir une définition précise.
- Les **Jeunes** sont plus mesurés (50,0 %).
- Les **Seniors** sont les moins sûrs d'eux : seulement **31,3 %** déclarent avoir une définition précise.

Note : Malgré cette différence de confiance déclarée, la connaissance réelle des critères officiels (DSM-5) ne varie pas significativement entre les groupes ($P=0,983$), restant faible partout (environ 20 %). La confiance des "milieux de carrière" pourrait donc être surestimée par rapport à leurs connaissances académiques réelles.

3.3 Perception des facteurs de risque

La perception des causes de l'ESPT varie selon l'expérience ($P=0,017$).

- Face à l'item "Être victime d'une agression", les médecins en **milieu de carrière** sont ceux qui identifient le plus ce facteur de risque (**86,2 %**).
- Les jeunes (58,6 %) et les seniors (53,3 %) sont moins nombreux à cocher cette case comme facteur augmentant significativement le risque.

3.4 Ce qui ne change pas avec l'âge (Consensus)

Sur de nombreux points structurels, toutes les générations sont logées à la même enseigne :

- **Prescription de médicaments** : Bien que les jeunes préfèrent les thérapies, ils prescrivent des psychotropes presque autant que les seniors (44,4 % contre 51,6 %, différence non significative $P=0,852$).
- **Obstacles** : Quel que soit l'âge, environ 76-82 % des médecins rencontrent des obstacles dans la prise en charge.
- **Manque de formation** : Le sentiment de manque de formation est partagé de manière équivalente ($P=0,354$), même si les jeunes sortent tout juste de l'université.

L'analyse par expérience révèle une **modernisation des pratiques**. La nouvelle génération de médecins (≤ 10 ans) apporte un changement culturel majeur en intégrant massivement les psychothérapies (TCC/EMDR) dans leur arsenal thérapeutique, là où leurs aînés restent davantage sur des approches classiques ou médicamenteuses. Cependant, cette "modernité" ne les protège pas des obstacles structurels (manque de ressources) qui affectent tout le monde de manière égale.

4. Effets de l'âge

Tableau 5

Statistiques bivariées

Etude du lien entre l'âge et les autres variables de l'échantillon

Tableau 5. Description de l'échantillon selon l'âge

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 91	Moins de 40 ans, N = 33	41 - 50 ans N = 24	51 - 60 ans, N = 20	Plus de 60 ans, N = 14	P-valeur
Nombre d'années d'expérience en tant que médecin généraliste						0,414
10 ans ou moins	44 (48,4%)	13 (39,4%)	14 (58,3%)	12 (60,0%)	5 (35,7%)	
11 - 20 ans	46 (50,5%)	19 (57,6%)	10 (41,7%)	8 (40,0%)	9 (64,3%)	
Plus de 20 ans	1 (1,1%)	1 (3,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Genre						< 0,01***
Femme	30 (33,0%)	27 (81,8%)	3 (12,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Homme	29 (31,9%)	6 (18,2%)	20 (83,3%)	3 (15,0%)	0 (0,0%)	
Non binaire	32 (35,2%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	17 (85,0%)	14 (100,0%)	
Lieu de pratique						0,626
Les communes densément peuplées (> 50 000 habitants)	24 (26,4%)	9 (27,3%)	4 (16,7%)	6 (30,0%)	5 (35,7%)	
Les communes de densité intermédiaire (de 5 000 à 50 000 habitants)	49 (53,8%)	17 (51,5%)	17 (70,8%)	9 (45,0%)	6 (42,9%)	
Les communes rurales (< 5 000 habitants)	18 (19,8%)	7 (21,2%)	3 (12,5%)	5 (25,0%)	3 (21,4%)	
Vous avez une définition précise de l'ESPT	46 (50,5%)	18 (54,5%)	17 (70,8%)	6 (30,0%)	5 (35,7%)	0,034**
Vous connaissez les critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-5	19 (20,9%)	5 (15,2%)	7 (29,2%)	5 (25,0%)	2 (14,3%)	0,566
Lequels de ces facteurs considérez-vous comme augmentant significativement le risque de développer un ESPT						
Etre victime d'une agression (physique, mentale, verbale, sexuelle, virtuelle)	58 (65,9%)	20 (62,5%)	21 (87,5%)	14 (73,7%)	3 (23,1%)	< 0,01***
Avoir vécu une guerre	16 (18,2%)	7 (21,9%)	2 (8,3%)	2 (10,5%)	5 (38,5%)	0,118
Assister à un accident grave	24 (27,3%)	9 (28,1%)	5 (20,8%)	5 (26,3%)	5 (38,5%)	0,713
Autre/Aucun	2 (2,3%)	2 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,641
Vous estimez le processus de diagnostic de l'ESPT bien défini	33 (37,9%)	11 (36,7%)	11 (45,8%)	8 (42,1%)	3 (21,4%)	0,516
Vous avez suivi une formation spécifique sur l'évaluation et le traitement de l'ESPT durant votre formation médicale	6 (6,9%)	1 (3,3%)	1 (4,2%)	3 (15,8%)	1 (7,1%)	0,387
Vous disposez de recommandations fiables et officielles sur la prise en charge de l'ESPT	11 (12,6%)	3 (10,0%)	3 (12,5%)	5 (26,3%)	0 (0,0%)	0,160

