HAL
open science

# Étude qualitative des représentations du psychotraumatisme et de sa prise en charge en médecine générale à l'île de La Réunion

Matthias Hoarau

## To cite this version:

Matthias Hoarau. Étude qualitative des représentations du psychotraumatisme et de sa prise en charge en médecine générale à l'île de La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02506405

**HAL Id: dumas-02506405**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02506405**

Submitted on 12 Mar 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Bordeaux**

**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

**Année 2019** **N° 125**

**Thèse pour l'obtention du**

**DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2019

**par Matthias HOARAU**

né le 23 juillet 1989 à Saint-Pierre (97.4)

# ÉTUDE QUALITATIVE DES REPRÉSENTATIONS DU PSYCHOTRAUMATISME ET DE SA PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE A L'ÎLE DE LA RÉUNION

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Jury

| | |
|---|---|
| Monsieur le Professeur Louis JEHEL, Professeur des Universités | *Président* |
| Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, Professeur des Universités | *Juge* |
| Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE, Maître de conférences des Universités | *Rapporteur* |
| Monsieur le Docteur Alexandre REZVANI, Praticien hospitalier | *Juge* |
| Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ, Maître de conférences des Universités | *Directeur* |

# Remerciements

**JURY**

***A Monsieur le Professeur Louis Jehel, président du jury.***
Professeur des Universités en Psychiatrie. Chef de Pôle Adjoint au CHU Martinique. Vice Président de l'Université des Antilles. Département de Psychiatrie et Psychologie Médicale Psychotraumatologie – Addictologie.
Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, d'apporter votre regard plus qu'avisé et expérimenté, d'une grande valeur scientifique.
Veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde et sincère reconnaissance.

***A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph.***
Professeur des Universités. Directeur du Département de Médecine Générale. Coordonnateur du DES de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux. Médecin Généraliste.
Pour votre implication dans l'enseignement de la Médecine Générale.
Pour avoir accepté de donner votre avis expérimenté et pour votre expertise de Professeur en Médecine Générale.
Je vous prie de croire en ma plus profonde gratitude et mon plus profond respect.

***A Monsieur le Docteur Sébastien Leruste.***
Maître de conférences des Universités à l'UFR Santé de La Réunion. Médecin Généraliste.
Pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, votre disponibilité et surtout vos conseils d'expert en recherche qualitative.
Veuillez croire en mes plus sincères remerciements et mon plus profond respect.

***A Monsieur le Docteur Alexandre Rezvani.***
Psychiatre au Groupe Hospitalier Sud Réunion.
Pour ta disponibilité, tes compétences, ton accueil bienveillant dans ton service qui m'a donné envie de traiter ce sujet. Pour m'avoir aider à appréhender les patients avec plus d'assurance et de bienveillance. Pour avoir accepté de juger ce travail.
Je te prie de croire en ma plus profonde reconnaissance et mon amitié.

***A Monsieur le Docteur Michel Spodenkiewicz, directeur de thèse.***
Coordonnateur DES Psychiatrie subdivision La Réunion. Responsable de l'unité CESP Inserm U1178. Pédo-Psychiatre au Centre Hospitalier Universitaire Sud Réunion.
Pour avoir accepté de diriger ce travail. Pour ton investissement, ta disponibilité, ta gentillesse et ton expertise.
Ton enthousiasme et ta rigueur m'ont permis à maintes reprises de garder le cap.

**DIVERS**

***Au Docteur Jonathan Lachal,*** pour ses conseils si précieux, sa pédagogie et sa gentillesse qui m'ont permis de me familiariser avec la recherche qualitative. Merci à toutes les personnes présentes au séminaire SOQUALI dont les présentations, écoutes et remarques m'ont été très bénéfiques.

***Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude.*** Sans vous cette étude n'existerait pas. Pour votre accueil, votre temps pris et la sincérité de vos propos.
Je vous en suis très reconnaissant.

***Au Docteur Mauvisseau et à Mme Chantal Kreder, psychologue,*** pour m'avoir initié avec compétence aux psychotraumatismes.

***Au Docteur Rohr Gaël***, pour m'avoir accompagné tout le long de mon stage aux urgences psychiatriques, pour ta disponibilité, tes compétences, ta gentillesse, ta pédagogie, ton ouverture d'esprit, bref nombre de qualités qui m'ont donné goût à la Psychiatrie.

***A mes maîtres de stage de niveau 1, les Docteur Lina Safy et Docteur Patrick Gaillard,***
Pour mes premiers pas de médecin généraliste libéral. Votre expérience et votre accueil m'ont permis de me conforter dans le choix de ce métier.
Pour cela, je vous en serai toujours reconnaissant.

***Aux services hospitaliers*** des Urgences de Saint-Benoît, de Diabétologie de Bellepierre, de Pédiatrie du Saint-Paul (Gabriel Martin), et de Cardiologie de Saint-Pierre et spécialement au Centre d'Accueil d'Urgences Médico-Psychologiques (CAUMP) de Saint-Pierre. Je remercie toutes les équipes pour leurs savoirs et expériences qui m'ont apporté savoir et assurance.

***A l'Université d'Angers***, vous avez su m'accueillir et je serai toujours reconnaissant de votre formation.

**FAMILLE**

***A mes parents,*** pour votre soutien indéfectible, si important durant mes années métropolitaines, et votre bienveillance. Je ne vous remercierai jamais assez. Vous êtes chacun un exemple d'humanisme, essentiel pour la pratique de la médecine. Vous m'avez toujours inspiré. J'espère que l'on pourra profiter ensemble de votre « levée de pied » tant attendue et prochaine.

***A ma petite sœur,*** grande maintenant dont je suis plus que fier. Tu as toujours été là pour moi (enfin à partir de 6 ans). J'espère que tu sauras te préserver et t'épanouir, et te voir plus souvent.

***A mon grand frère,*** soutien indispensable durant mes études angevines. Tu as toujours été là pour moi, je t'en serai toujours très reconnaissant.

***A Victoire***, pour ta gentillesse et ton accueil toujours chaleureux. Pour être cette incroyable maman de ces incroyables nièces. J'espère te voir plus souvent.

***A Céleste et Hermine,*** pour leur soutien quotidien, inconscient peut-être mais pour moi devenu indispensable.

***A mes grands-parents*** thorignyano-angevins dont l'amour, les légumes et fruits des champs beaux et les merluchons ont été primordiaux pendant mon enfance, mes études et encore aujourd'hui.

**A toi Louise,** mon amour, pour ton soutien qui fut indéfectible et indispensable à mon long travail de thèse. A ta douceur, ton amour qui font de moi, chaque jour, un homme que je n'avais imaginé aussi heureux.

**AMIS**

---

***A mes co-internes de stages.*** Merci à Antoine, mon premier co-interne sans qui mon premier semestre aurait été bien moins marrant, à nos parties de basket endiablées à venir. Merci à Cécile, Marion, Jean-Baptiste mes premiers co-internes, qui m'ont soutenu ce fameux premier semestre bénédictin. Merci aux autres également avec qui j'ai eu la chance de passer mes différents semestres. Flo, Julie, Quentin, Marie-Blandine, Marie, Amandine, Elise, Juliette, Clément et tout spécialement Sébastien, intrépide compagnon de cardio.

***A mes amis réunionnais.*** Merci à Thibault, Léa, Marion, Cécile, mes chers colocs pour qui j'aurai toujours un lien particulier. Thibault, j'espère que tu recevras toute ma force au moment de LA course, quelque soit ta performance. Les années vécues avec vous étaient les plus chouettes de mes études.
Merci à Guitou, Auré pour leur gentillesse et leur enthousiasme trailien inébranlable. A Flo (que je remercie pour la deuxième fois) et Marie, Benou, Anya, Caro, Lucas, Laura, Ludo, Elodie, Elisa. Vous m'avez beaucoup amusé, inspiré ! Et j'espère qu'on gardera toujours ce lien.

Merci à Romain, Pauline, Fanny, pour nos barbecues philosophico-amicaux. A Antoine pour son coup de pédale que j'espère partager un jour. A Guillaume pour ses rappels bactério précieux, Carole et Arthur. Vous serez toujours les bienvenus et j'espère que même si distances il y a, vous en profiterez.

Merci à Lucile, Matthieu et Gabriel, pour les moments d'amitié partagés. J'espère vous revoir rapidement (Gabriel surtout).

Merci à Sébastien pour ton assistance tout risque à me prendre les gardes, à notre duo batterie guitare, au Dimitile, aux aventuriers du rail,....

***A mes amis angevins***, Alexandre, Kostas, Simon mes intrépides compagnons de révision, soutien essentiel pendant mon externat. A Romain, Pierre et Anne-Lise (et leurs deux marmailles !), Manuel, David pour leur sympathie hors-pair, indispensable à mes années angevines. J'espère vous voir plus souvent.

# Table des matières

**1-Introduction.....10**

**2-Matériel et méthode.....12**

2.1-Type d'étude.....12
2.2-Échantillonnage.....12
2.3-Recueil de données.....12
2.4-Analyse des données.....13
2.5-Critères de qualité.....13
2.6-Aspects éthiques.....13

**3-Résultats.....14**

3.1-Caractéristiques de l'échantillon.....14
3.2-Une définition à géométrie variable.....16
3.2.1- Les représentations consensuelles .....16
3.2.2- Les représentations singulières .....18
3.3-Prises en charge par les médecins généralistes.....20
3.3.1- Démarche diagnostique .....20
3.3.2- Dépistage.....24
3.3.3- Prise en charge thérapeutique.....25
3.3.4- Prévention.....29
3.4-Rôles multiples du médecin généraliste.....29
3.4.1- Approche centrée patient/communication.....29
3.4.2- Premiers recours/Urgences.....30
3.4.3- Suivi,coordination des soins,délégation.....31
3.4.4- Approche globale.....32
3.4.5- Dépistage / prévention : deux notions imbriquées.....32
3.4.6- Le professionnalisme.....33

**4-Discussion.....34**

4.1-Définitions.....34
4.1.1- Nosographie du psychotraumatisme : pas de définition univoque.....34
4.1.2- Une base qui semble consensuelle cependant.....36
4.1.3- L'incertitude partagée par tous.....36
4.1.4- Les représentations singulières.....36

4.2-Prise en charge du psychotraumatisme....37
4.2.1- Prise en charge diagnostique....37
4.2.2- Dépistage....40
4.2.3- Prise en charge thérapeutique : coordination avec quel spécialiste ?....44
4.2.4- La prévention....47
4.3-Rôles du médecin généraliste....48
4.3.1- L'approche centrée patient et communication....49
4.3.2- Premiers recours....50
4.3.3- Suivi et coordination....51
4.3.4- La prévention....51
4.3.5- Le professionnalisme....52
4.4-Forces de l'étude....54
4.5-Limites....55
4.6-Perspectives....56
4.6.1- D'amélioration de la prise en charge....56
4.6.2- De recherche....57

**5-Conclusion....58**

**6-Références bibliographiques....60**

**7-Annexes....66**
7.1-Annexe 1 : canevas pour entretien n°2....66
7.2-Annexe 2 : canevas pour entretien n°11....67
7.3-Annexe 3 : récépissé de déclaration à la CNIL....68
7.4-Annexe 4 : critères diagnostiques du DSM-5....69
7.5-Annexe 5 : retranscriptions des entretiens....75

**8-Serment médical....102**

# Table des tableau et figure :

**Tableau 1.** Caractéristiques des médecins participant à l'étude.....14

**Figure 1.** Diagramme de flux représentant le recrutement des médecins généralistes participant aux entretiens.....15

LISTE DES ABREVIATIONS :

---

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARS : Agence régionale de santé

CASP : Clinician-Administrated PTSD Scale

CMP : Centre médico-psychologique

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

E : Entretien (pour exemple :« E5 » correspond à l'entretien numéro 5)

EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing

ESEMeD : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

ESPT : État de stress post-traumatique

Ex : Extrait d'entretien

HAS : Haute Autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

ORS : Observatoire régional de la santé de La Réunion

OMS : Organisation mondiale de la santé

PTSD : Posttraumatic stress disorder

SMPG : Santé mentale en population générale

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

# 1-Introduction

La violence qu'elle soit d'origine naturelle ou humaine a depuis la nuit des temps toujours existé et impacté le psychisme de l'Homme. Les conséquences psychologiques des événements traumatogènes sur les personnes qui en sont directement ou indirectement victimes sont actuellement reconnues en France comme dans bon nombre de pays (1). Ces événements peuvent être des agressions humaines, des accidents, des catastrophes technologiques ou naturelles. A l'île de La Réunion, l'univers de la famille, le monde du travail, la vie des quartiers, l'espace public, mais aussi la nature ne sont pas épargnés par la violence ou les comportements violents. Selon une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2012 (2), un tiers des réunionnais a été victime de violences en 2009 ou 2010. C'est moins qu'en France métropolitaine, mais le sentiment d'insécurité était plus répandu dans l'île. Les atteintes à caractère sexuel ou perpétrées par un membre du ménage, touchaient un dixième de la population, majoritairement des femmes à l'île de La Réunion (2). Elles étaient plus fréquentes à l'île de La Réunion et étaient aussi les moins exprimées. Les troubles de l'usage de l'alcool à l'île de La Réunion avec un des taux les plus élevés de France s'ajoute à cette violence et la potentialise (3).

Peu développées il y a quelques décennies, l'évaluation et la prise en charge psychologiques des victimes sont devenues des évidences largement partagées et d'actualité concernant les attentats (1). Le psychotraumatisme en est un des principaux cortèges de symptômes. Des études de prévalence des troubles psychotraumatiques en Europe (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)) et en France métropolitaine (Santé mentale en population générale (SMPG)) ont évalué de 1999 à 2003 (4, 5) qu'environ 30 % de la population ont été un jour ou l'autre confrontés à un événement traumatique soit presque 20 millions de personnes en Europe, et que 1,9 % de personnes présentaient un état de stress post-traumatique (ESPT). En France métropolitaine la prévalence instantanée (mois écoulé) d'un ESPT complet était estimé à 0,7 % (5). En plus des conséquences cliniques spécifiques au psychotraumatisme (notamment l'ESPT), il est associé à de nombreuses et fréquentes comorbidités (trouble panique, agoraphobie, manie, dépendance à l'alcool, épisodes

dépressifs...) (5). Une connaissance de ce sujet reste donc indispensable à sa prise en charge comme toute maladie en médecine.

La médecine générale tient en France aujourd'hui une place centrale et globalisante dans la prise en charge des patients (6). Elle est encore aujourd'hui accessible à tous même si cela est de plus en plus difficile (7). Le médecin généraliste tient aussi une place de premiers recours aux soins ce qui en fait une de ses spécificités (7). Elle est et doit être capable d'accueillir les patients souffrant de ces maladies.

En 2014, la thèse qualitative du Docteur Marion Bergeret (8) a analysé à l'île de La Réunion les attentes et les ententes de patientes suivies pour psychotraumatisme face à leur médecin généraliste. Il en ressortait que le comportement et la place du médecin généraliste pouvaient tenir une place importante voire cruciale selon la plupart de ces patientes, notamment dans la prise en charge qu'elle soit préventive ou curative de patients psychotraumatisés. Une autre thèse, celle du Docteur Fanny Lestienne à Nice évoquait également l'importance de ce rôle dans le parcours de vie de patients victimes de maltraitance dans l'enfance (9).
Une étude en 2013 en milieu militaire a évalué la prise en charge de patients traumatisés psychiquement par les médecins généralistes militaires (10). En revanche aucune étude n'a permis d'objectiver la réalité du terrain du point de vue des médecins généralistes dans le civil en termes de prise en charge de patient atteint de psychotraumatisme en soin primaire en France et a fortiori à l'île de La Réunion.

Dans ce contexte il paraissait intéressant de se poser la question de recherche suivante : quelles sont les représentations et la prise en charge du psychotraumatisme par les médecins généralistes à l'île de La Réunion ?

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations et la prise en charge du psychotraumatisme par les médecins généralistes à l'île de La Réunion.

# 2-Matériel et méthode

## 2.1- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative utilisant le principe de la théorisation ancrée (11).

## 2.2- Échantillonnage

La population de l'étude était constituée de médecins généralistes installés à l'île de La Réunion.

L'échantillonnage a été effectué de manière raisonnée en fonction du genre, du nombre de patients par jour de consultation, du caractère isolé d'un point de vue médical du lieu d'exercice.

Les critères d'inclusion étaient : être un ou une docteur(e) en médecine générale installé(e) à l'île de La Réunion.

Les critères d'exclusion étaient : refus de participer à l'étude, ne répondant pas au téléphone.

Le recrutement s'est fait par téléphone en proposant une étude sur les médecins généralistes sans aborder plus précisément le sujet.

## 2.3- Recueil de données

Le recueil a été fait sous forme d'entretiens semi-dirigés, individuels, en face à face. Ils ont été menés par le chercheur. Un entretien test a été réalisé, en amont, auprès d'un médecin généraliste remplaçant de l'entourage du chercheur afin qu'il se familiarise avec la conduite d'un entretien.

Les entretiens ont été menés dans le lieu que souhaitait le médecin concerné.

Le canevas d'entretien était composé de quelques questions « brise-glace » (annexe 1):

- Pourriez-vous me donner une définition d'un psychotraumatisme ?
- Quels signes vous font penser qu'il y a psychotraumatisme ?

- Auriez-vous une situation à l'esprit qui vous évoque un psychotraumatisme ?

Il a évolué au fil des entretiens et de l'analyse des verbatims (annexes 1 et 2).

L'entretien se terminait par le recueil des caractéristiques des participants : âge, type de lieu d'exercice, nombre de patients par jour de consultation (plus que par semaine), du caractère isolé d'un point de vue médical du lieu d'exercice.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone avant d'être intégralement retranscrits par le chercheur sur le logiciel Open Office Apache,4.1.3.® Le matériel ainsi retranscrit constituait le verbatim.

## 2.4- Analyse des données

Le codage et l'analyse du verbatim ont été réalisés à la main sur feuilles de papier (de format A4) et à l'aide de la fonction « commentaire » d'Open office® par le chercheur.

L'analyse des verbatims s'inscrivait dans une démarche d'analyse heuristique s'inspirant du principe de la théorisation ancrée. Chaque entretien a été analysé au fur et à mesure du recueil de données, permettant l'émergence des concepts.

## 2.5- Critères de qualité

Le nombre d'entretiens a été conditionné par la recherche de la saturation théorique des données.

La validité interne a été établie par l'analyse indépendante du chercheur, du directeur de thèse et d'une personne extérieure à l'étude.

## 2.6- Aspects éthiques

Les entretiens ont été faits avec le consentement oral et écrit de tous les participants. Il leur a été expliqué à l'oral et à l'écrit que les entretiens étaient retranscrits et anonymisés puis l'enregistrement audio-graphique effacé. Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite et enregistrée sous le numéro de récépissé 2211643 v 0 (annexe 3).

# 3-Résultats

## 3.1- Caractéristiques de l'échantillon

| Entretien | Age (ans) | Genre | Type de lieu d'exercice | Moyenne de consultations /jour travaillé | Jours de travail/ semaine | Type d'exercice |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **E1** | 32 | Homme | Ville | 35 | 3,5 | Classique + SOS |
| **E2** | 51 | Homme | Campagne peu isolée | 40 | 5 | Classique + une ½ journée de psychothérapie |
| **E3** | 46 | Femme | Ville | 30 | 2,5 | Classique |
| **E4** | 48 | Femme | Ville | 30 | 2,5 | Classique |
| **E5** | 50 | Homme | Campagne moyennement isolée | 30 | 2,5 | Classique |
| **E6** | 40 | Homme | Campagne moyennement isolée | 30 | 5 | Classique |
| **E7** | 41 | Femme | Campagne moyennement isolée | 25 | 4 | Classique |
| **E8** | 38 | Femme | Ville | 25 | 4 | Classique |
| **E9** | 34 | Femme | Campagne très isolée | 25 | 2,5 | Classique |
| **E10** | 57 | Homme | Campagne moyennement isolée | 30 | 4 | Classique+ psychothérapeute |
| **E11** | 53 | Homme | Ville | 25 | 4 | Classique |

***Légende :***

- Campagne très isolée: Premier centre spécialisé, urgences ou spécialiste à plus d'une heure en véhicule à roues
- Campagne moyennement isolée: Premier centre spécialisé, urgences ou spécialiste à plus de 30 minutes et moins d'une heure en véhicule à roues
- Campagne peu isolée: Premier centre spécialisé, urgences ou spécialiste à moins de 30 minutes en véhicule à roues
- SOS : gardes de nuit jusqu'à minuit et de week-end

**Tableau 1 :** Caractéristiques des médecins participant à l'étude

Il y a eu 27 cabinets médicaux appelés. Vingt-trois ont répondu, 4 n'ont pas répondu. Parmi ceux qui ont répondu, 8 médecins ont accepté l'entretien directement, 1 a refusé, 3 ont dû être rappelé ou leur secrétaire a rappelé pour finalement accepter l'entretien. Onze n'ont plus donné de réponse par la suite. Le diagramme de flux (figure 1) résume les résultats du recrutement.

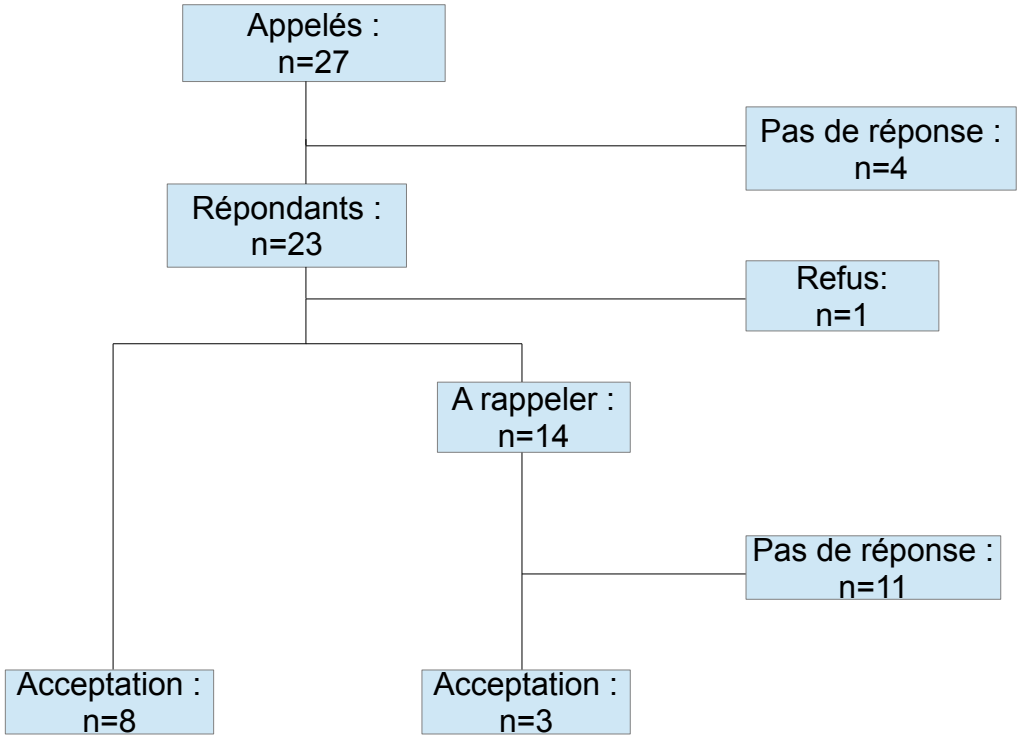


**Figure 1:** Diagramme de flux représentant le recrutement des médecins généralistes participant aux entretiens.

Deux entretiens ont été effectués au domicile du médecin, les 9 autres dans leur cabinet d'exercice de médecine générale. Ils se sont effectués de février 2017 à août 2018.

La saturation théorique des données a été obtenue au bout de 10 entretiens, un onzième entretien a été fait pour s'en assurer.

La moyenne d'âge était de 44,5 ans. L'écart type des âges était de 7,7 ans.

Concernant les genres il y avait 45,5 % de femmes et 54,5 % d'hommes.

La durée moyenne d'entretien était de 15 minutes et 29 secondes. L'écart type de la durée des entretiens était de 7 minutes et 15 secondes. L'entretien le plus court durait 7 minutes et 50 secondes, le plus long 33 minutes.

## 3.2- Une définition à géométrie variable

Les définitions des participants différaient sur certains points mais avaient aussi des points communs. Seront d'abord exposés les points communs puis les points particuliers à certains médecins.

### 3.2.1- Les représentations consensuelles

#### A- Une réaction psychologique ou un événement traumatisant ?

Les participants définissaient tous le psychotraumatisme comme étant une réaction psychologique et ses manifestations cliniques suite à un événement brutal.
Ex : « *c'est suite à un choc hein. Un choc émotionnel* » (E10),
« *c'est un événement qui a des conséquences au niveau psychologique...* » (E9).
Il y avait cependant parfois confusion initialement entre l'événement et la réaction psychologique à cet événement qu'ils mettaient sous le même terme de psychotraumatisme. Tous nuançaient en cours d'entretien cette ambiguïté et distinguaient bien les deux définitions

différentes. Ex : « *Plutôt...non. Le psychotraumatisme ça serait les symptômes qui vont découler...* » (E8).

## B- Synonymie avec le syndrome de stress post-traumatique ?

Beaucoup parlaient du syndrome de stress post-traumatique en l'incluant dans la définition mais avec une incertitude, une hésitation qui était retrouvées chez tous les participants évoquant ce syndrome.

Ils parlaient d'une « *spécificité* » de certains signes propres au syndrome de stress post-traumatique.

Ex : « *des symptômes de l'état de stress post-traumatique quoi... des sursauts, des cauchemars, des stress liés* » (E1).

## C- L'incertitude sur la définition omniprésente

Se dégageait aussi une incertitude quant à la définition. Soit d'emblée avec des verbatims d'incertitude, de doute, d'interrogation, soit avec une assurance en début d'entretien qui semblait s'étioler avec une définition qui se nuançait et devenait plus incertaine au fil de l'entretien. Il y avait donc des verbatims de l'incertitude très présents malgré l'intérêt et la connaissance plus ou moins approfondis sur le sujet des participants.

Ex : « *Euh... comment dire ? C'est, c'était...euh, c'est en opposition, enfin c'est pas...* » (E1),
« *alors déjà définir un psychotraumatisme c'est déjà compliqué,...* » (E1),
*« Euh.....euh...alors en fait le psychotraumatisme est-ce que tu peux me donner la définition que tu as ? »*(E3),
*« Après qu'est ce qu'on entend par traumatisme ? », « Psychotraumatisme ? A la limite tout ce qui est d'ordre psychologique c'est psychotraumatique ? »* (E5),
*« ...je ne sais pas »* (E1),
*« Ok, donc un traumatisme psychologique ? Euh... »(*E9),
*« Le psychotraumatisme c'est large en fait ? »*(E5).

Beaucoup après une hésitation s'aidaient d'une expérience de consultation pour illustrer plus facilement leur propos. Ex : « *...en fait je cherche le psychotraumatisme en fait souvent quand je suis face à un patient d'humeur dépressive en fait. », « J'ai le cas d'un patient qui a ...* » (E5), « *je pense à une dame...* » (E6).

### 3.2.2- Les représentations singulières

A- Conséquences d'une mauvaise prise en charge

Un participant évoquait le fait que le psychotraumatisme est dû en partie à une mauvaise prise en charge d'un patient suite à un événement traumatisant. Cet échec de prise en charge peut aussi être du à un comportement d'évitement ou en tout cas inadapté du patient dans les suites d'un événement traumatisant (ne consulte pas, ou un déni de ce qui s'est passé...). Les verbatims ont été sous les codes suivants : prise en charge, souffrance, personne, ressenti, difficulté.
Ex : « *ce patient vit mal les choses parce que la prise en charge a été de telle façon ou parce que tels mots ont été dits ou tu vois ?* » (E4).

B- Une définition différente selon le patient

Pour d'autres participants, leur définition a été difficile à préciser car très patient et contexte dépendante. Des verbatims de personne, de relation mais aussi de temporalité (selon l'histoire du patient) étaient souvent retrouvés dans ces deux discours. Ex : « *ce qui peut être un traumatisme pour un ne va pas l'être pour l'autre* » (E7).
Ex : « *après chacun réagit différemment quoi hein* » (E10), « *une collusion, une rencontre de plusieurs facteurs, ça dépend de la vie du patient, de son histoire, de sa structure aussi de comment il est dans sa vie...* » (E10).

C- « Un blocage intellectuel » (E1)

Pour d'autres participants, le psychotraumatisme était un « *blocage intellectuel* » (E1), « *on a pas réussi à conceptualiser* » (E1).
Ou alors « *qui n'arrive pas à le verbaliser* » (E2).

D- L'étiologie du psychotraumatisme s'intègre à la définition

La plupart des troubles psychologiques avait une origine traumatique pour certains et pas pour d'autres « *c'est pas parce qu'ils ont un symptôme psychologique ou psychiatrique que*

*nécessairement c'est le suivi d'un traumatisme...* » (E2), « *C'est pas forcément des agressions, ça peut être des insultes, des choses comme ça. Dans le cadre du travail..* » (E8).

## E- La notion de vulnérabilité

Un seul participant évoquait une vulnérabilité ressentie par la victime qui pouvait être due à un danger de nature diverse notamment dans un rapport de soumission plus ou moins répétée de la victime. Les verbatims de souffrance, de mort, de rapport pathologique, de ressenti étaient présents. Ex : « *Quand il y a une position de supériorité de quelqu'un sur quelqu'un d'autre[...] bah ouais je mets ça dans le psychotraumatisme.* » (E3), « *...senti en danger de mort ou en incapacité de vous défendre ?* » (E3).

## F- L'enfance, une période importante

D'autres médecins mettaient l'accent sur l'enfance « *alors c'est plutôt chez l'enfant* » (E1).
Avec notamment des conséquences qui pouvaient se traduire par une psychose à l'âge adulte (E6).
Ex : « *...des choses qui sont chroniques, qui sont anciens euh, depuis l'enfance* » (E10),
« *Et on peut considérer comme stress post-traumatique avec l'éducation de l'enfant, depuis la naissance, les deux premières années sont hyper importantes, les conflits familiaux etc quoi.* » (E10).

## G- Le lien d'attachement

Un médecin ayant eu des formations de psychothérapeute évoquait dans sa définition la notion de troubles du lien d'attachement et l'importance de l'éducation de l'enfant les deux premières années de vie. La notion de trouble du lien d'attachement était pour lui une anomalie du rapport du ou des parents avec l'enfant qui entraînait une anomalie de la structure psychique de l'enfant. Selon lui cette anomalie pouvait persister si elle n'était pas corrigée avant l'âge de deux ans.
Ex : « *...c'est difficile d'explorer la période avant 2 ans alors que c'est capital quoi, où il y a le lien d'attachement avec les parents qui se met en place.* » (E10).

### H- Le terrain

La notion de terrain qui pouvait être importante dans le fait de développer ou pas un psychotraumatisme. Ex : « *Après des fois c'est des gens qui ont des...enfin...une personnalité un peu sensible, enfin...plus fragile, susceptible. Des gens qui ont déjà eu des dépressions...* » (E8).

Pour certains le milieu professionnel pouvait être source de psychotraumatisme. Ex : « *un exemple assez fréquent de nos jours, c'est la pression au travail quoi qui est vécu comme un gros traumatisme psychologique...* » (E11).

### I- La temporalité

Était abordée aussi la notion de temporalité avec deux types de psychotraumatisme, un brutal et l'autre dû à des traumatismes répétés chroniques. Des verbatims de temporalité et d'enfance étaient retrouvés dans les discours.
Ex : « *Psychotraumatisme c'est pas forcément un choc hein ! Parce qu'il y a des choses répétées, qui sont chroniques, qui sont anciens euh, depuis l'enfance.* » (E10).

## 3.3- Prises en charge par les médecins généralistes

### 3.3.1- Démarche diagnostique

#### A- Une dualité de diagnostics : deux temporalités

Les différents médecins parlaient de deux types de diagnostic, en tout cas ayant deux temporalités différentes.

- Certains parlaient d'un diagnostic qui peut se faire lors d'un événement traumatisant ou en tout cas dans ses suites immédiates. Soit ils parlaient des symptômes de stress aigu que peut subir certains patients victimes d'un traumatisme, soit ils parlaient de l'événement traumatique en tant que

psychotraumatisme lui-même. Des verbatims de souffrance, de violence, de temps présent, d'urgence étaient retrouvés :

Ex : « *Mais j'ai déjà eu des ...accidents...euh des trucs comme ça où...c'est vrai que assez vite en discutant on voit qu'il y a des symptômes qui sont apparus...* » (E1),

« *...parce que je vais les chercher mais des maltraitances au quotidien on en a un petit, on en a beauc...enfin je trouve quoi.* » (E3).

- D'autres parlaient d'un diagnostic à un moment plus tardif, où le psychotraumatisme avait eu le temps de s'installer et d'engendrer des symptômes.

Ex : « *...mais c'est au fur et à mesure de, du suivi, de l'enquête clinique...* » (E3).

Dans ce cadre la recherche étiologique allait faire le diagnostic. En effet très souvent des verbatims de causes, de conséquences, de temps ont été retrouvés.

Ex : « *...dans les phénomènes notamment de dépression [...] y a très souvent dans mes questions est-ce qu'il y a quelque chose qui peut justement l'expliquer...* » (E2),

« *...souvent des consultations plus lourdes plus euh...mais bon je vais dire au patient de revenir ou euh...tu vois. Parce qu'après on n'est jamais dans l'urgence.* » (E4).

## B- Un cortège de symptômes

### B.i Manque de spécificité des symptômes

Pour beaucoup de participants le diagnostic ne se faisait pas sur un seul symptôme pathognomonique mais sur plusieurs symptômes de natures variées.

Ex : « *ça peut être n'importe quel symptôme à mon avis qui arrive en rupture avec quelque chose, avec un état...un état de base* » (E1),

« *Après c'est vrai que le panel peut être vachement large* » (E5).

Certains évoquaient cependant en premier des symptômes psychologiques.

Ex : « *un patient qui présente des problèmes d'ordre psychologique [...]dépressif* » (E2).

En s'aidant d'outil diagnostique ou pronostique. Ex : « *On a les tests maintenant, les tests d'Hamilton...* » (E6).

D'autres évoquaient des douleurs chroniques ou des symptômes ou signes qui persistent dans le temps. Ex : « *pour des symptômes douloureux chroniques, pour de l'anxiété plus ou moins*

*généralisée ou sur un retentissement sur la vie quotidienne qui dure plus de 3 mois, je vais poser la question* » (E3).

D'autres exprimaient le fait que même si ces symptômes ont une cause organique, le fait qu'ils persistent dans le temps peut faire évoquer un psychotraumatisme. Ex : « *Des troubles du sommeil, de l'anxiété, des douleurs, qui peuvent être dues à une arthrose ou une cheville entorsée et sur lequel quelque chose de peut-être résiduel s'enkyste quoi* » (E3).

### B.ii Le syndrome de stress post-traumatique

Les symptômes de syndrome de stress post-traumatique étaient aussi recherchés ou en tout cas faisaient évoquer lors de la consultation un psychotraumatisme. Ex : « *...l'état de stress post-traumatique quoi... des sursauts, des cauchemars...* » (E1).

## C- Conséquence d'une démarche active

Pour beaucoup c'était une démarche diagnostique active, c'est-à-dire qu'il fallait d'une part y penser mais d'autre part une fois que le médecin y pensait s'investir émotionnellement, investir du temps pour rechercher d'autres signes, les causes. Cette démarche demandait aussi une vision globale du malade dans ses dimensions familiale, professionnelle....

Ex : « *Je pense que si je vais le chercher j'en trouve souvent, en fait* » (E3),

« *Si on le cherche on le trouve, euh quand on commence à chercher* » (E1).

Parfois cette démarche de recherche devait être différée dans le temps.

Ex : « *Et d'ailleurs ce n'est pas forcément au moment de la crise je pense, d'aller chercher le pourquoi du comment parce qu'il faut faire céder la crise.* » (E1).

## D- Difficultés/freins au diagnostic

Il y avait une difficulté à penser au diagnostic mais pas forcément à faire le diagnostic une fois que le médecin y pensait.

Ex : « *Si la situation nous dit de penser* » (E1).

Avec une notion que même en y pensant il y a aussi une volonté ou peut-être une inconscience à ne « *pas chercher* ». Avec des verbatims d'incertitude (hésitation, interrogation), de contrainte.

Ex : « *Euh...du coup des fois je me demande si on cherche pas exprès...enfin ... on veut pas chercher parce qu'on veut pas se débrouiller la situation derrière* » (E1).

Ce manque de recherche était expliqué par certains par différentes raisons décrites ci-après.

### D.i Une appréhension du médecin

Certains médecins exprimaient une appréhension à parler de situations traumatiques ou en rapport à un psychotraumatisme. Des verbatims de peur, de communication, d'inaction, de souffrance, d'enfance étaient alors retrouvés.

Ex : « *...euh déjà la première chose, c'est des situations qui ne vont pas être évidentes à parler !* » (E1).

Pour certains cela pouvait être la peur de conséquences néfastes pour le patient. Ex : « *euh ça peut être extrêmement dangereux ; on peut faire des grosses bêtises qui peuvent avoir des conséquences gravissimes* » (E2).

Les causes de cette appréhension ont été difficiles à explorer lors des entretiens car les médecins changeaient de sujet très souvent à l'abord de cette question. Cependant lors de la présentation du sujet de la thèse plusieurs médecins ont demandé s'il était sujet du psychotraumatisme du médecin ou du patient.

### D.ii Le manque de temps

Dans le cadre de l'urgence un médecin évoquait comme frein à la recherche du diagnostic, le temps qui manque.

Ex : « *euh si on cherche un peu, on trouve, on lève des lièvres vraiment...vraiment souvent. Mais, c'est hyper chronophage. Parce que tu dois gérer la crise* » (E1),

« *...mais là on a pas le temps* » (E2),

« *Tu peux pas donner 30 minutes à tout le monde ou voire plus...* » (E4).

Un frein au diagnostic pour certains médecins était le temps perdu à rédiger un rapport de certificat de coups et blessures. En effet dans ce cadre qui décrit souvent un événement traumatique, le médecin se concentre sur son certificat et non sur les conséquences possibles sur le patient. Des verbatims de la loi, de la norme et de la contrainte étaient retrouvés.

### D.iii Une expression clinique difficile à cerner

La difficulté du diagnostic était retrouvée dans le discours de tous les participants avec une expression clinique toujours difficile à cerner même si certains symptômes évoquaient au moins l'étiologie psychologique. Les verbatims de la difficulté, de l'incertitude, du ressenti et de l'attention étaient présents.

Ex : « *...pas facile comme question...j'ai du mal...pourtant on a ... il semble que...euh, ça doit être un tout, une attitude* » (E1),

« *tous ces symptômes du psychosomatique [...]des symptômes qui sont connotés avec un lien psychologique, comme l'eczéma[...]* » (E1).

#### D.iv Le manque de verbalisation par le patient

Un autre évoquait le manque de verbalisation du patient qui rendait difficile le diagnostic.
Ex : « *en fait on a un patient qui n'arrive pas à verbaliser systématiquement et dans ce cas-là c'est beaucoup plus compliqué* » (E2),
« *Je dirais que c'est rare que ça soit de la simple verbalisation...* » (E9).
Pour certains ce manque de verbalisation était expliqué par le coté péjoratif d'un trouble psychologique ressenti par le patient. Ex : « *...parce que du coup on dit que c'est ma tête qui ne va pas donc ça c'est un peu négatif...* » (E7).

Ce manque de verbalisation était aussi associé aux enfants par plusieurs participants. Ex : « *Sinon un enfant ça a beaucoup plus de mal à verbaliser.* » (E11).

## 3.3.2- Dépistage

Le dépistage est un rôle important du médecin généraliste. Les différents participants ont évoqué des difficultés à sa réalisation. Le dépistage était abordé uniquement sur le dépistage de traumatisme et non sur celui des signes ou symptômes de psychotraumatisme. Ces derniers étaient recherchés uniquement une fois la détection d'un ou plusieurs événements potentiellement traumatisant.
Ex : « *Après je vais chercher[...]quand [...] il y a vraiment un cortège très riche de symptômes* » (E7).

Deux notions étaient abordées plus fréquemment lorsqu'il a été sujet du dépistage de psychotraumatisme : l'enfance et le temps.