Vous participez régulièrement à des formations continues ou lisez des publications sur l'ESPT						0,672
Oui, fréquemment	3 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	1 (5,3%)	1 (7,1%)	
Oui, occasionnellement	23 (26,4%)	7 (23,3%)	7 (29,2%)	4 (21,1%)	5 (35,7%)	
Non	61 (70,1%)	23 (76,7%)	16 (66,7%)	14 (73,7%)	8 (57,1%)	
Votre première action que vous entreprenez généralement lorsqu'un patient présente des symptômes d'ESPT						0,571
Evaluation des symptômes	66 (75,9%)	26 (86,7%)	18 (75,0%)	13 (68,4%)	9 (64,3%)	
Prescription de médicaments	3 (3,4%)	1 (3,3%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	
Orientation vers un spécialiste	15 (17,2%)	3 (10,0%)	4 (16,7%)	5 (26,3%)	3 (21,4%)	
Autres	3 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)	1 (5,3%)	1 (7,1%)	
Approches utilisées pour traiter l'ESPT						
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	20 (23,3%)	9 (30,0%)	4 (17,4%)	3 (15,8%)	4 (28,6%)	0,586
EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)	21 (24,4%)	12 (40,0%)	4 (17,4%)	3 (15,8%)	2 (14,3%)	0,098*
Prescription de médicaments psychotropes	42 (48,8%)	13 (43,3%)	12 (52,2%)	12 (63,2%)	5 (35,7%)	0,410
Une combinaison de ces approches	29 (33,7%)	14 (46,7%)	5 (21,7%)	6 (31,6%)	4 (28,6%)	0,286
Vous évaluez systématiquement l'efficacité de vos interventions pour les patients souffrant d'ESPT	64 (74,4%)	23 (76,7%)	18 (78,3%)	13 (68,4%)	10 (71,4%)	0,850
Vous rencontrez des obstacles dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT	66 (76,7%)	26 (86,7%)	19 (82,6%)	10 (52,6%)	11 (78,6%)	0,053*
Selon vous, les principales barrières à une prise en charge efficace de l'ESPT						
Manque de ressources spécialisées	56 (65,1%)	19 (63,3%)	15 (65,2%)	14 (73,7%)	8 (57,1%)	0,800
Manque de formation	46 (53,5%)	15 (50,0%)	10 (43,5%)	13 (68,4%)	8 (57,1%)	0,416
Stigmatisation du trouble	9 (10,5%)	5 (16,7%)	0 (0,0%)	4 (21,1%)	0 (0,0%)	0,034**
Autres	10 (11,6%)	3 (10,0%)	4 (17,4%)	2 (10,5%)	1 (7,1%)	0,801
Vous collaborez avec des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) pour la prise en charge de l'ESPT	74 (86,0%)	26 (86,7%)	20 (87,0%)	17 (89,5%)	11 (78,6%)	0,836
Vous avez accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes d'ESPT	25 (29,1%)	8 (26,7%)	6 (26,1%)	8 (42,1%)	3 (21,4%)	0,581

4.1 Une féminisation radicale de la profession (Le grand basculement)

C'est la statistique la plus spectaculaire du tableau ($P < 0,01$). Il y a une inversion totale du genre selon l'âge :

- **Chez les moins de 40 ans : 81,8 %** sont des femmes.
- **Chez les plus de 60 ans : 100 %** sont des hommes (dans cet échantillon).
- **Chez les 41-50 ans** : Les hommes sont encore majoritaires (83,3 %).