#### A- L'enfance

Il était difficile pour certains médecins généralistes de le dépister dans cette population. Les verbatims de temporalité, de norme et jugement et de contrainte étaient retrouvés.

Ex : « *...c'est délicat parce que c'est vachement délicat euh d'aborder ça avec les parents...* » (E10),

« *Ça serait plus avec les enfants, aujourd'hui je ne serais pas à l'aise pour euh aborder le sujet sans m'immiscer trop, sans que les parents aient l'impression qu'il y ait un jugement.* » (E7),

« *Les ados c'est encore plus compliqué à gérer...* » (E11).

### B- Le temps

Le temps était perçu par certains comme un obstacle à la détection. Ex : « *donc faut gagner la confiance, attendre le moment propice voire parfois l'événement euh...un peu tard...* » (E11).

## 3.3.3- Prise en charge thérapeutique

### A- Écoute du médecin généraliste

Certains mettaient l'accent sur l'écoute qui était thérapeutique et exprimaient ses limites. Ex : « *la seule chose qu'on peut faire c'est l'écoute quoi. C'est déjà pas mal ![...] c'est ça qui est thérapeutique quoi !* » (E10).

Un autre participant exprimait le fait que par l'écoute il était aussi thérapeutique mais avec une part plus ou moins importante d'inconscience. Des verbatims d'inconscience étaient retrouvés.

Ex : « *Après peut-être qu'on fait la prise en charge d'un psychotraumatisme sans le savoir hein ?* » (E5).

### B- Temporalité

Une notion de temporalité aussi dans la prise en charge qu'elle soit diagnostique mais aussi thérapeutique était exprimée.

Un participant estimait qu'il faut prendre le temps au moins de cerner le problème pour mieux adresser ensuite. Ex : « *euh le temps on doit le prendre [...]donc c'est pas un problème* » (E11).

L'expérience jouait : Ex : « *je pense avec quand même d'expérience et je suis assez...comment dire, j'essaye d'être à l'écoute des gens à ce niveau-là* » (E11).

Certains estimaient qu'ils n'avaient pas le temps de la prise en charge thérapeutique en pondérant que s'il y avait quelque chose d'urgent à traiter ils pouvaient être là. Ex : « *alors j'ai pas le temps de le faire c'est-à-dire que j'essaie de voir le degré de gravité.* » (E10).

Certains médecins décrivaient ne pas avoir le temps de prendre en charge ces patients.
Ils proposaient cependant toujours à ces patients une prise en charge psychologique ultérieure.
Ex : « *Après on propose derrière des prises en charge psychologiques...* » (E1).

### C- La particularité de l'enfant

Certains participants ressentaient une difficulté auprès des enfants et déléguaient à d'autres professionnels de santé. Ex : « *Euh...bah parfois on y arrive pas, on est obligé de se faire aider* » (E11),
« *c'est vrai que je leur pose la question mais après la prise en charge est difficile donc j'essaie de les orienter quoi.* » (E10).

### D- La particularité de la personne âgée

Un participant évoquait l'inaccessibilité de soins psychologiques pour les personnes à mobilité réduite notamment les personnes âgées mais aussi le refus très fréquent de la prise en charge par le patient.

### E- Méfiance des patients

Il y avait difficulté pour certains participants de convaincre des patients de prendre en charge cette maladie. Ex : « *Le plus dur c'est de persuader les gens qu'il y a un intérêt à faire quelque chose* » (E11).

Il y avait selon certains, une méfiance des patients vis à vis de la psychiatrie. Ex : « *...pas toujours accepté puisque le psychiatre c'est pour les fous* » (E9).

## F- La délégation à un spécialiste

Tous les participants évoquaient la notion d'incompétence, de limite et de compétence de chaque médecin. Les verbatims des limites, de l'incertitude et d'incompétence étaient présents.
Ex : « *ça va dépendre de chaque médecin généraliste. Soit ils se sentent capables...* » (E5),
« *Nous on est plus des orientateurs que des thérapeutes* » (E2),
« *ma parole empathique ça va pas, ça va peut-être pas suffire...* » (E3),
« *Personne n'a ces outils en médecine générale* » (E10).

## G- Quels « spécialistes » ?

### G.i Le ou la psychologue

Beaucoup considéraient le psychologue comme le professionnel le plus indiqué. Ex : « *j'ai essayé de trouver quelqu'un et elle a vu un psychothérapeute et ça change tout* » (E10),
« *j'enverrai assez rapidement vers un psychologue plutôt* » (E6).
Mais tous précisaient l'obstacle de l'argent, du non remboursement :

« *c'est difficile d'adresser au psychothérapeute parce qu'ici les gens n'ont pas d'argent, ils cherchent quelque chose qui soit remboursé* » (E10),
« *C'est le problème quoi, il y a peu de gens qui peuvent* » (E10),
« *Faut que les gens soient motivés pour le faire et le budget* » (E9),
« *Mais ils ont rarement les moyens* » (E8),
« *Le problème c'est que c'est payant !* » (E6).

Un participant évoquait l'inaccessibilité de la psychologue : Ex : « *les délais c'est pas la peine* » (E8).

Quatre participants adressaient leur patient pour de l' Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) à des psychologues formés à cette technique. Ex : « *je les adresse pour faire de l'EMDR* » (E7).

### G.ii Les Centres médico-psychologiques :

Il y avait un contraste entre les différents secteurs de psychiatrie concernant l'accessibilité des Centres médico-psychologiques (CMP) et psychiatres.
Un participant avait un avis péjoratif des CMP : Ex : « *Le CMP ? C'est le bordel...* » (E10).

Avec une notion de délai très long : « *...le CMP [...] les délais sont longs*. » (E8).
Un autre en campagne isolée était satisfait de son CMP de secteur :« *je préfère demander l'avis d'un psychiatre* » (E9),
« *en général j'arrive à avoir un rendez-vous assez rapidement* » (E9).
Un autre participant installé en ville était aussi satisfait : « *parce qu'ici on a un psy au CMP qui est quand même pas mal...* » (E4).

#### G.iii Les psychiatres :

Certains pensaient que ce n'était pas le « boulot » des psychiatres : Ex : « *ils sont à l'écoute et c'est bien, mais c'est pas leur boulot de euh...pff ils font leur boulot quoi...* » (E10).
Certains n'avaient pas confiance. Ex : « *Alors j'ai pas trouvé de psychiatre avec qui euh avoir confiance...* » (E7).
Un participant a fait le lien médicament / psychiatre, perçu comme péjoratif et inadapté à la prise en charge de ses patients.

#### G.iv Pas de distinction psychiatre/psychologue :

D'autres ne faisaient pas clairement la distinction. Ex : « *j'essaye de les faire aider par un soutien psychologique, psychologue, psychiatre...* » (E11),
« *Soit je les adresse à un psychologue, soit je les adresse à un psychiatre* » (E5).

#### G.v Hôpital ou centres rattachés à l'hôpital hors CMP

Un autre participant déclarait pourvoir être en lien avec un service de victimologie et de psychotraumatologie disponible. Il le connaissait et adressait des patients quand il estimait qu'ils en avaient besoin. Ex : « *il y a aussi la victimologie à l'hôpital...sur le nord et Saint Paul, enfin bon il y a des choses.* » (E11).
Certains s'aidaient de centre d'urgences psychiatriques ou de centres spécialisés pour les adolescents ou jeunes adultes. Ex : « *Le CAPAS c'est quand même pas mal* » (E2),
« *je vais leur proposer la maison des ados, la cazado* » (E4).

#### G.vi Les médecines alternatives

Un médecin était lui-même psychothérapeute. Il proposait à ses patients hors cabinet de médecine générale de la sophrologie ou l'analyse bioenergétique. En effet il séparait bien les deux pratiques.

G.vii Yoga/ méditation/hypnose

Une participante proposait le yoga à certains patients, notamment dans le cadre de l'anxiété. Elle a été aussi formée à l'hypnose et l'a proposé à certains patients mais pas lors de symptômes de stress post-traumatique. Elle précisait que l'hypnose a permis que « *certaines choses se sont dévoilées* ». Dans ce cas elle adressait le patient à un psychologue.

### 3.3.4- Prévention

La prévention était abordée par certains médecins mais très peu décrivaient ce qu'ils faisaient en pratique et ce sujet semblait difficile à aborder.

Pour un seul participant qui en parlait, elle était associée à l'enfance et donc à un rapport spécial avec les parents. Des verbatims de difficultés, de communication, de rapport au patient, d'enfance étaient alors retrouvés. Ex : « *Oui la prévention il faut le faire jeune* » (E10).

Le manque de formation était aussi abordé par ce participant. Ex : « *les difficultés elles sont dans la formation qu'on a pas* » (E10).

## 3.4- Rôles multiples du médecin généraliste

### 3.4.1- Approche centrée patient/communication

A- L'écoute

L'écoute était perçue comme un des rôles importants que ça soit pour la détection mais aussi pour la prise en charge globale du patient. Une part prégnante de verbatims de la communication notamment passive avec plus précisément l'« *écoute* » était retrouvée.

Ex: « *et puis au moins il y aura une petite écoute* » (E2), *« c'est vrai qu'il y a besoin d'écoute, il y a besoin de parler...* » (E6).

Outre la dimension d'écoute, laisser le patient parler était pour certains très important.

Ex : « *quand ils sont pas biens de toute façon ils sont contents de revenir parler hein* » (E11).

### B- Le secret médical

La dimension du secret médical était chez plusieurs participants une dimension importante voire indispensable à l'établissement de la confiance et donc de l'écoute du patient.
Ex : « *...le rôle de médecin de famille plus que de médecin traitant est quand même vachement important parce que c'est un endroit qui est privilégié parce qu'il y a le secret médical...* » (E2),
« *Au niveau de l'écoute parce qu'ils peuvent pas dire à la famille parce que c'est des choses difficiles à dire* » (E10).

### C- La confiance

Des participants estimaient que dans la confiance jouaient aussi les dimensions d'expérience et de connaissance des patients. Des verbatims de confiance, de sécurité étaient alors retrouvés.
Ex : « *Ça fait 15 ans que je suis installé, j'ai remplacé dans ce cabinet pendant...10 ans, il y a des gens que je connais depuis 25 ans donc ça créé des liens* ». (E2),
« *...c'est important, c'est aussi important d'avoir s'il y a un lien de confiance avec le patient, c'est important pour ce patient d'avoir un référent, d'être en sécurité* » (E10).

## 3.4.2- Premiers recours/Urgences

L'accessibilité du médecin généraliste permettait l'écoute et la confiance des patients. Ex : « *Le rôle de médecin de famille...est quand même vachement important parce que... c'est souvent le premier recours* » (E2) avec des verbatims de confiance/sécurité, d'écoute et de premier recours.
Dans l'urgence le médecin généraliste avait aussi un rôle car il reçoit les patients parfois avant le service des urgences. Les verbatims de l'urgence, de crise, de gestion étaient alors souvent retrouvés. Ex : « *Ça m'arrive souvent ! Parce que dès qu'ils ont un accident ils viennent ici. Parce qu'on traite les urgences* » (E1),
« *Tu dois gérer la crise* » (E1).
Parfois le médecin généraliste était le seul interlocuteur disponible. Ex : « *Oui surtout à la campagne, il y a personne d'autre qui peut faire ça quoi.* » (E10).

### 3.4.3- Suivi,coordination des soins,délégation

Les participants soulignaient bien aussi le rôle de « *gestion* » du patient. Les verbatims de limites, de « confraternité/médical, collègues, psychologue, adresser » étaient présents chez tous les participants.
Certains exprimaient la limite de leur rôle mais qui était nécessaire pour une meilleure prise en charge. La coordination avec un collègue médecin, psychologue ou autre professionnel de santé était alors abordée par la quasi-totalité des médecins entendus.
Ex : « *je pense pas que ça soit de la fausse humilité mais c'est pour leur dire que c'est pas mon boulot* » (E4),
« *ça va peut-être pas suffire,...j'exprime mes limites* » (E4),
« *je propose toujours une prise en charge à plusieurs avec un réseau...des médecines parallèles...la psychologue...* » (E7).

La possibilité d'une orientation vers un spécialiste était connue par la plupart des participants quel que soit leur mode d'exercice et leur intérêt personnel pour la psychologie ou la psychiatrie. Ex : « *Je les adresse pour faire de l'EMDR* » (E7),
« *j'ai envoyé un certain nombre de patients vers une thérapeute EMDR* » (E9),
« *je suis assez en faveur de l'EMDR ou toutes ces choses-là, en victimologie* » (E11).

La coordination était considérée comme un rôle à part entière, « *un travail quoi...* » (E7), adaptée à chaque patient « *en fonction de si c'est un ado, personne âgée etc.* » (E7).
La notion de suivi était également prégnante notamment suite à un traumatisme. Avec les verbatims de durée, de suivi, d'accompagnement. Ex : « *la femme qu'on continue à suivre derrière, les consultations d'après euh ...on l'accompagne différemment* » (E5).
L'importance d'avoir un réseau adapté et efficace était aussi abordé. Ex : « *parce qu'il y a des psychologues spécialisés dans la prise en charge post-traumatique.* » (E6), « *Après tout dépend des symptômes...* » (E6), « *quand il y a des choses efficaces il faut les utiliser* » (E7).

### 3.4.4- Approche globale

Selon la quasi-totalité des participants les signes faisant évoquer un psychotraumatisme étaient multiples et imposaient lorsque ceux-ci étaient d'allure somatique, un bilan somatique.

Ex : «*il y a vraiment un cortège très riche de symptômes sans étiologie*» (E7), « *de faire un bon check-up sur le reste* » (E7),
« i*l y a des signes somatiques, ah bah oui.* » (E8),
« *ça peut-être juste des manifestations somatiques* »(E10),
« *Mais il faut faire un bilan somatique avant...* »(E9).

De part ces influences sociale, familiale (« *conflits intra-familaux* »), professionnelle, sociétale, religieuse, environnementale, morbide, le ou les psychotraumatismes d'un patient ou patiente nécessitent des compétences minimales généralistes et une vision globale du problème. Cela se retrouvait dans le discours des participants avec des verbatims de compétences, de complexité, des normes.
Ex : « *donc ça fait partie de prise en charge globale qu'on peut faire, médico-psycho-sociale de l'accompagnement...* » (E5),
« *un retentissement somatique, social, éventuellement professionnel, familial…* » (E7),
« *on ne peut pas travailler si on pas eu une vision globale de la petite enfance* » (E10).

### 3.4.5- Dépistage / prévention : deux notions imbriquées

A- <u>Rôle principal du médecin généraliste</u>

Le rôle de dépistage a été abordé par deux participants de manière spontanée. Lors de l'abord de ce sujet aux autres participants ils soulignaient aussi en majorité ce rôle que joue spécifiquement le médecin généraliste. Il y avait même chez certains une notion d'obligation avec des verbatims d'obligation, voire de contrainte, de moralité.

B- Rôle thérapeutique du dépistage

Dans le discours des participants était parfois mentionné le dépistage de la cause du psychotraumatisme avec des verbatims d'action (« chercher ») d'obligation (« il faut »), de doute mais aussi de communication.

Ex : « *il faut retrouver ce traumatisme. On peut rester sur des dépressions et traiter toujours la dépression mais euh...*» (E9),

« *très souvent dans mes questions est-ce qu'il y a quelque chose qui peut justement l'expliquer* » (E2).

La notion d'acte thérapeutique passif voire actif dans le dépistage de situations pouvant entraîner un psychotraumatisme ou en être la cause était aussi abordée.

Ex : « *...alors j'essaie de leur faire parler des trucs en me disant que si euh..s'il arrivent à parler du phénomène et bin normalement c'est réglé (rires)* » (E1).

## 3.4.6- Le professionnalisme

Dans certains entretiens sans en utiliser le terme littéral, a été abordé le professionnalisme.

En plus du secret médical vu plus haut, plusieurs participants ont évoqué la formation professionnelle. Se retrouvaient les verbatims de formation, de compétence. Ex : *« Il y a des formations. c'est à nous de,.d'y aller »* (E1).

Certains évoquaient leur humilité et une certaine honnêteté dans le rapport avec le patient. Ex : *« je vais te faire un courrier parce que je ne sais pas comment gérer ça donc faut aller voir au CAUMP »*(E2).

Quelques-uns évoquaient une motivation, une recherche de *« mieux [...] faire »*. Ex : *« donc c'est vrai qu'il vaut peut-être mieux savoir en faire quelque chose plutôt que de poser la question et de minimiser une situation »* (E3),

*« c'est vrai que quand on les suit, généralement j'essaie de leur donner des créneaux où ils peuvent venir pour qu'on puisse en parler un petit peu »* (E6),

*« quand j'estime que c'est urgent en général j'arrive à avoir un rendez-vous assez rapidement »* (E9).

# 4-Discussion

## 4.1- Définitions

### 4.1.1- Nosographie du psychotraumatisme : pas de définition univoque

Dans cette étude, en effet les définitions n'étaient pas les mêmes selon les participants. Cela se retrouvait dans la littérature, qu'elle soit d'aujourd'hui ou plus ancienne. Comme suivent, quelques exemples pertinents permettent de révéler ces pluralité et évolution des définitions. Elle a au cours du temps beaucoup changé et fait débat (12, 13). Depuis l'antiquité jusqu'au 17ème siècle le psychotraumatisme a été décrit. Dans l'Iliade, Homère faisait déjà référence aux horreurs de la guerre, aux angoisses résultant des combats. Hippocrate dans « le traité des songes » en 400 avant Jésus-Christ évoquait les cauchemars de batailles au cours desquels les soldats revoyaient les combats auxquels ils avaient participés. Du 17ème au milieu du 19ème siècles il était décrit dans des récits sur la révolution française et les guerres d'Empire. Au 18ème siècle, sous l'impulsion de Philippe Pinel et d'Etienne Esquirol, l'étude clinique des traumatismes psychiques consécutifs aux guerres d'Empire présentés par les soldats démobilisés allait jouer un rôle central dans la genèse de la psychiatrie (14). Le champ de cette nouvelle discipline médicale circonscrivait la folie comme une maladie, ce qui permettait de la considérer curable. Ces derniers regroupaient les troubles psychotraumatiques des combattants sous la dénomination générale de vésanie ou d'aliénation mentale.

En Europe, le terme de « traumatisme » pour désigner le psychotraumatisme venait des chirurgiens qui étaient les premiers à prendre en charge les patients traumatisés qu'ils soient physiques mais aussi ceux non atteints physiquement. À l'exemple du chirurgien londonien John Eric Erichsen (1818-1896), inventeur en 1866 d'une entité nouvelle qu'il dénomma le « *Railway spine* », ces premières modélisations insistaient sur le rôle de la commotion causée par la violence de l'accident, et les hypothèses étiologiques portaient principalement sur le mécanisme d'action du choc et sa diffusion à la moelle épinière, puis plus tard au cerveau. Au 19ème siècle l'étude de ces « traumatismes » était développée ensuite par les neurologues. Le passage de la chirurgie à la neurologie permit de mieux faire la part des choses entre les troubles renvoyant à une commotion physique et ceux expressifs d'un choc émotionnel

affectant le fonctionnement du système nerveux. Les névroses allaient alors se substituer au traumatisme chirurgical (12).

Les termes ont donc évolué avec les théories au cours du temps et fonction des interprétations: « névrose d'effroi » (Pinel, 1809), « névroses traumatiques » (notion créée par Oppenheim en 1889, repris par J. Crocq), l' « hystéro traumatisme » de J-M Charcot (12).

Au 20ème siècle, les deux guerres mondiales, les guerres post-coloniales allaient permettre de nouvelles théories et prises en charge par les médecins et psychologues des patients. Aux États-Unis, le terme d'« état de stress post-traumatique » (ESPT) a été introduit pour la première fois seulement en 1980 dans la 3ème édition du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition » (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980) sous l'impulsion des vétérans américains de la guerre du Viêt Nam (13). Cette définition fait depuis débat. D'ailleurs, la définition du DSM varie elle-même au cours des éditions mises à jour. La dernière version (DSM 5) (annexe 4) a été publiée en 2013. En Europe, des psychiatres, comme L. Crocq et L. Bailly, ont proposé le terme plus générique de « syndrome psychotraumatique » (Bailly, 1996) (15).

En 2016, le Collège National des Universitaires de Psychiatrie français (16) ne mentionne pas dans son référentiel le terme de « psychotraumatisme ». Cependant il définit l'ESPT comme la survenue de symptômes caractéristiques persistant plus d'un mois à la suite de l'exposition à un événement traumatique.

L'événement traumatique est défini comme un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacés de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles. L'exposition peut se faire de différentes façons : en étant directement victime, en étant témoin direct, en apprenant que cela est arrivé à un proche ou dans un cadre professionnel avec exposition répétée.

Ces symptômes caractéristiques sont : le syndrome de répétition (reviviscence, cauchemars...), le syndrome d'évitement, l'hyperactivation neurovégétative (trouble du sommeil, hypervigilance...), l'altération négative des cognitions et de l'humeur.

D'autre symptômes peuvent y être associés comme une souffrance cliniquement significative ou un altération du fonctionnement social ou professionnel (16).

Certains psychologues et psychiatres utilisent actuellement le terme de syndrome psychotraumatique afin d'appuyer la distinction entre le stress physiologique à un traumatisme

et le syndrome psychotraumatique « véritable blessure de l'appareil psychique à l'origine du développement de la pathologie » dont la définition se rapproche de l'ESPT (15).

### 4.1.2- Une base qui semble consensuelle cependant

Dans cette étude cependant, se dégageait une base consensuelle de la définition exprimée par les médecins participant qui se retrouvait aussi dans la littérature dans le domaine de la psychologie ou de la psychiatrie (17). A savoir que des patients auraient des signes cliniques qui font suite à un événement brutal ou répété traumatisant.

Ce qui faisait la différence entre les définitions qu'elles soient issues de la littérature ou des médecins de l'étude étaient les caractéristiques du ou des traumatismes et des signes cliniques en lien à ces traumatismes.

Comme vu dans les résultats de l'étude selon les participants, des symptômes spécifiques pouvaient être retrouvés tout comme un cortège de symptômes moins spécifiques.

### 4.1.3- L'incertitude partagée par tous

Comme précédemment vu dans les résultats l'incertitude était prégnante parmi les médecins participants. Elle était peut-être due au fait que les définitions sont complexes et changeantes. Faisant débat dans la communauté des psychiatres, psychologues, il n'est pas étonnant qu'elle ne soit pas évidente pour les médecins généralistes. Cependant les points consensuels qu'ils exprimaient étaient pertinents et en accord avec la littérature et a priori la réalité clinique en tout cas du point de vue des soignants spécialistes.

### 4.1.4- Les représentations singulières

Les représentations singulières étaient également pertinentes car retrouvées toutes dans les critères du DSM-5 (annexe 4) ou des psychologues et psychiatres. « Le blocage intellectuel »

évoqué par un participant pouvait faire penser à la dissociation évoquée par les psychiatres ou les psychologues. La notion de vulnérabilité ressentie par le patient au moment du traumatisme est décrite dans le DSM-5 (critères A) (annexe 4). L'importance de l'enfance est fondamentale en psychanalyse notamment mais également retrouvée en psychologie, en psychiatrie et dans le DSM-5. Les troubles du lien d'attachement dont la théorie a été élaborée par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby (« Attachement et perte vol 1 et 2 ») après les travaux de Winnicott, Lorenz et Harlow sont aussi connus et utilisés par les psychiatres et psychologues d'aujourd'hui. Une étude expliquait la forte probabilité d'augmentation du risque de développer un ESPT si un enfant était atteint de trouble du lien d'attachement (18). De même, il a été établi qu'un trouble du lien d'attachement entraîne un risque plus élevé de développer un syndrome dissociatif, une dépression, de l'anxiété. Ces derniers sont souvent associés à un ESPT (18).

La temporalité avec la notion de symptomatologie aiguë et chronique apparaît aussi dans le DSM-5 (critère B et F et « manifestations différées ») par exemple.

Les représentations qui ne peuvent être résumées par une seule définition sont donc pertinentes de la part de ces médecins généralistes. En pratique reste cependant à déterminer si cette représentation est bénéfique pour le patient. Aident-elles à une prise en charge adaptée des patients ? D'où l'abord du sujet de la prise en charge de cette pathologie par le médecin généraliste.

## 4.2- Prise en charge du psychotraumatisme

### 4.2.1- Prise en charge diagnostique

Les participants ont tous abordé la problématique du diagnostic, intimement liée à la question des représentations qu'ils ont du psychotraumatisme.

Comme le décrit le DSM-5 (annexe 4) et le Collège National des Universitaires de Psychiatrie français (16), le psychotraumatisme exprimé par un ESPT est défini par notamment des symptômes. Dans l'étude « *étude des Eléments de Consultation en médecine générale » (*ECOGEN) il est décrit que le patient consultait son médecin généraliste dans environ 43 % des cas pour des symptômes (19).

## A- Les symptômes psychologiques :

Selon les médecins participant les symptômes leur faisant évoquer un psychotraumatique étaient principalement d'ordre psychologique et certains les précisaient notamment en décrivant l'ESPT. Des études épidémiologiques en Europe (ESEMeD, 2003) et en France (SMPG, 2003) constataient également qu'environ 30 % de la population ont déjà été confrontés à un événement traumatique, ainsi que 1,9 % de personnes présentaient un ESPT chronique soit en France respectivement presque 20 millions et 122 000 de personnes (4, 5). Ces études constataient également que l'ESPT était fréquemment comorbide, c'est à dire plus souvent associé que ne le voudrait la loi du hasard à une autre pathologie :

-un épisode dépressif : 39,1 % des cas de patients atteints d'ESPT

-une dépression récurrente : 17,5 %

-trouble anxieux généralisé : 61,5 %

-trouble panique : 18,6 %

-une phobie sociale : 15,9 %

-des troubles liés à l'alcool : 13,5 % ou autres drogues : 11,4 %

-et surtout à un risque suicidaire : 30,9 %

Deux de ces principales comorbidités n'étaient pas du tout abordées par les participants à savoir les troubles liés à l'alcool ou aux drogues et le risque suicidaire.

Concernant l'alcool, considérant la problématique de l'alcool à l'île de La Réunion pourvoyeuse de violences notamment familiales, il est facile de comprendre le cercle vicieux engendré. En effet selon une étude sur *« la situation sanitaire et enjeux sanitaires à l'île de La Réunion en 2005 »* (20) « La consommation moyenne est de 8 l/habitant/an en 1994 (versus 11,7 l/habitant/an en métropole). Cette consommation moyenne d'alcool inférieure à celle de la métropole s'expliquerait par le fort pourcentage d'abstinents à l'île de La Réunion (41 % versus 28 % en métropole), une partie de la population ayant alors une surconsommation importante. Cette surconsommation est à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées : on meurt deux fois plus de maladies mentales (psychoses alcooliques) et de cirrhoses du foie à l'île de La Réunion qu'en métropole. ».

Il est donc frappant de constater qu'aucun lien n'ait été fait avec l'alcoolisme par les participants dans cette étude.

Le risque suicidaire étant un problème de santé majeur, il doit s'inscrire dans une véritable préoccupation de santé publique du fait de sa gravité et de son accessibilité à des soins structurés et efficaces, tant psychothérapique que pharmacologiques (21). Aussi, il est étonnant de constater que cette dimension n'est pas abordée par les participants.

Le psychotraumatisme peut aussi avoir des conséquences somatiques, familiales, sociales, relationnelles, économiques (21). Les participants n'abordaient pas réellement les conséquences d'un psychotraumatisme en dehors des symptômes décrits plus haut. Ils ne parlaient pas du retentissement familial, social, relationnel ou économique. D'où l'importance sur tous ces points de vue de détecter et prendre en charge cette pathologie.

## B- Les symptômes somatiques

Certains symptômes n'ont pas d'aspect a priori psychologique mais bien somatique.

Dans la thèse de Marion Bergeret (8) qui a analysé en 2014 les attentes et ententes de patientes suivies en unité de psychotraumatisme pour inceste, les patientes interrogées estimaient en majorité que la place du médecin généraliste était de nouer l'origine d'une symptomatologie physique récurrente, incomprise, sans étiologie organique retrouvée, à un psychotraumatisme ancien.

Dans cette étude, les participants médecins partageaient en majorité cet avis. Ils évoquaient ce lien après un temps de recherche étiologique revenue négative. Là encore, une notion de temps était perçue.

## C- Chez l'enfant

Certains participants exprimaient clairement la difficulté de prise en charge diagnostique chez l'enfant. Et même au sein de cette population une vraie différence selon les âges était ressentie.

Ex : « *...après il y a dans les enfants il y a les ados, les plus petits euh.... les ados c'est encore plus compliqué...* » (E11).

Ceci est confirmé dans la littérature. En effet dans le « Bulletin de psychologie » en 2006 (22) la revue de la littérature « L'état de stress post-traumatique chez l'enfant : questions autour de la description diagnostique » concluait que l'étude du traumatisme dans l'enfance, en dépit des progrès réalisés, posait encore de nombreuses questions et il s'agissait de préciser davantage la description diagnostique de l'ESPT pour cette population et de spécifier les réactions de stress post-traumatiques en fonction des différences développementales liées à l'âge. Il est donc cohérent de penser qu'il y a des difficultés et des connaissances nécessaires pour aborder le sujet auprès des enfants.

Certains participants évoquaient aussi le frein des parents : Ex : « *je ne serais pas à l'aise pour euh aborder le sujet sans m'immiscer trop, sans que les parents aient l'impression qu'il y ait un jugement* » (E7). Le jugement mais aussi la remise en cause des parents, de la famille parfois peut effectivement rendre difficile l'abord de ses sujets en médecine générale.
Une fois la problématique des symptômes abordée venait assez rapidement la question de l'étiologie ou du facteur déclenchant, en d'autres termes le ou les traumatismes et la problématique du dépistage.

### 4.2.2- Dépistage

Le diagnostic de psychotraumatisme peut se faire par le dépistage ou lorsqu'un ou plusieurs signes cliniques font évoquer le psychotraumatisme. Le dépistage peut rechercher un traumatisme dans le passé du patient mais aussi un signe évoquant un psychotraumatisme. Les participants ont tous évoqué la difficulté à penser au psychotraumatisme. Cela semble d'autant plus difficile quand le patient vient sans symptôme. Selon l'étude ECOGEN (19) il est mentionné qu'en médecine générale un patient consultait dans 50,2 % des cas pour autre chose qu'un symptôme ou plainte.
En revanche dès que les médecins participant pensaient au psychotraumatisme, il était plus facile de le détecter. Le diagnostic est donc fruit d'une démarche active particulière que les participants décrivaient bien, le psychotraumatisme de par sa nature n'étant que très peu verbalisé.
« *en fait on a un patient qui n'arrive pas à verbaliser systématiquement et dans ce cas-là c'est beaucoup plus compliqué* » (E2), « *Je dirais que c'est rare que ça soit de la simple verbalisation...* » (E9).

Dans le cadre du dépistage sans qu'il n'y avait de signe clinique évoquant un psychotraumatisme comme motif de consultation, les participants le pratiquant ne recherchaient que les événements potentiellement traumatiques (école, famille, ressenti de « *mort ou de menace* ») et non la recherche de symptômes de psychotraumatisme (par exemple des cauchemars, des phobies...).
Pour cela il fallait connaître les symptômes et signes devant faire évoquer le psychotraumatisme. En effet comme précédemment vu, le suicide et les addictions n'ont pas

été abordés alors que fortement associés au psychotraumatisme (à l'ESPT plus précisément). Concernant les addictions la méta-analyse sur l'« État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance » (23) évoquait plusieurs raisons pour expliquer cette situation. La première était la croyance des cliniciens en la primauté du trouble addictif par rapport aux autres troubles. Venait ensuite le manque de sensibilisation par rapport à cette relation et la minimisation de l'ESPT. L'inconfort des professionnels à aborder le traumatisme avec les personnes qu'ils suivaient en traitement est une autre raison.

Le manque de formation ou la croyance que le traitement de l'ESPT exigeait des compétences hors du commun sont également mentionnés.

Une étude en 2001 en Israël a montré que les médecins généralistes ne recherchaient que très peu dans l'histoire du patient les signes d'ESPT et n'en détecteraient que 2 % (24).

## A- Une appréhension du dépistage chez le médecin

Un participant évoquait le fait d'être délétère pour le patient à faire cette recherche dans certains cas notamment chez les enfants. En effet sont décrits des reviviscences (dans les critères B du DSM-5 par exemple) lorsque le souvenir du traumatisme est rappelé au patient. Donc l'abord du sujet pour un patient symptomatique est souvent délicat et demande du temps.

Cette vision de médecin généraliste n'était pas partagée a priori par les patients atteints de maltraitance dans leur enfance ou de violences sexuelles.

Dans la thèse de Fanny Lestienne (9) étudiant les attentes des patients victimes dans leur enfance de maltraitance, envers leur médecin généraliste, les patients avançaient l'importance du dépistage dans l'enfance, le plus tôt et le plus fréquemment possible. C'était pour eux un rôle important du médecin généraliste.

La thèse de Marion Bergeret (8) a montré que ce qu'attendaient les patientes étaient le rôle de détection, de recherche de traumatisme et de premier recours, qui leur paraissaient indispensable pour un médecin généraliste. Une patiente avait même révélé qu'elle attendait les questions de la part de son médecin, parce qu'elle n'osait jamais en parler spontanément.

Ces discordances montrent qu'il faudrait que les médecins généralistes soient plus informés de ces attentes afin de les encourager au dépistage.

## B- Le temps, facteur limitant ?

Le médecin généraliste est accessible et peut donc être très sollicité. Mais le psychotraumatisme comme beaucoup de participants l'ont abordé, demande parfois une confiance et du temps. La confiance ne demande non pas forcément du temps de consultation mais se fait à moyen, long terme au cours de l'histoire du patient. C'est ce qui fait le propre du médecin généraliste de par sa fonction de gestion globale de la santé du patient.

Dans la thèse de Marion Bergeret (8) concernant l'écoute, toutes les patientes parlaient de la nécessité d'une écoute totale, d'une mise en confiance, d'une patience palpable, la nécessité d'écouter sans interrompre, d'où la nécessité abordée par les participants médecins d'avoir du temps ou plus précisément d'être disponible. Les patientes ont exprimé aussi l'importance du temps. Dans six entretiens sur dix, un des facteurs primordiaux cités pour une bonne prise en charge par le médecin généraliste, voire une révélation de la patiente, restait le temps. Toutes déclaraient que l'élément limitant pour pouvoir parler librement en consultation de médecine générale, c'était d'imaginer la salle d'attente pleine, et le peu de temps imparti pour leur propre consultation.

Certains participants de notre étude évoquaient également le temps comme frein principal à une bonne prise en charge et à la détection des psychotraumatismes. Ces participants n'étaient pas associés forcément à une activité importante. D'ailleurs le participant ayant la plus grosse activité de l'échantillon n'évoquait pas le temps comme étant un frein et disait toujours trouver le temps pour les patients le nécessitant.

La question qui en ressort est : est-ce une « perte de temps » de détecter un psychotraumatisme chez un patient ? Certains médecins semblaient suggérer que l'écoute, la détection de psychotraumatisme et éventuellement sa prise en charge demandaient un investissement personnel mais aussi de temps qui dans un contexte de « pression » au travail (salle d'attente pleine) auraient été délétères pour le patient.

Cependant des études ont montré une efficacité de certaines prises en charge sur l'ESPT et ses comorbidités : dépressions, le trouble panique ou anxieux, sur le risque suicidaire (25). Sa détection et sa prise en charge réduiraient ses comorbidités et symptômes que le médecin généraliste gère et donc leur libéreraient du temps. Cela correspond aussi aux attentes des patients (8, 9)

Mais en pratique encore faut-il que la détection soit facile. Il faut aussi une fois la détection faite, que les suites soient simples pour le médecin. En effet certains participants évoquaient la difficulté de la prise en charge thérapeutique qu'elle soit faite soit par eux-même avec toutes

les limites abordées soit lors d'une délégation à un spécialiste. Se pose la question de quand le médecin généraliste doit déléguer la prise en charge et se coordonner avec un autre professionnel. La nécessité d'un réseau performant, communicant, disponible et accessible semble être la clé pour qu'en amont la détection se fasse par le médecin généraliste.
Comme solution à ce problème un participant évoquait également une cotation et revalorisation spécifique de ces actes.

### C- Ambiguïté spontanée autour du public concerné par les psychotraumatismes : l'histoire du médecin, facteur limitant ?

Quant à l'investissement personnel beaucoup de médecins s'étaient posés la question du sujet de la thèse au moment où il leur était présenté à savoir : qui était atteint par le psychotraumatisme ? le médecin ou les patients ?
En effet comme l'évoquait un participant « *la profession médicale en général [...] est forte pourvoyeuse de burn out. Est-ce que c'est pas un psychotraumatisme dû à la charge émotionnelle ?* » (E5).
Le critère A4 du DSM-5 (annexe 4) de la classification de l'ESPT indique la dimension d'exposition « de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant » (par exemple, premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants). Les médecins y sont donc effectivement confrontés.
Une étude sur le syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes précisait que ce syndrome apparaissait comme une réalité. La qualité de vie des praticiens qui en étaient victimes semblait significativement altérée et la littérature indiquait que des conséquences néfastes sur la santé de leurs patients pourraient en découler (26).

### 4.2.3- Prise en charge thérapeutique : coordination avec quel spécialiste ?

La question qui va suivre est : quelle est la prise en charge thérapeutique efficace du psychotraumatisme ?
Est-ce qu'un savoir faire par le médecin généraliste de cette prise en charge est nécessaire pour le patient ?
La totalité des médecins répondaient clairement non, et que la coordination avec un spécialiste était rapidement indiquée. Ils évoquaient cependant l'écoute comme une démarche diagnostique préalable mais qui était essentielle à la thérapeutique. L'écoute a effectivement une dimension thérapeutique mais qui selon eux ne suffisait pas, en tout cas la plupart du temps. Ils considéraient donc que l'un des rôles du médecin généraliste était effectivement de connaître ses limites et donc de savoir déléguer certaines prises en charge thérapeutiques.

Il n'y avait pas de revendication à prendre en charge thérapeutiquement.

Une coordination avec un spécialiste ou à plusieurs présentait plusieurs obstacles selon certains participants. L'un d'eux était la méfiance de certains patients quant au diagnostic d'une part dont le patient pouvait avoir honte, et d'autre part de consulter un spécialiste avec souvent une connotation de folie, avec une certaine honte ou bien un sentiment que la consultation chez ce spécialiste était inappropriée.
Un autre obstacle était celui de la disponibilité très tardive de certains spécialistes ou centres de santé.

#### A- Les psychiatres et psychologues

La population de psychiatres à l'île de La Réunion était plus faible qu'en France entière en 2018 avec 1 psychiatre pour 5 923 habitants contre 1 pour 4 367 habitants respectivement (source 2018 du Ministère des solidarités et de la santé) (27). La population des psychologues est aussi plus faible avec 1 pour 1 630 habitants alors qu'en France entière elle est de 1 pour 1 021 habitants (27).
Outre le nombre de professionnels de santé d'autres facteurs sont sûrement en cause (hausse de la demande, activité moins importante des professionnels...) et restent à objectiver.

A l'île de La Réunion le nombre de psychologues et de psychiatres augmentent cependant, passant de 121 en 2013 à 144 en 2018 pour les psychiatres (hausse de 4 %/an environ) et de 406 en 2014 à 523 en 2018 pour les psychologues (hausse de 7 %/an environ) (27). En France entière le nombre de psychologues augmentent aussi de 8 %/an (49 906 psychologues en 2014 contre 65 765 aujourd'hui). Le nombre de psychiatres en France entière augmente plus lentement avec une hausse de 1 %/an de psychiatres (14 619 en 2013 contre 15 388 en 2018).

## B- L'EMDR ou autres psychothérapies

Il a été vu dans les résultats que le spécialiste à être le plus sollicité était le psychologue notamment lorsqu'il avait la compétence de faire de l'EMDR. En effet l'EMDR semble être une des prises en charge thérapeutique validée par la littérature.

Une étude coréenne en 2018 (28) retrouvait une amélioration du score « Clinician-Administrated PTSD Scale » (CAPS) évaluant les signes d'ESPT après un traitement par EMDR en cas d'échec d'un traitement pharmacologique de 12 semaines.

Une autre méta-analyse de 2018 (29) montrait que dans 11 études sur 14 l'EMDR était plus efficace dans ces suites immédiates que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) concernant l'anxiété et les symptômes d'ESPT. Elle ne montrait pas de différence significative à trois mois de suivi dans 4 de ces études. Concernant la dépression l'EMDR et la TCC avaient la même efficacité.