Pourquoi c'est important ? Cela nous oblige à relire le tableau "Genre" (analysé précédemment). Les différences de pratique observées entre hommes et femmes sont indissociables d'un effet de génération. Les femmes médecins de cette étude sont majoritairement des jeunes médecins.

4.2 Le "Pic de Confiance" des 41-50 ans

Il existe une dynamique curieuse concernant l'assurance professionnelle ($P = 0,034$) :

- Les médecins de **41-50 ans** sont les plus sûrs d'eux : **70,8 %** estiment avoir une définition précise de l'ESPT.
- Cette confiance s'effondre chez les **51-60 ans** (30,0 %) et reste modérée chez les plus jeunes (54,5 %).

De même, ce groupe des 41-50 ans est celui qui identifie le plus fortement l'agression comme facteur de risque majeur (87,5 %, contre 62,5 % pour les jeunes).

4.3 Pratiques thérapeutiques : L'effet générationnel confirmé

On retrouve la tendance observée dans le tableau "Expérience", bien que les seuils de significativité soient ici un peu plus faibles :

- **EMDR** : Une tendance (**P = 0,098**) montre que les **moins de 40 ans** sont les plus gros utilisateurs de cette technique (**40,0 %**), contre seulement 14,3 % chez les plus de 60 ans.
- **Médicaments** : La prescription de psychotropes augmente avec l'âge (passant de 43,3 % chez les jeunes à **63,2 %** chez les 51-60 ans), bien que ce ne soit pas statistiquement significatif ici (**P=0,410**).

4.4 La perception des barrières

- **Les jeunes médecins (moins de 40 ans)** sont ceux qui rapportent le plus de difficultés : **86,7 %** déclarent rencontrer des obstacles, contre seulement 52,6 % des 51-60 ans (**P = 0,053**).
- **La stigmatisation** : Fait intéressant, la "stigmatisation du trouble" est perçue comme une barrière significative presque exclusivement par la tranche **51-60 ans** (21,1 %), alors qu'elle est nulle (0 %) pour les 41-50 ans et les plus de 60 ans (**P = 0,034**).

IV. DISCUSSION

Évoquer l'ESPT en médecine générale, c'est aborder un domaine où les médecins ne se sentent pas toujours à l'aise. Ce trouble, fréquent et souvent grave, demeure en marge de la pratique courante. L'étude menée auprès de 91 généralistes dresse un constat lucide et désolant. D'une part, les cliniciens cernent assez bien les contours émotionnels du traumatisme. De l'autre, leur prise en charge reste timide, voire inexistante, par manque d'outils, de formation ou d'un accompagnement organisé.

Premier constat : la moitié des médecins seulement affirment avoir une définition précise de l'ESPT. C'est peu, au regard de la prévalence estimée de ce trouble dans la population générale. Le DSM-5, pourtant indispensable, est inconnu pour près de 80 % des participants. Ce nombre n'est pas qu'une statistique. Il marque un décalage réel entre norme diagnostique et pratique

En réalité, les médecins s'appuient davantage sur une notion vague de traumatisme que sur des critères cliniques. Il en découle des prises en charge inégales, dépendantes autant de la sensibilité personnelle que de la rigueur professionnelle.

Les réponses soulignent des événements traumatiques bien identifiés : agressions, accidents, guerre. Cette lecture du traumatisme s'appuie sur des images connues. Mais elle peut occulter d'autres réalités, moins spectaculaires mais tout aussi dévastatrices. Les violences sournoises, celles qui s'installent dans le temps, comme les humiliations répétées ou la vie dans la peur, sont plus insidieuses. Si elles ne sont pas exprimées spontanément, c'est peut-être parce que rien, dans la formation ou dans la pratique, ne prépare à les entendre.

La formation est le nœud du problème. Moins de 7 % des médecins interrogés ont eu un enseignement sur l'ESPT lors de leur formation. La médecine générale, pourtant présentée comme la porte d'entrée du soin psychologique, reste sourde à cette dimension essentielle de la santé mentale. Ce déficit de départ est rarement comblé. La formation continue est inexistante ou très faible pour la plupart des participants. Conséquence : même les gestes élémentaires, comme apprécier la gravité des symptômes ou adresser à un spécialiste, ne s'inscrivent pas dans une logique commune ni dans une culture de soin élaborée.