Devant un outil qui paraît efficace, se pose la question de l'intérêt de la formation des médecins généralistes à faire de l'EMDR ou de la TCC et à leur indication. Est-ce envisageable ? Se confronte à cette idée le manque de temps et de l'intérêt à une formation des médecins généralistes.

## C- Hypnose

Concernant l'hypnose un participant évoquait son utilisation pour certains patients. Il avait reçu une formation mais ne l'utilisait pas pour les ESPT. Très peu d'études sur l'effet de l'hypnose sur le psychotraumatisme sont publiées. Une thèse en 2014 (30) a mesuré sur soixante-dix-sept patients souffrant d'un ESPT, l'efficacité de cinq protocoles développés avec les techniques actuelles d'hypnothérapie. Elle a conclu que ses données ont permis de confirmer l'efficacité de l'hypnose sur l' ESPT et les symptômes dissociatifs et anxio-dépressifs avec un maintien des bénéfices à 6 mois.

Cette technique suscite toujours d'importantes critiques avec le risque d'accentuation des symptômes dissociatifs, et d'émergence de faux souvenirs (31).

### D- Méditation/Yoga

Un participant a abordé la méditation et le Yoga comme aide complémentaire. En effet des études montraient un effet bénéfique. Une méta-analyse en 2017 publiée dans la revue clinique de psychologie montrait que sur 19 études randomisées l'ensemble montrait un effet bénéfique faible à modéré sur les symptômes d'ESPT (32).
Un autre article publié en mai 2018 sur 18 vétérans atteints d'ESPT (33) montrait un effet bénéfique du yoga sur des vétérans de guerre sur leurs symptômes d'ESPT.
Ces études pondéraient leurs résultats en signalant que d'autres études avec des échantillons plus importants de patients devaient être menées.

### E- Chimiothérapies

La Haute Autorité de santé (HAS) en 2007 a publié dans son « guide d'Affection psychiatrique longue durée de Trouble anxieux grave » que dans le cas de patient atteint d'ESPT, la paroxétine était la seule molécule ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication. En cas d'échec de la paroxétine, un avis spécialisé était nécessaire : les médicaments utilisés dans l'ESPT (hors AMM) sont les autres ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline) ou les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine). Selon G.Vaiva et P.Lestavel (34) les buts de la chimiothérapie dans l'ESPT étaient multiples : réduction des symptômes clefs (symptômes intrusifs, évitement, hyperréactivité neurovégétative), amélioration du contrôle de l'impulsivité et des manifestations dissociatives, réduction de la comorbidité, amélioration de la qualité de vie par réduction du handicap. Après de multiples études contrôlées et d'essais ouverts depuis près de 20 ans, un consensus se dégage. À côté des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), des antagonistes 5-HT2 et des anticonvulsivants, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) s'imposent comme des traitements de choix à utiliser en première intention (34).
Adresser le patient à un psychiatre qui peut évaluer l'apport d'un traitement médicamenteux peut alors être cohérent. Mais le médecin généraliste pourrait introduire un traitement médicamenteux. Il faut pour cela une connaissance des troubles pour en poser l'indication. Une formation d'une part sur les psychotraumatismes et d'autre part sur les antidépresseurs

semblent indispensables. Les avis étaient partagés quant à l'intérêt de telles formations parmi les médecins de l'étude.

### F- Remboursement du psychologue ?

Le thème du remboursement des consultations des psychologues était abordé par quasi la totalité des participants. Selon eux il y aurait eu un bénéfice net pour beaucoup de patients à l'île de La Réunion à ce que la consultation du psychologue soit remboursée. Au vu des études, en partie sus-citées il paraît en effet qu'elle soit utile pour le patient, pour la société. Le psychologue peut effectivement faire de la TCC, de l'EMDR de l'hypnose qui comme vu précédemment peuvent être efficaces lorsque bien indiqués. Le remboursement permettrait une prise en charge adaptée plus précoce donc plus efficace et probablement aurait un rôle de prévention.

La thèse d'Anne Dezetter (35) en 2012 analysait l'épidémiologie et les données socio-économiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Elle révélait que d'un point de vue purement économique, l'investissement d'un remboursement de séances de psychothérapie dans certains cadres aurait été « rentable ». De plus elle révélait que la France disposait déjà des professionnels compétents à ces prises en charge.

## 4.2.4- La prévention

La prévention aurait deux objectifs : soit ne pas exposer le patient à des traumatismes soit que sa réaction psychologique à un traumatisme ne devienne pas pathologique.

Le premier objectif consiste en la sécurité. Elle peut être d'une responsabilité à plusieurs échelles : personnelle, des parents, de l'État, de la société, mais aussi du médecin généraliste.

Dans la thèse de Fanny Lestienne (9) les patients évoquaient le rôle de prévention des médecins généralistes avec l'importance de parler « du rôle des parents, de ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire », « expliquer à l'enfant à qui il peut se confier ».... Dans le cadre d'une prévention secondaire les patients suggéraient « des lois plus sévères, des enquêtes plus poussées, une prise en charge de la fratrie, une fois placé arrêter de déplacer l'enfant , une surveillance médicale et psychologique des enfants placés ».

Pour le second objectif une bonne prise en charge d'un psychotraumatisme peut rendre moins fragile la victime pour d'ultérieures expositions à des traumatismes. En effet est décrit par les psychiatres et psychologues une vulnérabilité accrue lorsque quelqu'un a déjà subi par exemple des violences sexuelles. De part une réaction psychologique inadaptée ou de part des conduites addictives à risque (alcoolisation) qui rendent plus vulnérables (36). C'est le concept de revictimisation (« revictimization » en anglais). De plus une méta-analyse publiée en 2018 a montré qu'elle pouvait être un facteur de risque de développer un ESPT (36).

De plus la prévention peut concerner la personne potentiellement « traumatisante » afin d'éviter qu'elle passe à l'acte. Cette personne peut être une ancienne victime voire être psychotraumatisée. Cet aspect n'a pas été abordé par les médecins généralistes de l'étude. L'OMS a reconnu en 2010 que la principale cause d'assujettissement ou de perpétration de violences était d'en avoir déjà subi (37).

Pour un participant la capacité à ne pas développer de réaction pathologique à un traumatisme se jouait pendant l'enfance notamment avant deux ans. Il évoquait à ce titre la théorie de l'attachement. Pour lui pour que le psychisme pût réagir normalement et donc sans souffrance à long terme il devait être « éduqué » pendant l'enfance. Cette « éducation » sortait pour lui du champ du rôle du médecin généraliste. Elle serait alors peut-être issue d'un champ plus vaste, certes de l'éducation des parents envers l'enfant mais aussi d'autres facteurs tels que sociaux, environnementaux, relationnels, économiques, sociétaux, personnels, génétiques. Dans ce cadre, le médecin a cependant un rôle de suivi du nourrisson qui peut prévenir certains dysfonctionnements éducatifs, parentaux....

## 4.3- Rôles du médecin généraliste

Dans la revue « Exercer » ont été publiées en 2013 des définitions et compétences des médecins généralistes (38) par 8 enseignants universitaires français de médecine générale. Ils décrivaient la « marguerite » des compétences du médecin généraliste. Les 6 principales compétences font la spécificité du médecin généraliste. Cela se retrouvait dans le discours des participants. Elles étaient les suivantes : l'approche centrée patient et la communication, les premiers recours et urgences, le suivi et la coordination des soins, l'approche globale du patient, le dépistage, la prévention et le professionnalisme .

La notion clé qui semblait lier et permettre à ces 6 compétences d'être utilisées était la confiance. En effet elle paraît indispensable pour la communication, en cas d'urgence et de premier recours, lors de la coordination avec un spécialiste que le patient ne connaît pas, à une prise en charge de sa maladie, et à la confidence.

### 4.3.1- L'approche centrée patient et communication

L'approche centrée patient et la communication sont des compétences qui ressortaient dans les entretiens, notamment en lien avec la confiance.

En 2017 la thèse « Le choix du médecin généraliste et la confiance » de Jean Rossignon (39), montrait un taux de près de 94 % des patients qui avaient une confiance modérée à élevée envers leur médecin généraliste. 57 % des patients avaient une confiance élevée envers leur médecin généraliste. Elle concluait que la confiance envers les médecins généralistes en France était bonne mais pouvait progresser en améliorant, à la fin de l'entretien médical, la prise de décision partagée avec le patient. Ainsi le développement des ateliers de formation à la communication avec les patients et à l'entretien médical devraient être encouragé.

Dans la thèse de Mélanie Bariod (40) « Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle prospective chez les consultants en soins premiers », a été étudiée la confiance envers son médecin généraliste. Sur 785 patients avec comme critère de jugement principal estimée via l'échelle Wake Forest Physician Trust Scale, le score moyen de confiance était de 46,6/50 (plus le score est élevé plus le patient a confiance).

La notion de confiance était bien sûr abordée également dans la thèse de Marion Bergeret (8) par les patientes comme facteur essentiel à une bonne prise en charge. Le secret professionnel était aussi abordé par certains participants comme dimension essentielle à la communication notamment dans le cadre du psychotraumatisme. Il y avait une concordance coté patient dans la thèse de Marion Bergeret (8) où « la notion de secret professionnel s'affirme dans plusieurs entretiens comme élément favorisant la mise en confiance et la libération de la parole. La confidentialité assurée du secret professionnel, dans les représentations des victimes, permet de limiter l'impact de l'annonce. ».

Il est donc évident que la communication est une dimension indispensable. Elle est permise par la confiance qui prend une place toute particulière en médecine générale.

### 4.3.2- Premiers recours

Selon les différents participants, le rôle de premier recours était fondamental en médecine générale. Aucun cependant ne parlait de difficulté à ce sujet ce qui contraste avec la France métropolitaine où l'accessibilité aux soins est remise en cause.

Le code de la Santé Publique dans la loi *« n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires »* (41), précise que *« La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins »* conventionnés. Elle précise et utilise pour la première fois le terme de *« Médecin généraliste de premier recours »* (Art. L. 4130-1 ).

Pourtant, une enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) (42) tendait à montrer l'augmentation du renoncement aux soins : en 2008, 16,5 % de la population française de 18 à 64 ans ont déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières, dont 1,33 % pour les actes de médecine générale, 2,30 % pour les actes de médecine spécialisée. A l'île de La Réunion il n'y a pas eu d'études à ce sujet, le tiers payant généralisé rendant les soins financièrement plus accessibles probablement. En 2005 un travail de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et de l'Observatoire régional de la santé Réunion (ORS) montrait que « compte tenu de la proportion considérable de personnes bénéficiant en 2004 de la couverture maladie universelle de base et complémentaire, respectivement 11,4 % (2,4 % en métropole) et 41 % (7 % en métropole), l'accès aux soins à l'île de La Réunion semble facilité ». A l'île de La Réunion une étude de l'INSEE et de l'Agence régionale de santé Réunion (ARS) (43) ont recensé en 2013 sept cents quatre-vingt-seize médecins généralistes libéraux qui exerçaient sur l'île soit 95 pour 100 000 habitants (en métropole 93/100 000) mais avec une répartition dans l'est moindre avec 81 médecins généralistes pour 100 000 habitants. La présence des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire favorise leur accessibilité. La quasi-totalité des réunionnais résident à moins de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche (95 %) et 80 % d'entre eux à moins de 5 minutes. De plus le dernier Atlas de la démographie médicale en France du Conseil national de l'Ordre des Médecins publié en 2018 recensait une hausse de 1,63 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière de 2017 à 2018 à l'île de La Réunion (contre une baisse de 0,4 % en France entière) (44).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (45) définit les soins primaires et donne une dimension particulière au premiers recours, à l'accessibilité que doit avoir les soins primaires.

Les soins de santé primaires ont pour caractéristiques d'être « scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus […]. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».
Le rôle de premier recours à des soins semble donc indispensable à toute pathologie comme le psychotraumatisme et doit être facilité et accessible pour les patients et les médecins généralistes.

### 4.3.3- Suivi et coordination

Le suivi et la coordination ont été décrits par un participant comme un « *travail* » à part entière et exprimé par d'autres comme un rôle spécifique du médecin généraliste. Ils décrivaient aussi pour la plupart la nécessité d'avoir un réseau disponible, accessible et communicant. Il y avait selon eux des difficultés concernant ce réseau comme abordées dans la partie de la prise en charge.
Une étude qualitative sur 32 médecins généralistes en Norvège (46) montrait les mêmes problématiques. Ils exprimaient un manque de communication entre médecins et qu'il n'y avait pas assez d'aide à la coordination. De plus l'étude concluait à la nécessité d'une compensation qui pouvait favoriser une participation accrue et plus performante à la coordination.
Dans la thèse de Marion Bergeret (8) concernant le suivi et la coordination des soins les avis des patientes étaient disparates. Certaines estimaient que le médecin ne devait pas être au courant de leur suivi ou « *histoires* », d'autres pensaient que c'était indispensable à une bonne prise en charge.

### 4.3.4- La prévention

La prévention était pour plusieurs participants un rôle essentiel du médecin généraliste. Dans l'étude ECOGEN elle apparaissait comme le premier motif de consultation (11 % des motifs

de consultation) (19). Dans le cadre du psychotraumatisme il se révélait cependant difficile pour la plupart des participants de la mettre en œuvre.
Le « Baromètre santé médecins généralistes » en 2009 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (47) a étudié l'avis de médecins généralistes qui déclaraient que pour « mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, plus de 9 médecins sur 10 (91,4 %) apprécieraient d'avoir plus de temps. Pour plus de 80 % d'entre eux, les campagnes d'information grand public et un rôle davantage reconnu en prévention sont des éléments qui leur permettraient de mieux remplir ces missions. Plus de 70 % des médecins citaient d'autres éléments : disposer de supports écrits d'information (78,5 %), avoir bénéficié d'une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique (78 %), pouvoir déléguer certaines activités de prévention (73,5 %). Une rémunération spécifique de ces missions est l'élément le moins cité (cependant 64 %) parmi la liste d'éléments proposés. ».

Les troubles de l'usage de l'alcool n'a pas été abordé alors qu'associés de manière importante au psychotraumatisme. Le trouble de l'usage de l'alcool doit être l'objet de la prévention en médecine générale. Le Baromètre santé (47) montrait que « la facilité à aborder un thème correspond à l'importance que les médecins accordent à leur propre rôle de prévention sur ce thème, sauf à propos de l'alcool. En effet, si les trois quarts des médecins estiment avoir tout à fait un rôle à jouer dans la prévention des troubles de l'usage de l'alcool, ils déclarent que c'est l'un des thèmes les plus difficiles à aborder. »

Si le médecin généraliste est perçu comme un acteur essentiel de prévention, les résultats de ces études montraient qu'il n'agissait pas seul. Les pratiques de prévention, le rôle perçu en prévention et la facilité à aborder différents thèmes de prévention apparaissaient liés au fait de disposer de suffisamment de collaborations dans le domaine de la santé mentale, social...etc. D'où l'importance comme sus-citée du réseau de soins.

### 4.3.5- Le professionnalisme

Le professionnalisme est une dimension qui ressortait dans cette étude comme inhérente à chaque rôle du médecin généraliste. La charte internationale du professionnalisme médical en 2004 (48) mentionnait plusieurs engagements.
Certains étaient abordés dans l'étude comme suit.

### A- Confidentialité des patients

Comme vu plus haut avec le secret professionnel et la confiance, la confidentialité est un thème majeur du professionnalisme en médecine générale.

### B- La compétence professionnelle et la connaissance scientifique

Le thème de la compétence était aussi très souvent abordé dans quasiment tous les entretiens. Presque la moitié des médecins avaient une formation professionnelle sur le thème de la psychologie. Cependant beaucoup pondéraient en disant que les formations n'étaient pas forcément accessibles ou que les rôles du médecin généraliste avaient aussi des limites.

### C- Un engagement envers l'honnêteté à l'égard des patients

Comme précisé dans la charte internationale du professionnalisme médical (48) certains médecins ont abordé ce qui semble indispensable à l'établissement de la confiance, à savoir l'honnêteté à l'égard des patients.

Ont été surtout révélés les compétences et les limites du rôle du médecins qui doivent être expliquées aux patients.

Ex : *« je vais te faire un courrier parce que je ne sais pas comment gérer ça donc faut aller voir au CAUMP »*(E2).

### D- Un engagement envers l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins

Un engagement net envers l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins était retrouvé dans les résultats avec des verbatims de motivation, d'amélioration.

Ils sont un enjeu non seulement médical à l'échelle d'un cabinet médical ou d'un réseau de soins, mais aussi politique et sociétal.

Un article dans la presse médicale en 2009 (49) a évoqué plusieurs facteurs qui contribuent fortement à la qualité de l'accessibilité des soins du point de vue du patient : la disponibilité des structures de soins (accessibilité géographique ou physique, délais d'attente), les règles d'accès (échelonnement ou non, horaires, etc.), les modalités financières dans le cadre de la sécurité sociale, la disponibilité des professionnels de santé, la possibilité de recevoir des soins dans sa langue maternelle. La politique de santé d'un pays peut avoir des conséquences directes sur tous ceux-ci.

Un article de l'IRDES évoquait en 2008 (50) comme l'article mentionné précédemment l'intérêt d'une évaluation de la qualité des soins pour ensuite les améliorer.

Cette recherche d'améliorations de la qualité et de l'accès aux soins a été évoquée par certains participants uniquement à l'échelle de leur pratique et leurs résultats restaient donc modestes.

Seuls l'engagement envers la juste répartitions de ressources limitées et l'engagement envers l'entretien de rapport convenant avec les patients n'ont pas été abordés dans cette étude.

## 4.4- Forces de l'étude

Aucune étude n'a étudié les représentations du psychotraumatisme des médecins généralistes en dehors d'une thèse d'un médecin militaire ayant interrogé et analysé de manière quantitative des médecins militaires (10). Elle permet donc d'ouvrir un champ de recherches ultérieures qu'elles soient qualitatives ou quantitatives à l'île de La Réunion mais aussi de manière plus vaste en France.
La méthode était adaptée au vu de la méconnaissance de la recherche scientifique sur le sujet.
La théorisation ancrée est une méthode qualitative d'étude particulièrement adaptée pour étudier des phénomènes peu connus voire inconnus. Initialement utilisée en anthropologie, sociologie, ou en psychologie, elle prend sa place depuis quelques années en médecine et notamment en médecine générale. Elle a permis dans ce travail de présenter le vécu, l'expérience et le ressenti des participants mais aussi dans son analyse, d'explorer les émotions, les sentiments des médecins, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. La recherche qualitative est en médecine générale de plus en plus utilisée dans la littérature scientifique. Elle bénéficie d'une promotion par les groupes de médecins généralistes notamment par le GROUM.F (GROupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone). Elle est décrite comme une méthode adaptée pour étudier et comprendre les problématiques de santé et les déterminants de soins spécifiques à cette spécialité, que la méthode quantitative ne peut entièrement aider à expliquer.

La proportion des hommes et femmes de l'échantillon (45,5 % de femmes et 54,5 % d'hommes) était proche de celle recensée par le Ministère des solidarités et de la santé (37% de femmes et 63 % d'hommes à l'île de La Réunion en 2018) (27).

La saturation théorique des données a été obtenue.
Les entretiens ouverts ont permis une expression plus libérée, moins orientée que ne l'aurait fait un questionnaire fermé. Le rapport jeune interne contre médecins installés plus expérimentés a pu éviter un sentiment d'évaluation des médecins interrogés.
L'échantillonnage raisonné a permis d'approcher une variance acceptable.

Le codage (notamment en triangulation) a permis de prendre du recul et une certaine objectivité sur l'analyse du discours des participants.

## 4.5- Limites

Cette étude comportait également des limites. Certaines inhérentes à la méthode qualitative et d'autres plus spécifiques de l'étude.

Le fait que le chercheur était médecin a pu faire ressentir un sentiment d'évaluation et modifier le discours des médecins de l'étude.
L'échantillon était réduit malgré l'obtention de la saturation théorique des données.