Mais les médecins consultés ne sont pas insensibles à la question. Lorsqu'un patient montre des signes d'ESPT, la plupart d'entre eux commencent une évaluation des symptômes. C'est une volonté de comprendre, de saisir ce qui se passe. Mais cette première étape demeure sans suivi organisé. L'adressage vers des spécialistes reste rare, et la prescription de psychotropes trop fréquente en première ligne.

Un médecin sur deux préfère les médicaments, alors que les recommandations internationales mettent en avant les thérapies (TCC, EMDR...). Ces méthodes, les plus efficaces, sont pourtant peu utilisées. Est-ce un manque de confiance ? Un manque d'information sur les ressources existantes ? Ou juste l'effet de l'isolement dans la pratique ?

Ce qui se dégage clairement, c'est qu'il y a un mur invisible : celui des ressources absentes. Deux médecins sur trois citent un manque d'accès à des professionnels formés à la prise en charge de l'ESPT. Plus de la moitié évoquent également un manque de formation personnelle.

Ces deux réalités se combinent pour créer un désert médical, où les médecins font avec les moyens du bord. Même les plus volontaires sont démunis face à la complexité du trouble. Le travail en réseau est peu fréquent et improvisé. L'accès à des équipes pluridisciplinaires, indispensable pour les situations complexes, reste l'exception.

Le lieu d'exercice influence les pratiques. En milieu rural, les médecins rapportent plus fréquemment des difficultés à identifier l'ESPT ou à utiliser des outils. Les traitements médicamenteux y sont favorisés, les psychothérapies beaucoup moins.

Ce n'est pas un choix de confort, c'est une nécessité. L'éloignement des spécialistes, l'absence de formations continues à proximité, l'isolement dans la pratique quotidienne altèrent les repères. Un praticien isolé ne peut pas se comporter comme s'il était à côté d'un centre ressource.

L'ancienneté change aussi les réflexes. Les praticiens avec plus de 20 ans d'expérience ont tendance à avoir un diagnostic plus flou. Ce n'est pas une question de compétence, mais de génération. Les jeunes médecins, plus récemment formés, ont eu une formation plus pointue sur la santé mentale. Ils repèrent plus tôt les signes du trouble et utilisent plus facilement des moyens non médicamenteux. C'est un tournant. Cela ne suffit pas encore à changer la pratique générale, mais on sent qu'une autre façon de concevoir le soin psychique est en train de naître.

On ne peut pas ignorer un autre aspect : la place du trouble lui-même dans l'échelle des priorités cliniques. L'ESPT demeure un sujet sensible, parfois considéré comme vague, voire secondaire, face à des pathologies plus visibles ou plus mesurables.

Ce flou alimente une stigmatisation sourde. Lorsque les balises vacillent, lorsque la nomenclature elle-même est étrangère, le danger est grand de marginaliser le trouble, de le prendre par défaut ou de le fuir.

Mais les médecins ne sont pas seuls. La plupart travaillent avec des psychologues ou des psychiatres. Ce réseau est fragile, mais il est présent. Il faut qu'il soit organisé, appuyé, visible.

Ce tableau est noir, mais il a le mérite de révéler les manquements et de proposer, en filigrane, ce qu'il faudrait construire : une formation médicale qui accorde une place à la santé mentale, un maillage territorial de ressources spécialisées, une meilleure articulation entre les niveaux de soins. Et surtout, une reconnaissance totale de l'ESPT comme trouble nécessitant attention, rigueur et humanité.

Ce que disent les chiffres, au fond, ce n'est pas une incapacité. C'est une attente. Celle de médecins qui cherchent à comprendre, mais qui n'en ont pas toujours les moyens. Celle d'un système qui détourne le regard, tandis que le traumatisme, lui, demeure, silencieux, mais persistant.

V. CONCLUSION

Ce travail n'avait pas vocation à tout dire de l'ESPT en médecine générale, encore moins à prétendre couvrir l'ensemble des réalités du terrain. Il s'agissait de comprendre comment les généralistes, souvent en première ligne, perçoivent, reconnaissent et prennent en charge un trouble qui reste encore trop souvent en marge des consultations quotidiennes.