Les biais suivants ont pu influencer les résultats :
Biais de sélection : certains médecins ont refusé de participer, les médecins participant étaient uniquement ceux motivés par le fait d'être interrogé pour ce qu'il leur a été présenté à savoir une thèse en médecine générale sur les médecins généralistes. Il n'y a pas eu de véritable randomisation car les coordonnées des médecins ont été prises dans l'annuaire et plus dans le secteur où l'observateur habitait.
Biais d'intervention : Le dialogue, l'attitude et la manière de poser les questions, le lieu de l'entretien interféraient probablement sur le discours. De plus, certains médecins (minoritaires) étaient probablement pressés pendant l'entretien, et développaient peu leurs réponses voire arrêtaient l'entretien, du fait que l'entretien souvent se faisait pendant leurs heures d'activité.
Biais de désirabilité sociale : Les participants pouvaient modifier leur discours pour être bien perçus par le chercheur.

Biais affectif : dans les entretiens et dans l'analyse. Dans les entretiens, les émotions interfèrent avec le jugement moral. Par exemple, être d'humeur positive ou négative peut influencer un recueil d'information. De même l'humeur ou l'attention du chercheur au moment de l'entretien et au moment de l'analyse pouvaient modifier la qualité du codage, de l'analyse. Cependant ce biais a pu être réduit grâce à la triangulation (2 autres personnes ayant codé de manière indépendante les entretiens).

Biais d'interprétation : Ce biais peut être du au chercheur dans l'analyse qui consiste à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses. Ce biais était sûrement plus important pour les premiers entretiens pendant lesquels certains concepts n'avaient pas été relevés, et que les préjugés du chercheur étaient encore présents.

Biais de fixation sur l'objectif : pour les premiers entretiens, rester focalisé sur la motivation du moment (prendre des notes, poser une question, observer quelque chose en particulier) et ne pas voir ou écouter tout le reste. Il a été cependant en partie contrecarré par l'enregistrement audio des entretiens.

## 4.6- Perspectives

### 4.6.1- D'amélioration de la prise en charge

Des améliorations de la prise en charge du psychotraumatisme par les médecins généralistes peuvent être proposées à l'issue de cette étude.

Optimiser la disponibilité du médecin lors de la prise en charge de patient atteint de psychotraumatisme pourrait permettre un dépistage plus efficace.

Des aménagements de l'organisation d'une consultation du médecin généraliste pourraient être une réponse. Ces aménagements ont-ils besoin d'être organisé à l'échelle nationale, en concertation avec d'autres spécialistes, médecins psychiatres, psychologues,... ?

Développer des formations pour rassurer et guider les médecins généralistes dans le dépistage du psychotraumatisme semble être essentiel.

Développer la communication et surtout la confiance réciproque entre le médecin et le patient pourrait permettre de libérer la parole, les questions. Cela est aussi un enjeu de formation.

Concernant la connaissance des réseaux de professionnels, un document de référence papier ou en ligne, facile d'accès pourrait être mis en place. L'hôpital ou les CMP doivent-ils avoir une place plus importante dans ces prises en charge ? Être plus disponibles ?
Des nouveaux outils numériques s'inspirant de la télémédecine ou de réseaux de professionnels pourraient mettre en contact les médecins généralistes avec les spécialistes en psychotraumatologie pour les accompagner dans la prise en charge.

Concernant les addictions (notamment les troubles de l'usage de l'alcool) et les conduites suicidaires, une formation au psychotraumatisme et ses interactions avec ces pathologies semble être essentielle au vu du leurs liens réciproques d'une part, d'autre part du silence sur le sujet constaté dans ces entretiens et de la gravité de ces problèmes.
Des mesures politiques doivent-elles être mises en œuvre pour diminuer les trouble de l'usage de l'alcool et son impact à l'île de La Réunion ?

Concernant la prévention primaire, elle doit prendre une place prépondérante en médecine générale et dans la société. Outre une formation médicale à la détection de situation potentiellement traumatisante, doit-on développer les services de protection de l'enfance et leurs liens avec les professionnels de santé ? Doit-on développer l'étude de la détection et surtout de la prise en charge préventive de personnes potentiellement traumatisantes ?

### 4.6.2- De recherche

Des études complémentaires pourront être menées concernant le dépistage, les réseaux de soins et professionnels, l'organisation des soins primaires, la prévention et la formation professionnelle.
Les problématiques suivantes pourraient être développées :

- En quoi les troubles de l'usage de l'alcool ou le suicide sont des thèmes peu abordés en médecine générale lors de l'abord du sujet du psychotraumatisme ?
- Évaluer les outils de télémédecine ou de réseaux professionnels
- Quels sont les obstacles à une formation destinée aux médecins généralistes ?
- Qui doit organiser les formations ?
- Quelle est la prise en charge du patient potentiellement « traumatisant » ?

# 5-Conclusion

Cette étude avait pour but d'analyser les représentations de médecins généralistes installés à l'île de La Réunion concernant les psychotraumatismes et de la prise en charge de patients atteints de psychotraumatismes.

Elle permet de mieux appréhender la vision des médecins généralistes sur ce sujet et aussi voir qu'ils ont des représentations pertinentes et cohérentes avec les différentes définitions ou représentations des spécialistes.

Elle permet également de décrire la prise en charge du psychotraumatisme par les médecins généralistes. Elle met en lumière quelques difficultés touchant tous les champs de la consultation (la détection, le suivi, la prise en charge thérapeutique). Diverses causes ont été évoquées, d'une part du côté du soignant avec un vécu personnel qui peut interférer dans le bon sens (compréhension de l'autre, empathie) comme dans le mauvais sens (timidité, sujet tabou, compétence) et d'autre part sur l'environnement de la situation avec un manque de temps (diverses causes), une ignorance des réseaux ou des organisations de santé publique, la complexité des problèmes sociaux, de la maladie en elle-même, du patient, de son environnement et de sa maturité intellectuelle.

Cette étude a permis aussi de révéler les rôles multiples spécifiques des médecins généralistes qui permettent une prise en charge globale indispensable, des patients atteints de psychotraumatisme. La difficulté principale relevée à ce propos est la complexité de maîtriser tous les champs de la prise en charge.

Elle a permis aussi de suggérer des propositions pour améliorer la prise en charge de la détection à la thérapeutique en passant par la prévention. En effet chaque médecin devrait avoir accès facilement à une formation ou un avis spécialisé concernant un champ particulier de la prise en charge d'un patient psychotraumatisé. Les nouveaux outils numériques devraient apporter au moins en partie une aide. De par ces dimensions multiples, la prise en charge du

psychotraumatisme demande une amélioration également de différents services de la société : sociaux, de la famille, éducationnels, culturels, environnementaux, politiques.

Enfin ce qui paraît essentiel est la confiance réciproque du médecin généraliste et de son ou sa patient(e) pour permettre une communication indispensable à la prise en charge d'un patient psychotraumatisé. Aider le patient mais aussi le médecin à rechercher et à parler de psychotraumatisme sont des axes d'amélioration qui paraissent évidents à suivre.

# 6-Références bibliographiques

(1) Crocq L, Bouchard JP. *History of psychotraumatology: "The dramatic terrorist attacks of 2015 and 2016 have had considerable repercussions on the psychisms"*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2018 March;176:305-309.

(2) INSEE. Enquête Cadre de vie et sécurité [Internet]. Insee Partenaires; 2012 [consulté le 13/06/2019]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292971

(3) Cambefort JP. *L'héritage de la violence à la Réunion*. Dans : Ghasarian C, Anthropologie de la Réunion. Paris : Edition des archives contemporaines; 2008. p. 59-76.

(4) Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, Genest, P., Duchet, C., Omnes et al. *Psychotraumatismes et risque suicidaire en France: Prévalences croisées dans l'enquête SMPG.* Revue Francophone du Stress et du Trauma. 2017;7:69-77.

(5) Vaiva G, Jehel L. *Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine.* L'Encéphale. 2008;34:577-583

(6) Gay B. *Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale Rethinking the place of primary healthcare in France – Role of general practice.* Revue d'Epidémiologie et de santé Publique. 2013;61:193-198.

(7) Cartier T, Mercier A, De Pouvourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y et al. *Constats sur l'organisation des soins primaires en France French healthcare system organisation: review.* Exercer. 2012;101:65-71.

(8) Marion Bergeret. *Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant : ententes et attentes : étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion.* Thèse de Médecine. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales; 2014.

(9) Fanny Lestienne. *Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie: Le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance.* Thèse de Médecine. Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine de Nice; 2015.

(10) Koch L. *Intérêt de la prise en compte du concept de résilience par le médecin généraliste d'unité dans la prise en charge du patient traumatisé psychique.* Thèse de Médecine. Université Paris Descartes. École de Val-de-Grâce; 2013.

(11) Starks H, Brown Trinidad S. *Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory.* Qualitative Health Research. 2007;17:1372-1380.

(12) Hirschelman A, Pignol P. *Préhistoire de la psychotraumatologie (1884-1893) :La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot.* L'Information psychiatrique. 2014;90:427-437.

(13) Weather F, Keane TM. *The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma.* Journal of Traumatic Stress. 2007;20.

(14) Josse E. *Les médecins civils face aux syndromes psychotraumatiques chroniques des soldats des guerres d'Empire.* European Journal of Trauma and Dissociation. 2018;84.

(15) Cremniter D , Laurent A. *Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie.* EMC-Toxicologie Pathologie. 2005;178-184

(16) Collège national des universitaires de psychiatrie français. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2ème Ed. Tours : Presses universitaires François Rabelais ; 2016.

(17) Bohleber W. Leuzinger-Bohleber M. *The Special Problem of Interpretation in the Treatment of Traumatized Patients.* Psychoanallytic Inquiry. 2016;36:60-76.

(18) Bosquet Enlow M. *Mother-Infant Attachment and the Intergenerationl Transmission of Posttraumatic Stress Disorder.* Dev Psychopathol. 2014 February;26: 41-65.

(19) Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre et al. M *ECOGEN: étude des Eléments de Consultation en médecine générale.* Exercer. 2014;114:148-57.

(20) Catteau C, Sissoko D, Gaüzère BA., Aubry P. *Situation et enjeux sanitaires à l'Île de La Réunion en 2005.* Med Trop. 2005; 65 : 515-524.

(21) Ducrocq F. *Le psychotrauma en chiffre, des enjeux multiples.* Stress et trauma. 2009;9: 199-200.

(22) Dewulf AC, Van Broeck N, Pierre Philippot. *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant : questions autour de la description diagnostique.* Bulletin de psychologie. 2006; 481,119-132.

(23) Lavoie V, Langlois R, Simoneau H, Guay S. *État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : interrelations et modèles thérapeutiques intégrés.* Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2008;18:92-97.

(24) Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. *Post-traumatic stress disorder in primary-care settings : prevalence an physicians' detection.* Psychol Med. 2001 Apr;31(3):555-60.

(25) Foa EB, Meadows EA. *Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review.* Annu Rev Psychol. 1997;48:449-80.

(26) Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes.* Elsevier Masson La Presse Médicale. 2004; 33:1569-1574.

(27) Ministère des Solidarités de la santé. Rapport de la démographie des professions de santé [Internet]. 2018 [Consulté le 20/01/2019]. Disponible sur : www.data.drees.sante.gouv.fr

(28) Hwallip B, Daeho K, Yubin C, Dongjoo K, Seok Hyeon K. *Add-on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy for Adults with Post-traumatic Stress Disorder Who Failed to Respond to Initial Antidepressant Pharmacotherapy.* Korean Med Sci. 2018 Nov;33(48):e306.

(29) Khan AM, Dar S, Ahmed R, Bachu R, Adnan M, Kotapati VP.*Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials.* Cureus. 2018 Sep 4;10(9):3 250.

(30) Fareng M. *Apports de l'hypnose dans les traumatismes psychiques.* Thèse de psychologie clinique. Université Paris VIII; 2014.

(31) Fareng M, Plagnol A, *Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose*. Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences, 2014;12:29-46.

(32) Gallegos AM, Hugh FC, Pigeon WR, Heffner KL. *Meditation and Yoga for Posttraumatic Stress Disorder: A MetaAnalytic Review of Randomized Controlled Trials.* Clinical psychology review. 2017;58:115-124.

(33)Cushing RE, Braun KL, Alden SW, Katz AR. *Military-Tailored Yoga for Veterans with Post-traumatic StressDisorder.* Military Medecine. 2018;183(5-6):e223-231.

(34) Vaival G, Lestavel P. *Quand traiter le psychotraumatisme ?*. Presse Med. 2008;37:894-901.

(35) Dezetter A. *Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies.* Thèse de Docteur en Santé publique, Economie et Sciences sociales de la santé. Université Paris Descartes; 2012.

(36) Cividanes GC, Mello AF. *Revictimization as a high-risk factor for development of posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature.* Braz.J.Psychiatry. 2019;41:82-89.

(37) WHO/LSHTM. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva/London, World Health Organization/
London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2010

(38) Compagnon L, Bail P. *Définitions et descriptions des compétences en médecine générale,*exercer. 2013;108:148-55.

(39) Rossignon J. *Le choix du médecin généraliste et la confiance* . Thèse de Médecine. Université du droit et de la santé de Lille; 2017.

(40) Bariod M. *Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle prospective chez les consultants en soins premiers* . Thèse de Médecine Générale. Université de Bourgogne; 2018.

(41) Code de la Santé Publique. *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*.

(42) Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur le Santé et la Protection Sociale. IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) [Internet]. 2008 [Consulté le 20/01/2019]. Disponible sur : http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf.

(43) Besson L, Caliez F. *Etude sur l'accès aux soins à la Réunion.* Insee Analyses Réunion. 2016;19.

(44) Mourgues JM, *Atlas de la démographie médicale en France.* Conseil national de l'Ordre des Médecins. 2018;65.

(45) Organisation mondiale de la santé(OMS).Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 2018.

(46) Vassbotn AD, Sjovik H, Tjerbo T, Frich J, Spehar I. *General practitioners' perspectives on care coordination in primary health care: A qualitative study.* Int J Care Coord. 2018 Dec;21(4):153-159.

(47) Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes. INPES [Internet]. 2009 [Consulté le 20/01/2019]. Disponible sur :http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf

(48) American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation et l'European Federation of Internal Medicine (EFIM). *Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens.* Pédagogie Médicale. 2004;5:43-45.

(49) Vanmeerbeek M. *La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé*. Pédagogie médicale. 2009;38:1360-1365.

(50) Or Z, Com-Ruelle L. *La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer ? Institut de recherche et documentation en économie de la santé*. IRDES [Internet]. 2008 [consulté le 12/06/2019]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Laure_Com-Ruelle/publication/23691352_La_qualite_de_soins_en_France_comment_la_mesurer_pour_l'ameliorer/links/0c960533569620c066000000/La-qualite-de-soins-en-France-comment-la-mesurer-pour-lameliorer.pdf

# 7-Annexes

## 7.1- Annexe 1 : canevas pour entretien n°2

**Questions « brise glace » :**

Qu'est-ce que pour vous un psychotraumatisme ?

Quelle définition vous avez du psychotraumatisme ?

Auriez-vous une situation à l'esprit qui vous évoque un psychotraumatisme ?

**Thèmes :**

-Définition du psychotraumatisme :

Quelle définition vous avez du psychotraumatisme ?

-Freins :

Qu'est-ce qui vous empêche de détecter un psychotraumatisme ?

-Signes du psychotraumatisme :

Quels signes vous font penser au psychotraumatisme ?

-Prise en charge :

Quelle prise en charge vous avez ?

Vers quel spécialiste vous adresser le patient ?

Le prenez-vous en charge ?

# 7.2- Annexe 2 : canevas pour entretien n°11

**Question brise glace :**

Quelle est pour vous la définition d'un psychotraumatisme ?

**Thèmes :**

-Définitions :

Quelle est pour vous la définition d'un psychotraumatisme ?

-Dépistage :

Vous posez des questions directement ?

Comment vous détectez s'il y a un psychotraumatisme ?

-Facteurs déclenchants/aggravants :

Qu'est-ce qui pour vous va déclencher un psychotraumatisme ?

-Signes :

Quels sont les signes faisant évoquer un psychotraumatisme ?

-Temporalité :

Avez-vous le temps de le faire ?

Comment prenez-vous le temps de le faire ?

-Coordination :

Quel est le spécialiste à qui vous confiez un patient atteint de psychotraumatisme ?

-Enfance :

Et concernant les enfants, ça vous arrive de poser directement la question aux enfants ?

Les parents sont-ils un obstacle à rechercher un psychotraumatisme chez un enfant ?

-Freins :

Avez-vous des obstacles à la détection ou à la prise en charge de patients atteints de psychotraumatisme ?

-Rôles du médecin généraliste :

Vous sentez-vous en première ligne ?

Vous en voyez souvent ?

-Prévention :

Qu'est-ce que vous feriez en prévention ?

Si le patient a des symptômes ?

Si le patient n'a pas de symptôme ?

# 7.3- Annexe 3 : récépissé de déclaration à la CNIL

CNIL.

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Monsieur HOARAU Matthias
75 CHEMIN LA BRUNE
97425 LES AVIRONS

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

**2211643 v 0**

du 12 février 2019

**A LIRE IMPERATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

*Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.*

## Organisme déclarant

**Nom** : Monsieur SPODENKIEWICZ Michel

**Service** :

**Adresse** : CHU SUD RÉUNION

**Code postal** : 97410
**Ville** : SAINT-PIERRE

**N° SIREN ou SIRET :**

**Code NAF ou APE :**

**Tél.** : 0262717654
**Fax.** :

## Traitement déclaré

**Finalité :** MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 12 février 2019
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

# 7.4- Annexe 4 : critères diagnostiques du DSM-5

***Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10) Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans***

Critères A : *avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :*

1. *en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;*
2. *en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;*
3. *en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;*
4. *en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).*

*Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.*

Critères B : *Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :*

1. *Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;*
2. *Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêvees effrayants sans contenu reconnaissable ;*
3. *Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de*

*l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*

4. *Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;*
5. *Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.*

*Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :*

1. *Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;*
2. *Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.*

*Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :*

1. *Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;*
2. *Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soimême, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;*
3. *Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;*
4. *État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;*
5. *Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;*
6. *Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;*
7. *Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).*

*Critère E :* *Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :*

1. *Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;*
2. *Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;*
3. *Hypervigilance ;*
4. *Réaction de sursaut exagéré ;*
5. *Problèmes de concentration ;*
6. *Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).*

*Critère F :* *La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.*

*Critère G :* *La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.*

*Critère H :* *La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection. Spécifier le type : Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :*

1. *Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;*
2. *Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi). Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).*

*Avec manifestation différée :* *Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).*

## *Pour les enfants de moins de 6 ans*

*Critères A :* *chez l'enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :*

1. *en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;*
2. *en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant ; NB être témoinn direct n'inclut pas les évènements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images ;*
3. *en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant.*

*Critères B :* *Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :*

1. *Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu ;*
2. *Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié aux événements traumatiques ;*
3. *Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux ;*
4. *Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;*
5. *Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.*

*Critères C :* *Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants : Évitement persistant de stimuli*

1. *Évitement ou tentative d'évitement des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événement traumatiques ;*

2. *Évitement ou tentative d'évitement des personnes, conversations, ou des situations qui ramènent à l'esprit des souvenirs du ou des événements traumatiques Altérations négatives des cognitions*
3. *Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion ;*
4. *Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu ;*
5. *Comportement traduisant un retrait social ;*
6. *Réduction persistante de l'expression des émotions positives.*

*Critères D : Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés aux événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :*

1. *Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;*
2. *Hypervigilance ;*
3. *Réaction de sursaut exagéré ;*
4. *Problèmes de concentration ;*
5. *Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).*

*Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.*

*Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.*

*Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.*

## *Spécifier le type :*

*Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :*

1. *Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;*
2. *Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).*

*Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes)*

*Avec manifestation différée :* *Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).*

# 7.5- Annexe 5 : retranscriptions des entretiens

**Entretien n°1 le 10 février 2017 :**
***Homme 31 ans, SOS médecin, 40 patients/j en moyenne, 4 jours/ semaine.Une formation de 5 jours sur le psychotraumatisme il y a 5 ans, pas de stage de psychiatrie dans son cursus.***

**Chercheur :** Première question : qu'est ce pour vous un psychotraumatisme ?
**Médecin 1:** Je pense que c'est... euh … c'est quelques chose de traumatisant vécu par une personne... euh et qui a des conséquences sur le comportement ou psychosomatique et qui est pas forcément vécu comme tel, comme un traumatisme par rapport à la personne au moment du traumatisme.
**Chercheur :** Donc tu disais un événement qui pouvait traumatiser ?
**Médecin 1:** Euh .. comment dire ? C'est, c'était... euh, c'est en opposition, enfin c'est pas.. ce qu'on différencie... moi j'ai l'impression dans la pratique, quand j'y pense au psychotraumatisme....euh, alors c'est plutôt chez l'enfant, j'ai fait une formation de psychotraumatologie en pédiatrie. C'est pas très lié à ma formation mais... sur un événement qui entraîne un trouble du comportement euh... alors c'est vrai que j'ai moins le réflexe sur un deuil. Euh.. à ce moment là, moi je.. alors est-ce que le deuil pathologique c'est un psychotraumatisme... ? Je...sais pas
**Chercheur :** Oui. Quel événement peut être traumatisant alors ?
**Médecin 1:** Euh....je dirais un événement brutal, comme euh....comme une agression ou quelque chose comme ça. C'est pas facile à définir en fait...
**Chercheur :** Oui, c'est vrai.
**Médecin 1:** je dirai vécu comme traumatisant et... et qui marque une rupture. Avec une modification souvent, je dirai chez l'enfant en tout cas c'est plus une modification du comportement que de l'humain.
**Chercheur :** D'accord.
**Médecin 1:** Et peut être aussi de l'humain....? … mais plutôt du comportement.
**Chercheur :** Hmm hmm. Et euh..en pratique dans un cabinet de médecine générale est que tu as l'impression d'en voir souvent ? Ou d'être confronté à ça en première ligne ?
**Médecin 1:** Ah oui ! J'ai l'impression d'en voir souvent, surtout quand j'y pense ! C'est à dire que... Et quand j'ai envie de le faire...euh... parce que c'est facile de zapper. Le psychotraumatisme quoi...Et euh... après on le retrouve. En fait le.. le problème entre guillemets c'est que si on le cherche on trouve. Euh .. quand on commence à chercher.. en fait on est, on est, on est..... c'est quand même assez impressionnant, hein ? On est... quasi systématiquement, si on y pense, si la situation nous dit de penser, on va trouver une situation potentielle.
**Chercheur :** oui...
**Médecin 1:** Et euh....et du coup des fois je me demande si on le cherche pas exprès... enfin....on veut pas chercher parce qu'on veut pas se débrouiller la situation derrière.
**Chercheur :** D'accord, pourquoi l'éviter ?
**Médecin 1:** Pourquoi l'éviter ? Parce que c'est des situations qui souvent euhh... euh déjà la première chose, c'est des situations qui ne vont pas être évidentes à parler ! Euh .. moi ce qui est.. quand j'y pense c'est plutôt chez l'enfance, ça va être de la maltraitance, des attouchements, des viols, des problèmes comme ça.