Ce que montre cette étude, c'est un écart évident entre la réalité clinique et les outils disponibles. Les médecins interrogés manifestent une volonté claire de repérer et d'aider, mais manquent d'appui structuré. La formation initiale reste lacunaire. Les recommandations ne sont pas diffusées de façon homogène. Et malgré une réelle ouverture à la collaboration, les réseaux spécialisés sont inégalement accessibles. Les psychotropes occupent une place centrale, parfois par nécessité, parfois faute d'alternative claire. Les approches psychothérapeutiques, pourtant validées, restent secondaires dans les faits.

Les freins identifiés : manque de ressources, défaut de formation, sentiment d'isolement ne sont pas nouveaux. Mais ici, ils s'expriment avec une acuité particulière, parce qu'ils touchent à une souffrance silencieuse, souvent invisible. Et parce qu'ils rappellent, de manière assez brute, que le médecin généraliste ne peut pas tout, surtout lorsqu'il n'est pas accompagné.

Il ressort de cette enquête non pas une image figée du généraliste dépassé ou désintéressé, mais plutôt celle d'un praticien lucide, engagé à sa manière, parfois à bout de moyens, souvent prêt à faire mieux si les conditions le permettent.

Ce travail ne clôt rien. Il ouvre, au contraire, un espace à la réflexion, à la formation, à l'organisation collective. Il invite à ne plus faire du traumatisme psychique un angle mort de la médecine de proximité, à réhabiliter la complexité du soin, sans l'écraser sous des protocoles inapplicables et à rendre aux MG leur juste place dans la chaîne de reconnaissance et d'accompagnement de l'ESPT.

Ce travail a permis de réaliser une fiche pratique (ou algorithme décisionnel) répondant au mieux aux différentes problématiques évoquées ci dessus (annexe 2)

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.
2. Bremner, J. D., & Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and posttraumatic stress disorder: Neurophysiological findings and their relationship to memory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(3), 271–279.
3. Childs-Clarke, A. (2003). La thérapie cognitive du trouble de stress post-traumatique. Dans H. L. Meichenbaum (Éd.), *Traitement cognitif du stress* (pp. xx–xx). Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
4. Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21(3), 713–721.
5. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
6. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
7. MacDonald, G. (2008). Post-traumatic stress disorder and the nurse's role. *Nursing Standard*, 23(1), 35–39.
8. Newport, D. J., & Nemeroff, C. B. (2000). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 10(2), 211–218.
9. Oflaz, F., Hatipoglu, S., & Aydin, H. (2008). Effect of psychoeducation on coping strategies and psychological distress in earthquake survivors. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 263–270.
10. Senneseth, M., Alsaker, K., & Natvig, G. K. (2012). Factors associated with post-traumatic stress symptoms in Norwegian ambulance personnel: A

cross-sectional study. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(2), 105–113.

11. Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114–1119.
12. Bériault, M., & Larivée, S. (2019). Guérir avec l'EMDR : preuves et controverses. *Santé mentale au Québec*, 44(1), 133–157.
13. Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.
14. Gheysen, F., & Delamillieure, P. (2020). La compassion comme outil thérapeutique dans les troubles mentaux : une revue de la littérature sur la Compassion Focused Therapy (CFT). *L'Encéphale*, 46(6), 493–500.
15. Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
16. McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(8), 1151–1163.
17. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2e éd.). Guilford Press.
18. Haute Autorité de Santé (HAS). (2017). *Trouble de stress post-traumatique : prise en charge en soins de premier recours*.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire en ligne

Questionnaire sur la prise en charge de l'état de stress post traumatique (ESPT) par les médecins généralistes des Hauts de France

Informations Générales

1. Âge :

- Moins de 30 ans
- 30-40 ans
- 41-50 ans
- 51-60 ans
- Plus de 60 ans

2. Sexe :

- Homme
- Femme
- Autre :

3. Nombre d'années d'expérience en tant que médecin généraliste :

- Moins de 5 ans
- 5-10 ans
- 11-20 ans
- Plus de 20 ans

4. Lieu de pratique :

- Urbain (> ou = 2000 habitants)
- Rural (< 2000 habitants)

Connaissance de l'ESPT

6. Avez-vous une définition précise de l'ESPT ?

- Oui
- Non

7. Connaissez-vous les critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-5 ?

- Oui
- Non

8. Parmi les facteurs suivants, lesquels considérez-vous comme augmentant significativement le risque de développer un ESPT ?