**Chercheur :** Oui...des sujets un peu tabous ?
**Médecin 1:** Des sujets euh... voilà oui, euh... Mais j'ai déjà eu des … accidents...euh des trucs comme ça où...c'est vrai que assez vite en discutant on voit qu'il y a des symptômes qui sont apparus, dans la suite, d'un événement, et finalement quand on le cherche on le trouve assez facilement ou on s'oriente assez facilement vers un événement. Est ce que c'est vraiment celui là derrière je sais pas, c'est le psychiatre de dire si euh, suivant les gens arrivent avec des diagnostics, ou pas ? Je pense que.. que c'est pas toujours aussi simple mais euh ?..
**Chercheur :** D'accord ! Et euh donc assez facilement si jamais tu dis qu'il y a des signes qui te font penser tout de suite à une situation. Tu as un exemple
**Médecin 1:** oui.. euh.. plutôt. Avec les .. pas facile comme question... j'ai du mal... pourtant on a ... il semble que... euh, ça doit être un tout, une attitude, après si, il y a des symptômes un peu.... tous les crises d'angoisse, les euh.. tous ces symptômes qui sont assez typiques du psychosomatique, qui sont des plaintes multiples, des symptômes on voit pas pas de lien évident entre eux, ou des symptômes qui sont connotés avec un liens psychologiques, comme l'eczéma euh.. ce genre de chose, ça peut être tout à fait physique même si on sait que ça peut être déclenché par des situations de stress comme ça. Mais quasiment, quasiment tout, si on cherche un peu, quasiment toutes les personnes qui viennent pour une crise d'angoisse, crise de spasmophilie, tout ça, euh si on cherche un peu, on trouve, on lève des lièvres vraiment...vraiment souvent. Mais, c'est hyper chronophage. Parce que tu dois gérer la crise
**Chercheur :** oui
**Médecin 1:** Et d'ailleurs ce n'est pas forcément au moment de la crise je pense, d'aller chercher le pourquoi du comment parce qu'il faut faire céder la crise. Après nous on propose derrière des prises en charge psychologique. Pas nous directement parce qu'on fait pas de suivi mais... mais vers des psychologues euh... mais c'est rarement suivi. Mais si on cherche bien, on va trouver des situations complexes
**Chercheur :** et ça vous arrive qu'il y ait des patients qui reviennent sans qu'il y ait de suivi ?
**Médecin 1:** ah oui ! Ça c'est fréquent. Et pour les gamins qui ont des troubles du comportement oui qui euh.. qu'est que j'ai ?...j'essaie de réfléchir au cas que j'ai adressé en psychotraumatologie à l'hôpital. C'était Chantal Kreder et Mauvisseau. Je ne sais pas si c'est toujours eux mais euh... qu'est-ce qu'il y avait... le pipi au lit.. alors on va pas y penser systématiquement. Mais il y a eu un accident de voiture .. et depuis il pisse au lit. Je pense que on peut faire un lien... il y a eu un traumatisme avec une modification du comportement derrière. Des qu'on arrive.... ça peut être n'importe quel symptôme à mon avis qui arrive en rupture avec quelques choses, avec un état...un état de base. Et est ce que... est ce qu'il y a des symptômes spécifiques ? Euh en dehors euh...des symptômes de l'état de stress post-traumatique quoi... des sursauts, des cauchemars, des stress liés.. et là je ne dirais pas il va y avoir un psychotrauatisme derrière mais c'est plutôt des symptômes de l'état de stress post-traumatique. Qu'est ce qui est quoi ? Je ne sais pas. Chez l'adulte j'essaie de leur faire mettre les mots puisque j'ai pu comprendre qu'il fallait leur faire. Une fois qu'on est... le psychotraumatisme c'est un blocage euh..., un blocage intellectuel quoi... euh c'est difficile à exprimer mais euh sur un événement ou on a pas réussi à conceptualiser et euh, si on met des mots là-dessus, et bin en fait on conceptualise l'événement traumatisant et du coup il se développe. C'est ce que j'ai compris !! alors j'essaie de leur faire parler des trucs en me disant que si euh..s'il arrivent à parler du phénomène et bin normalement c'est réglé (rires).
**Chercheur :** D'accord. Pour les patients qui ont ce genre de signe dont on a parlé précédemment ?
**Médecin 1:** Voilà.
**Chercheur :** Et ça vous est déjà arrivé d'avoir un patient qui vient d'avoir un accident par exemple ? Est ce que vous y pensez ?

**Médecin 1:** Oui ! Ça m'arrive souvent ! Parce que des qu'il ont un accident il viennent ici. Parce qu'on traite les urgences... et surtout si il y a une plainte ou quoi derrière, la gendarmerie ils demandent pour toutes les agressions quasiment, la gendarmerie nous envoie tous les gens qui subissent des agressions sur la commune pour faire le certificat de coup et blessure, et la clairement je m'en occupe pas, c'est parce que j'en ai pas envie, parce que euh…, parce que c'est une activité que j'aime pas, faire les certificats médicaux ça m'énerve … c'est moi hein... puisqu'on a dit que tu jugeais pas haha...je pense qu'on peut analyser ses pratiques, on se voit quand même plus ou moins au travail, donc ça m'agace ces certificats je ne comprends pas leur intérêt, du coup je ne m'attarde pas sur cette consultation qui m'énerve, et alors que de temps en temps j'élabore un petit peu, et puis après si la personne commence à parler euh...je lâche...je discute après, là je vais plus loin. De prime abord, dans ces situations là, précises, je vais pas proposer...
**Chercheur :** Dans la situation d'un certificat ?
**Médecin 1:** oui parce que dans cette situation il y a beaucoup de traumatismes dans cette situation là. Dans cette situation là je me limite à la demande administrative, et peut, sûrement a tort parce que des qu'on en parle un peu le gens qui subissent un traumatisme, qui se font frapper dessus par son conjoint, ça par contre c'est différent, la c'est un sujet dont je me saisi assez facilement, quand je vois une femme qui se fait frapper par son mari, là très vite ça m'agace Mais dans l'autre sens, quand la personne m'agace, c'est des situations intolérables. Donc du coup ce sont des consultations qui vont durer longtemps, parce qu'on va beaucoup discuter et surtout... mais là on est dans l'urgence, on va essayer de trouver des stratégies, pour extraire de du risque, trouver un hébergement euh...proposer euh.. on est plus dans cette problématique là et j'avoue que le psychotraumatisme, là ...il arrive en second plan.
**Chercheur :** Oui ? Alors est ce que dans votre parcours personnel ou de vos proches, il y a eu des psychotraumatismes qui ont fait que vous pensez que vous prenez en charge différemment les patients ?
**Médecin 1:** euh moi personnellement non mais euh...maintenant je viens de Toulouse ahah... mon père travaillait dans l'usine chimique a côté d'AZF, donc forcément il y a eu énormément de psychotraumatisme lié à l'explosion de l'usine AZF, euh moi j'étais en premier ligne, on va dire dans le lycée qui était pas loin, bon y a eu euh, je pense que ça c'était ma première, première fois que j'ai vu une situation de catastrophe avec vraiment des cellules psychologiques, et des psychotraumatismes qui ont duré, des gens qui racontent que ils sursautent au moindre bruit, voilà ça j'en ai vu pas mal. C'est vrai que quand on me parle de psychotraumatisme, et pas de stress post_ traumatique je confonds peut-être un peu je ne sais pas, euh je pense à ça. Et sinon pas plus haha.
**Chercheur :** Donc la formation, c'était avec Dr Meauvisseau ?
**Médecin 1:** oui
**Chercheur :**Quand tu étais en stage en pédiatrie ?
**Médecin 1:** Oui, ça commence à dater maintenant, c'était y a 4/5 ans
**Chercheur :**C'est pas mal déjà
**Médecin 1:** Ça manque un petit peu... ça manque de ressource en libéral
**Chercheur :**Oui ?
**Médecin 1:** Vis à vis de ça.
**Chercheur :** c'est à dire de professionnel qui... ?
**Médecin 1:** Oui, personnellement moi, je connais un peu, j'ai quand même du mal à.., du mal à orienter les patients de manière simple, je peux décrocher mon téléphone, j'ai déjà fait, faire de mails, j'ai déjà fait avec Chantal Kreder, on a déjà échangé sur des patients, mais euh...c'est une démarche qu'on ne peut pas faire... enfin des fois on a pas le temps. Si on avait, un réseau.. on se dit bah je vous donne ce numéro, passe un coup de fil et euh...prenez un rendez vous avec cette personne ou on sait qui fait du psychotraumaisme. Ce serait plus simple, à

l'Hôpital il y a parfois des délais, si on veut avoir des rendez-vous plus tôt il faut décrocher son téléphone. On peut faire mais.. mais on peut aussi euh...si c'est un peu filiarisé. Ça l'est peut être mais moi je ne suis pas au courant. C'est bien d'avoir une filière mais si les gens ne savent pas...
**Chercheur :** Est ce qu'il y a d'autres freins ? Donc le temps, et.. ?
**Médecin 1:** un parcours bien identifié, qui soit mieux identifié, après euh …Après il y a toujours la formation hein ?...euh.. c'est quand même pas le sujet le plus simple, alors déjà définir un psychotraumatisme c'est déjà compliqué, alors on comprend que aller le détecter derrière c'est compliqué aussi, si déjà la définition est pas claire.. même pour moi qui est fait une formation je veux dire qui va où ? dans quelle case ?, et comment ? Il y a des formations.. c'est à nous de ..d'y aller mais euh.. ouais c'est un peu complexe.

FIN

**<u>Entretien n°2, mai 2017 :</u>**
***Médecin généraliste, 45 ans, installé seul en cabinet travaillant tous les jours, en milieu rural mais non loin de la ville. 35 à 50 patients par jour. Vendredi après midi dédié au problème psychologique/ psychiatrique de ses patients***

**Chercheur :** Bonjour, une question pour aborder le sujet . Alors c'est ouvert, on est pas là pour juger ce que vous dites: qu'est ce qu'un psycho traumatisme ? À quoi ça fait référence ?
**Médecin 2:** Euh, un patient qui a subi un traumatisme quelque soit son origine, qui va avoir un retentissement psychologique.
**Chercheur :** … d'accord, et vous en médecine générale, vous avez l'impression que vous avez souvent à faire avec ce genre de patient, qui ont subi ça ?
**Médecin 2:** Très très peu. Très honnêtement, on a beaucoup de patients qui ont des problèmes psychologiques mais... des psycho-traumatismes... non, parce que quand c'est récent, ils sont directement pris en charge par les cellules de crise psycho trauma, euh..quand c'est plus ancien en général on les adresse au psychiatre, parce que je ne suis pas équipé pour gérer ça en fait.
**Chercheur :**Et comment ça peut se manifester ? Vous venir à l'oreille qu'il y a eu psycho-traumatisme ou pas ? Les symptômes qui vous alarment ?
**Médecin 2:** on va se retrouver avec un patient qui présente des problèmes d'ordre psychologique que ce soit dépressif, antidépressif, et en creusant un petit peu, il peut y avoir soit d'emblée le patient qui va le verbaliser en parlant d'un traumatisme, j'ai en tête une patiente qui a eu des attouchements pendant son enfance soit en fait on a un patient qui n'arrive pas à verbaliser systématiquement et dans ce cas là c'est beaucoup plus compliqué bien évidement hein ?
**Chercheur :**D'accord ! C'est plus des symptômes d'ordre psychologique ou psychiatrique ?
**Médecin 2:** oui la plupart du temps c'est ce qui va me mettre la puce à l'oreille. Et c'est pas parce qu'il ont un symptôme psychologique ou psychiatrique que nécessairement c'est le suivi d'un traumatisme, ça peut être juste un vécu différent qui entraîne ça.
**Chercheur :** D'accord. Et vous en tant que médecin généraliste, vous avez l'impression d'être confronté à ça en première ligne ou vous avez l'impression qu'il vont voir d'autres personnes ?
**Médecin 2:** Non, moi je ne me sens pas en première ligne là-dessus, quand les patients, ça m'est arrivé plusieurs fois que les patients me demandent les coordonnées d'un psychotrauma mais euh.. c'est pas pour en discuter avec moi, c'est juste parce qu'en fait ils estiment que ce n'est soit pas de mon ressort ou c'est pas de mes compétences. On est en première ligne en ce qui concerne bah euh toutes les pathologies psychologiques ou psychiatriques mais elles ne

sont pas toutes en fait liées à un trauma quelque soit l'origine du ou des traumas. Donc je pense pas, enfin en tout cas moi je n'ai pas le sentiment d'être en première ligne non, on arrive plutôt comme des demandes de renseignements, le patients qui va me demander éventuellement en me disant euh face à cette situation, « vers qui je vais euh je vais m'adresser ». Nous on est plus des orientateurs que des thérapeutes

**Chercheur :** d'accord, et c'est des choses que vous abordez facilement les psycho-traumatismes ?

**Médecin 2:** Bah euh c'est pas quelque chose que je pose systématiquement, mais quand je suis face à quelqu'un qui présente des désordres psychologiques ou psychiatriques, euh et qui est accessible à la discussion, c'est pas toujours le cas. Le patient qui est en plein délire, il n'est pas nécessairement accessible à la discussion, mais plus souvent dans les phénomènes notamment de dépression.. parce qu'on est quand même régulièrement confronté à ça euh... y a ...très souvent dans mes questions est ce que il y a quelque chose qui peut justement expliquer cette situation que ce soit traumatique ou non, est ce qu'il y a quelque chose qui peut, qui peut l'expliquer. Et donc dans ces conditions là on essaye de voir si on peut le gérer ou si c'est quelque chose plus complexe, qui n'est pas de mon ressort, dans ce cas là, là je passe la main.

**Chercheur :** d'accord, et dans votre pratique est ce qu'il y a quelque chose qui a tendance a vous freiner dans la recherche des psycho traumatismes ?

**Médecin 2:** Je dirais que la seule chose qui aurait tendance à me freiner, c'est mon incompétence ou mon manque de temps. Moi je pars du principe que euh si j'ai le temps de faire quelque chose et que j'ai les compétences, je le fais. Si je suis pas compétent je euh.. Non. Donc c'est vrai que notamment sur l'enfant euh moi j'ai aucune compétence en psychiatrie ou en psychologie chez l'enfant, donc là très vite je vais botter en touche. Chez l'adulte j'ai un peu plus d'expérience, un peu plus de compétences, donc là c'est vrai que je gère un peu plus facilement en fait.

**Chercheur :** D'accord, bon.. et vous m'avez dit que vous faisiez de la TCC ?

**Médecin 2:** Mes après-midis de TCC en fait, ça reste quelque chose de particulier, la thérapie cognitivo-comportementale c'est quelque chose qui va permettre de cadrer en général des phobies. C'est des gens qui ont des phobies des araignées, des ascenseurs, de l'avion, où là en fait c'est euh des séances qui sont pas trop trop longues, c'est euh entre 20 et 40 min, pas toujours répétée, et en général ça se calme assez facilement en fait. C'est pas de la psychanalyse où on va revoir les gens en longueur d'année sans jamais s'arrêter en fait. Moi c'est sur des trucs beaucoup, beaucoup plus courts. Mais en dehors ça, oui, quand on est face à ce genre de situation ou euh … l'autre situation qui n'est pas un psycho traumatisme mais euh qui euh.. qui peut poser problème, j'ai eu le cas pas plus tard que la semaine dernière, une adolescente, une gamine qui était au collège qui s'était scarifiée... donc en fait gros choc émotionnel euh.. gros euh.. sans cause particulière en fait. Une maman qui me l'amène sur les conseils de l'infirmière. ben écoute, t'as bien vu que je la connais depuis des années mais euh … je vais te faire un courrier parce que je ne sais pas comment gérer ça donc faut aller voir au CAUMP qui eux peuvent le faire plus facilement parce que moi je suis pas équipé, en plus là ado là je suis, ado ou enfant je n'ai absolument pas les compétences, et euh ça peut être extrêmement dangereux ; on peut faire des grosses bêtises qui peuvent avoir des conséquences gravissimes, donc c'est vrai que là on est un peu, un peu démuni dans ces cas là. Les urgences aussi sont souvent démunies dans ces cas là mais y a quand même le centre d'aide d'urgence médico psychologique qui peut gérer un petit peu. Pour les ado y a le CAPAS. Le CAPAS c'est quand même pas mal mais après c'est pareil, ça reste quand même limité au niveau des âges, ça va entre 16 et 22 ans, euh donc la la gamine elle a 14 ans donc HIII, c'est un petit peu embêtant donc là finalement c'est le CAUMP qui l'a pris en charge et puis elle a été cadrée par les psychiatres de l'hôpital. Là c'est pas un psycho traumatisme, c'est plus un problème

d'ordre psychologique mais on est pas, on est pas équipé là-dessus. C'est vrai que la pathologie psychiatrique euh en ville, pour tous ce qui est syndrome dépressif, anxiogènes etc, et dieu sait que l'on en voit, y a pas toujours, toujours les bons interlocuteurs, les rendez-vous avec les psychiatres sont euh.....avec des délais vraiment très très longs et euh... moi je suis pas très prescripteur de médicaments, je suis plus prescripteur de discussion, mais c'est chronophage. C'est à dire que quand ça m'arrive d'avoir des patients qui sont en difficulté psychologique en plein milieu de consultations qui débordent, en général je leur dis « écoute, je pense qu'il y a en effet manière à travailler là-dessus mais là on a pas le temps, c'est pas la peine d'expédier, donc reviens éventuellement un peu plus tard, cet après-midi, tout à l'heure là ou on aura plus de temps pour discuter, ou éventuellement le vendredi après-midi je peux caler un rendez-vous en TCC. C'est quelque chose qui se gère mais c'est pas toujours évident parce que le patient ou la patiente c'est à ce moment là qu'ils ont besoin de verbaliser, d'exprimer, quand tu leur demandes de revenir, l'émotion est un petit peu passée et euh ils savent toujours comment, comment le verbaliser. La psychiatrie c'est toujours très très compliqué en fait. Mais la psychiatrie en ville ça a rien à voir avec celle qu'on voit à l'hôpital. Celle de l'hôpital c'est facile hein... enfin « c'est facile »je veux dire c'est souvent des grosses pathologies psychiatriques, en général on commence par des neuroleptiques à fortes doses et puis après on voit comment il survit. En libéral euh...on a pas beaucoup de molécules.
Le patient qui est dépressif, si on l'hospitalise en milieu spécialisé psychiatrique... euh ou il va vraiment décompensé, s'il était juste borderline, il devient complètement barjo, ça c'est clair. Donc c'est vrai qu'on évite un petit peu, et les patients souvent ils ont juste besoin d'une écoute. Il y a une grosse grosse souffrance au niveau de la patientèle, à tout niveau je veux dire que ce soit familial, professionnel, que ce soit juste un mal être, et ça je veux dire, les gens sont tous égaux à ce niveau là. Que les gens aient un boulot, qu'il soient insérés socialement ou pas, il y a vraiment, on sent hein, une grosse souffrance, une impression moi qu'elle est importante, plus importante depuis quelques temps, mais il y a un besoin de, de verbaliser les choses. Après quand les gens ils savent qu'ils peuvent en parler, il en parle plus facilement. Euh dans un autre registre, moi je sais qu'au niveau des problèmes sexuels etc, je parle facilement de ça avec les patients, j'ai des confrère notamment chez les patients diabétiques qui ont des troubles érectiles, il m'en parle pas trop parce qu'ils sont pas à l'aise, donc c'est clair que le patient il va pas leur en parler si il sait que le médecin n'aura pas de réponse à formuler là-dessus. Donc c'est clair que, moi ayant ces affinités au niveau psychologique, psychiatrique, il y a quand même beaucoup plus de patients qui viennent m'en parler en discuter, et puis après avec le temps on finit par connaître un petit peu les gens. Ça fait 15 ans que je suis installé, j'ai remplacé dans ce cabinet pendant pratiquement 10 ans avant, il y a des gens que je connais depuis 25 ans donc ça créé quand même des liens. Ça explique aussi pourquoi ils viennent plus facilement en parler, et puis des fois il y a pas d'autre endroit où en parler quoi hein ?
On a quand même un... le rôle de médecin de famille plus que de médecin traitant est quand même vachement important parce que c'est un endroit qui est privilégié parce qu'il y a le secret médical, ça sera pas répété, il n'y a pas de notion de jugement, et puis c'est souvent le premier recours parce que c'est ouvert très souvent, et puis il y aura au moins une petite écoute.
**Chercheur :** et vous votre formation ?
**Médecin 2:** ce diplôme de TCC, c'est un DU de TCC que j'ai passé il y a 2 ans avec le SUFP, au Tampon, où il y a des formations professionnelles qui sont faites.
**Chercheur :** très bien, je n'ai plus de question, vous voyez autre chose à ajouter ?
**Médecin 2:** Non...