- Avoir vécu une guerre
- Être victime d'une agression (physique, sexuelle, verbale, virtuelle)
- Assister à un accident grave
- Aucun des trois
- Autre : si oui, préciser

9. Estimez-vous que le processus de diagnostic de l'ESPT soit bien défini ?

- Oui
- Non

Formation et Ressources

10. Avez-vous suivi une formation spécifique sur l'évaluation et le traitement de l'ESPT durant votre formation médicale ?

- Oui
- Non

11. Disposez-vous de recommandations fiables et officielles sur la prise en charge de l'ESPT ?

- Oui
- Non

12. Participez-vous régulièrement à des formations continues ou lisez-vous des publications sur l'ESPT ?

- Oui, fréquemment
- Oui, occasionnellement
- Non

Pratiques de Prise en Charge

13. Quelle est la première action que vous entreprenez généralement lorsqu'un patient présente des symptômes d'ESPT ?

- Évaluation des symptômes
- Prescription de médicaments
- Orientation vers un spécialiste
- Autre : si oui, préciser

14. Utilisez-vous personnellement l'une des approches suivantes pour traiter l'ESPT ?

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)
- Prescription de médicaments psychotropes
- Une combinaison de ces approches

15. Évaluez-vous systématiquement l'efficacité de vos interventions pour les patients souffrant d'ESPT ?

- Oui
- Non

Défis et Barrières

16. Rencontrez-vous des obstacles dans la prise en charge des patients souffrant d'ESPT ?

- Oui
- Non

17. Selon vous, quelles sont les principales barrières à une prise en charge efficace de l'ESPT ?

- Manque de ressources spécialisées
- Manque de formation
- Stigmatisation du trouble
- Autre : si oui, préciser

Soutien et Réseau de Soins

18. Collaborez-vous avec des professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) pour la prise en charge des patients atteints d'ESPT ?

- Oui
- Non

19. Avez-vous accès à une équipe multidisciplinaire pour les cas complexes d'ESPT ?

- Oui
- Non

Perspectives et Améliorations

20. Pensez-vous que des améliorations doivent être apportées à la prise en charge de l'ESPT dans votre pratique ?

- Si oui, lesquelles ?
- Non

21. Avez-vous des suggestions pour améliorer les ressources ou les formations disponibles sur l'ESPT pour les professionnels de santé ?

- Si oui, lesquelles ?
- Non

Remarques finales

22. Commentaires éventuels :

-

Je vous remercie pour votre participation et j'espère que vous avez trouvé un intérêt certain à répondre à ce questionnaire.

Annexe 2 : Fiche mémo pratique

PRISE EN CHARGE DE L'ESPT EN SOINS PRIMAIRES

1. LE REPÉRAGE (La règle des 3 "R")

La majorité des patients ne consultent pas pour "traumatisme" mais pour des symptômes somatiques (troubles du sommeil, douleurs chroniques, irritabilité).

Posez la question sentinelle :

"Avez-vous vécu dans votre passé un événement au cours duquel vous vous êtes senti en danger de mort ou gravement menacé ?"

Si OUI → Rechercher la Triade Symptomatique (Reviviscence - Évitement - Hypervigilance).

2. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SIMPLIFIÉS (DSM-5)

Pour parler d'ESPT, les symptômes doivent durer depuis plus d'un mois et altérer le fonctionnement social/professionnel.

Catégorie	Symptômes clés à rechercher
1. Reviviscence	"Le passé qui s'invite dans le présent" : Flashbacks, cauchemars répétitifs, détresse intense face à des indices rappelant le trauma.
2. Évitement	Efforts pour éviter les pensées, les lieux, les personnes ou les activités liés au traumatisme.
3. Altération de l'éveil	Hypervigilance ("toujours sur le qui-vive"), sursauts exagérés, troubles du sommeil, irritabilité/colère.
+ Altérations cognitives	Culpabilité persistante, détachement des autres, incapacité à ressentir des émotions positives.

3. ALGORITHME DE TRAITEMENT (Recommandations HAS)

Les résultats montrent une sur-prescription de médicaments. Voici le rappel des "Bonnes Pratiques".

A. Première Intention : LA PSYCHOTHÉRAPIE C'est le traitement de référence (Grade A), quelle que soit la sévérité.

- TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) centrées sur le trauma : Exposition prolongée, restructuration cognitive.
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) : Efficacité validée pour l'ESPT.

B. Deuxième Intention : LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX À réserver si : Refus de la thérapie, échec de la thérapie, ou comorbidité dépressive sévère.

- Molécules recommandées (AMM) : Paroxétine ou Sertraline (ISRS).
- Durée : Au moins 12 mois si réponse positive.
- ⚠ ATTENTION AUX BENZODIAZÉPINES : À éviter au long cours ! Elles peuvent aggraver l'ESPT en empêchant le traitement émotionnel du souvenir et créer une dépendance.

4. L'ATTITUDE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE (Les 4 P)

Face au sentiment d'impuissance rapporté dans l'enquête :

1. Protection : Assurer la sécurité immédiate du patient (éloignement de l'agresseur, arrêt de travail).
2. Psycho-éducation : Expliquer que les symptômes sont une réaction normale à un événement anormal. *"Vous n'êtes pas fou, c'est votre cerveau qui n'a pas 'digéré' l'événement."*
3. Particularités somatiques : Traiter les symptômes gênants (insomnie, anxiété aiguë) sur une courte durée.
4. Passerelle : Orienter vers le spécialiste (Psychiatre, Psychologue spécialisé, Centre de Psychotrauma).

5. RESSOURCES ET ORIENTATION

Pour combler le manque de ressources identifié en zone rurale :

- Centres Régionaux de Psychotraumatisme (CRP) :
- MonSoutienPsy : Dispositif de remboursement de séances psychologue (voir liste des psychologues partenaires formés TCC/EMDR sur le site Ameli).
- Annuaire EMDR France / AFTCC : Pour trouver un praticien certifié proche du domicile.

AUTEUR : Nom : NOTERMAN

Prénom : Maxime

Date de soutenance : 26 février 2026

Titre de la thèse : Evaluation de la prise en charge de l'état de stress post traumatique par les médecins généralistes des Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : État de Stress Post-Traumatique, Médecine Générale, Prise en charge, Formation médicale, Hauts-de-France.

Résumé

Introduction

L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) est une pathologie complexe et fréquente, dont les répercussions fonctionnelles sont majeures. Le médecin généraliste (MG), souvent en première ligne, joue un rôle pivot dans le repérage précoce et l'orientation des patients. Cependant, la complexité du diagnostic et la diversité des prises en charge soulèvent des questions sur l'homogénéité des pratiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, les attitudes thérapeutiques et les obstacles rencontrés par les MG de la région Hauts-de-France dans la gestion de l'ESPT.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative. Un questionnaire structuré a été diffusé en ligne à un échantillon de médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France.

Résultats

Sur 91 réponses exploitables, l'échantillon était paritaire et majoritairement jeune (36,3 % < 40 ans). Les résultats révèlent des lacunes théoriques importantes : si 50 % des MG estiment maîtriser la définition générale, près de 80 % méconnaissent les critères du DSM-5. Moins de 7 % ont reçu une formation initiale spécifique.

Sur le plan thérapeutique, 50 % des praticiens ont recours aux psychotropes.

L'analyse bivariée met en évidence des disparités significatives : les jeunes médecins (< 10 ans d'exercice) privilégient davantage les psychothérapies (TCC, EMDR) et maîtrisent mieux les définitions, tandis que les praticiens plus âgés et les hommes prescrivent davantage de médicaments. L'exercice en zone rurale est corrélé à un manque accru de ressources et de connaissances. Les obstacles majeurs identifiés sont le manque de ressources spécialisées (66 %) et le défaut de formation.

Conclusion

Cette étude objective un écart entre la volonté clinique des MG et les moyens à leur disposition. La prise en charge de l'ESPT en médecine générale reste hétérogène, souvent pharmacologique par défaut, et entravée par un déficit de formation et un maillage territorial insuffisant en santé mentale. Une amélioration de la formation continue et la structuration de filières de soins spécialisées sont indispensables pour optimiser le parcours de soin des patients traumatisés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume

Assesseurs : Madame le Professeur TILLY Anita

Directeur de thèse : Mr le Docteur DUTHOIT Thierry