FIN

**<u>Entretien n°3, février 2018 :</u>**
***Femme médecin généraliste, 42 ans, cabinet en ville, travaille 5 jours par semaine, temps plein, 30 à 40 patients par jour, peu de visite.***

**Chercheur :**Pour toi qu'est-ce qu'un psychotraumatisme ?
**Médecin 3:** Euh.....euh....alors en fait le PT est ce que tu peux me donner la définition que tu as ?
**Chercheur :** Selon toi, qu'est ce que c'est ? Je ne dois pas trop parler pendant l'entretien.
**Médecin 3:** oui voilà ...parce que... euh..je pense que Euh j'en vois plus que euh... ce que, les gens Euh veulent, c'est à dire qu'en allant le chercher le psychotrauma on le trouve. Pas systématiquement mais j'ai pris l'habitude depuis un ou deux ans de poser une question : est-ce que une fois, vous avez été mis en danger, ou vous vous êtes senti en incapacité de vous défendre que ce soit par rapport à un événement de vie ou à une personne ou une situation et euh cette question va au moins une fois sur deux trouver un événement euh qui pour moi pourrait en tout les cas être résurgent ou responsable de symptomatologie de stress ou d'anxiété. Souvent les gens ne viennent pas en rapport avec ça, mais c'est au fur et à mesure de, du suivi, de l'enquête clinique, para clinique, on fait le tri, on déblaie les choses organiques et puis on en reste à des symptômes qui sont plus fonctionnels mais qui peuvent être euh... Donc à un moment ou à un autre ou des fois ça m'arrive en début ou en milieu de poser cette question et euh... rappelle moi la question que tu as posée ? Est ce que j'en vois souvent ?
**Chercheur :** voilà
**Médecin 3:** je pense que si je vais le chercher j'en trouve souvent, en fait.
**Chercheur :** et en pratique, tu en cherches souvent ou c'est des choses ...?
**Médecin 3:** alors pour les choses basiques ou qui n'appellent pas de réponse, de surdaptation, je ne demande pas. Quelqu'un qui vient pour une angine...non. Quelqu'un qui vient pour une colique néphrétique... non. Par contre pour des symptômes douloureux chroniques, pour de l'anxiété plus ou moins généralisée ou sur un retentissement sur la vie quotidienne qui dure plus de 3 mois, je vais poser la question. Sur des symptômes qui ont un retentissement pour moi évident sur la vie quotidienne de plus de trois mois. C'est ce que je me dis dans la tête. Des troubles du sommeil, de l'anxiété, des douleurs, qui peuvent être dues à une arthrose ou une cheville entorsée et sur lequel quelque chose de peut-être résiduel s'enkyste quoi.
**Chercheur :** D'accord, donc peut-être quelque chose au départ d'organique mais qui perdure ? Et tu n'as pas répondu à la question qu'est ce qu'un psychotraumatisme.
**Médecin 3:** alors pour moi, j'avais étudié le syndrome de stress post-traumatique, mais je ne sais pas si c'est en rapport direct tu vois. Euh le psychotraumatisme c'est quand le.. quand le... euh quand l'individu a été mis en danger sur un plan personnel physique ou psychique de manière évidente donc euh psychotraumatisme pour moi ça pourrait être par exemple un accident de la route en tant que passager où on peut vraiment rien faire, on est pas au volant et euh...on glisse enfin le véhicule glisse, perd, perte de.. perte de ... contrôle du véhicule et on est pas conducteur on est passager euh bah là c'est physique mais c'est aussi " il se passe quelque chose et je peux absolument pas gérer. Des psychotraumatismes différents ce peut être, auquel je pense c'est euh ... les maltraitances soit ponctuelles soit régulières, je sais pas si c'est à la Réunion car je peux pas du tout comparer et je pense qu'il y en a a peu près partout et quelque soit le niveau socio-économique euh peut-être femmes aussi parce que je vais les chercher mais des maltraitances au quotidien on en a un petit, on en a beauc..enfin je trouve quoi. On a des femmes qui ... qui sont euh .... voila euh maltraitées euh, pas toujours d'accord

pour des rapports sexuels...bon bref ! Alors après euh le niveau on le met où on veut mais.. voila....
Donc quand il y a une position d'une supériorité de quelqu'un sur quelqu'un d'autre et que il y a de la soumission et que c'est répété et qu'il n'y a pas de conscientisation de ça, bah ouais je mets bien ça dans le psychotrauma.
**Chercheur :** d'accord et comment tu poses en fait la question, comment tu le détectes ? en pratique ? Toujours la même question ?
**Médecin 3:** Alors, la question elle est assez basique, c'est : " est ce que une fois dans votre vie au moins vous vous êtes senti en danger de mort ou en incapacité de vous défendre ? Pourquoi danger de mort parce que c'est en rapport avec physiquement, je marchais sur une route il s'est passé quelque chose devant moi et j'ai vu l'accident devant moi et voilà, donc quelque chose de physique. Et l'incapacité de me défendre c'est une jeune fille qui s'est fait suivre par quelqu'un ou quelqu'un de la famille qui a été entreprenant et je dis ça parce qu'on, enfin pas beaucoup mais on.. j'ai quelques exemples en tète. Ça peut être du harcèlement au travail, quelqu'un qui se fait convoquer 1 fois, 2 fois, 18 fois qui se fait convoquer par son supérieur, sans témoin... effectivement ces questions là à un moment donné peut être fait tilt, et moi je ne suis pas là pour lui dire il a un psychotraumatisme ou pas, c'est juste à l'intérieur de moi que je note, peut-être il y a un événement ou des circonstances qui ont déclenché un mécanisme de défense peut-être inapproprié. Et après, donc question, soit j'ai "NON non", ou bien des gens qui cherchent puis "non, non", d'autre se mettent à pleurer machin chose, d'autre me vont dire non et la fois d'après vont peut-être me dire quelque chose. Donc c'est une question ouverte.
**Chercheur :**Et après qu'est ce que tu en fais ? Est ce que ça te gène de le prendre en charge ?
**Médecin 3:** non on au contraire enfin c'est pas que ça me euh, je pense que c'est pas forcément à moi de prendre en charge parce que euh.. si ça doit être pris en charge, ça doit être par surtout le patient. Et déjà le fait entre guillemets qu'il y ait reconnaissance. C'est comme un accident, il y a reconnaissance du préjudice, AH, peut-être qu'il s'est passé quelque chose mais déjà que la personne, le patient me le dise, enfin pas ME le dise mais LE dise. Dans, c'est ce que je dis souvent au patient, dans le cabinet c'est un espace a priori de sécurité. C'est que..euh, ce qui est dit reste entre nous, euh, et j'ai devoir d'oubli, et voila j'ai, euh.. donc la liberté de la parole c'est pas parce qu'ils disent quelque chose que je vais répéter ou m'en servir moi, par contre que eux puissent exprimer quelque chose c'est important pour pouvoir décoincer un euh, un symptôme même si c'est un symptôme physique, le fait de mettre des mots sur peut-être quelque chose qui s'est passé avant et même si ça n'a rien avoir avec le shmilblig, des fois poum ça fait...ça fait, au moins la personne dit d'elle-même il m'est arrivé un truc. Il y a une reconnaissance, peut-être par elle-même. Ensuite, a priori, sil n'y a pas de euh de retentissement fonctionnel important, et surtout de cristallisation d'une situation, bah euh sur des gens dépressifs, sur des gens qui ont déjà des fragilités, tout ça euh donc les gens fragiles, les gens peut-être plus qui ont émis des mécanismes de défense, de dévaluation.. clairement des choses comme ça je vais leur conseiller peut-être quelqu'un qui peut les aider sur le plan psychothérapique en leur disant que ma parole empathique ça va pas, ça va peut-être pas suffire, voilà. Alors après je suis très euh....c'est à dire que j'exprime mes limites en disant que je ne suis que ente guillemets médecin généraliste mais j'ai aussi conscience quand je le dis que je pense pas que ce soit de la fausse humilité mais c'est pour leur dire que c'est pas mon boulot. Et que même si ils aiment bien venir me voir, discuter, pleurer, moi je ne suis pas psychologue, psychothérapeute, en tout les cas pour le travail qu'il y aura à faire sur ces trucs là que cette chose là, sur cet événement, sur leur mécanisme de défense qui ont été nécessaire peut-être à un moment donné qu'ils ont mis en place . Alors même moi si ça me parle un petit peu quelque part parce que j'ai lu des trucs et parce que je me suis formé un peu, c'est pas mon travail. Donc moi médecin généraliste avant tout, si on dépiote un truc, c'est

comme pour autre chose quoi, la crise d'angor fortuite, je l'envoie au cardiologue pour qu'il fasse son taf, et j'explique au patient pourquoi et moi je fais le liant quoi.
**Chercheur :**d'accord et oui tu disais une formation ?
**Médecin 3:** alors moi j'ai fait euh.. je pense que j'ai fait styles des formations professionnelles continues sur le risque suicidaire, je me rappelle de ça, j'ai fait sur plusieurs années, le du de yoga thérapie, sur ce du il y avait une année sur le coté ente guillemet psychologique euh voila, une année plutôt psycho, une année plutôt entre guillemets rhumato respiratoire métabolique, voilà plus organique. Et sur le coté psychologique on a abordé notamment le syndrome de stress post-traumatique mais effectivement dans un enfin, je dis pas mais, c'est pas une formation pour les psychologues, c'est une formation pour les .. si il y a des psychologues mais c'est avec comme outil d'amélioration des symptômes : le yoga, enfin certaines choses du yoga notamment la respiration. Et il est vrai que moi je m'étais rendu compte que le yoga pour moi même m'avait fait du bien... voilà, et c'est parce que je trouvais que ça m'avait fait du bien sur pas mal de choses que je me suis orienté vers cette formation pour comprendre comment ça fonctionnait, donc j'ai appris à comprendre comment ça fonctionnait, le parasympathique, le sympathique et du coup il y a non seulement tout ce qui était physique physiologique mais aussi anatomique et tout les retentissements, donc forcément euh comme l'hypnose, comme la méditation, comme d'autres TCC, il y a pleins de choses qui sont euh concordantes sur la prise en charge de l'anxiété du stress et tout ça, bref c'est lors de ces formations que j'ai été sensibilisée à ça. C'est un DU qui se fait à Paris Diderot.
**Chercheur :** mais tu étais à Paris ?
**Médecin 3:** en fait j'ai fait des aller-retours, c'était sur 5 WE par an et 3 stages d'une semaine + un mémoire. Donc je l'ai fait un plusieurs années et pas seulement en 2 ans, parce que la partie toute théorique justement je l'ai faite déjà il y a une dizaine d'années donc aller au cours, écouter les séminaires les conférences, les différents intervenants, et puis dans le cadre de cette pratique, la yoga thérapie je ne me sentais pas moi de la pratiquer mais progressivement avec le temps je me suis dit mais si, tout a fait parce que c'est intéressant, c'est un outil supplémentaire et je suis à l'aise dans cette discipline là, donc après j'ai continué les stages et j'ai passé mon mémoire et voilà.
**Chercheur :**D'accord, et ça t'arrive de prescrire ou conseiller de faire du yoga par exemple ?
**Médecin 3:** Alors yoga oui. Disons que avant de faire de la yoga thérapie comme je ... pour ma propre expérience, je ne sais plus en quel terme de psychologie ça se dit mais quand on parle un peu de soi de temps en temps ça peut parler un peu aux gens donc de ma propre expérience le yoga m'a fait du bien, pour autant je ne voulais pas faire du prosélytisme donc j'explique par exemple les respirations, le rapport entre l'expiration et le parasympathique. J'ai fait aussi le DU d"hypnose et aussi en hypnose on parle pas mal du parasympathique, des conséquences sur la relaxation, sur les différents types de consciences et avant de faire de la yoga thérapie c'est en hypnose que j'aidais les gens pour certains cas, mais pas de syndrome de stress post-traumatique, moi je m'en sers pour mon travail de médecin généraliste, les douleurs chroniques
**Chercheur :** douleur chronique symptomatique de quelque chose d'autre ?
**Médecin 3:** voilà cependant effectivement c'est au décours de suivi en hypnothérapie, douleur chronique notamment que certaines choses se sont dévoilées, on me parle de certains trucs, alors la aussi, puisqu'on proposait entre guillemets un suivi pour des objectifs précis, quand je sens que c'est plus dans mon ... du même ordre, quand on est sur de la douleur chronique, de la reification, de la gestion du stress au moment de la douleur, ça je peux m'en occuper mais si il y a besoin d'autre chose, plus développementale, personnelle, psychothérapeutique c'est plutôt vers un psychologue alors plus psychologue que psychiatre d'ailleurs que je l'ai emmène.

**Chercheur :** d'accord, et il y a certains cas ou tu orientes vers un psychiatre ?
**Médecin 3:** euh.... j'ai pas toujours très confiance dans la qualité d'écoute des psychiatres. Je dis bien sûr des psychiatres parce que c'est une généralisation qui n'est pas jolie du tout, mais je vais pouvoir en citer qu'un sur le sud pour lequel je suis rassurée d'envoyer, d'adresser un patient et 5 ou 6 pour lesquels je ne suis pas rassurée d'envoyer un patient. En revanche nos psychologues psychothérapeutes je peux adresser plus en confiance à certaines personnes . Et puis pour moi le traitement psychiatrique enfin d'après ce que je vois c'est le psychiatre, y a pas beaucoup qui font le suivi psychotherapeutique donc l'écoute est là mais le reste, la prescription médicamenteuse est là, avec l'explication probablement, mais sur les reste je suis personnellement convaincue que les ressources elles sont à l'intérieur de la personne et pas forcément dans les médicaments ? Les médicaments sont comme une attelle pour une entorse de cheville ou bien un plâtre quand on s'est fracturé quelque chose, les médicaments sont la pour passer un cap, attendre que ça se solidifie et d'attendre qu'on puisse marcher soi-même sur son propre squelette. J'ai l'impression que pour certaines personnes ou dans certaines circonstances, c'est le fait de montrer qu'on est à l'écoute du patient et de tout ce qu'il a éventuellement à nous dire que ce soit organique, fonctionnel, récent, ancien qui peut éventuellement déclencher le fait que le patient va le dire. Moi il m'est arrivé d'être juste la personne qui à moment donné reçoit cette information alors que les gens ont déjà été vus par d'autres médecins ou thérapeute ou psychologues à l'hôpital. Comme si quelques fois effectivement c'est pas en posant une seule fois la question, en disant bon c'est une question qui mérite d'être posée peut-être différemment par différentes personnes comme je disais, si on sent pas... J'ai des collègues qui me disaient par exemple "mais moi je ne leur pose pas des questions comme ça parce que je 1 je m'en fous et 2 je ne saurais pas quoi en faire donc c'est vrai qu"il vaut peut-être mieux savoir en faire quelque chose plutôt que de poser la question et de minimiser une situation. Et ce qu'il y aussi frappant c'est qu'il y a des enkystements sur une situation ancienne, la personne a vu quelqu'un qui lui a dit, le message a été : " mais c'est pas grave ce qui t'est arrivé, tu vas voir ça va passer avec le temps" et plusieurs années après on peut juste dire c'était peut-être pas, enfin a ce moment là ça peut-être été nécessaire et c'était peut-être les habitudes du moment de dire que c'était pas grave mais maintenant il faut peut-être en faire quelque chose, donc c'est des questions qui mérite d'être posée même très longtemps après et très largement. D'où vient cette phrase, une FPC, ne formation par internet sur les violences faites aux femmes, je sais plus si c'était gema ou AFM et comme j'en avais un peu soupé des 2 jours au séminaire avec des gens peu intéressants, je m'étais inscrit sur internet ou tu lis, écoutes des informations ou il y a des pré-requis et post-requis machin chose, et on voit une consultante qui vient 2 ou 3 fois te voir et euh.. cette question était proposée et il m'a fallu du temps avant d'utiliser cette question aussi abruptement et de me l'approprier : " est ce qu'une fois dans votre vie vous avez été en situation d'infériorité, ou d'humiliation ou en danger de mort et vous n'avez rien pu faire" juste cette question là, ça peut vraiment être quelque chose qui déjà qui rassure, on me pose la question.

FIN

**<u>Entretien n°4, février 2018 :</u>**
***Femme généraliste 48 ans, 20 à 25 patients par jour, 3 jours / semaine, associée à 2 autres médecins, cabinet en ville.***

**Chercheur :** Qu'est ce que pour vous un psychotraumatisme ?
**Médecin 4:** Oui, bah ça va être tout ce qui est euh, oui des traumatismes après euh, qu'est ce que ça représente un psychotraumatisme, qu'est ce que tu peux avoir dans euh... ça va être

euh, enfin moi je pense comme ça plus facilement à des ado et des enfant, j'ai l'impression que c'est plus ce que je vois en fait dans psychotraumatisme euh... par rapport à ouais je vais penser à des maltraitances, des choses comme ça en fait et pas physique forcément, plutôt euh ou après ça va être par rapport à la prise en charge des patients, à LEUR prise en charge en fait .

**Chercheur :**Comment ça ?

**Médecin 4:** Dans la prise en charge suite à un accident, si tu veux il peut y avoir quelque chose de très organique et puis euh on s'occupe du truc très organique et puis euh ça a engendré un traumatisme psychologique qui n'est pas pris en compte finalement, et nous on revoit les patients pour ça aussi. Moi il y a des patients ou c'est le cas en fait, dans la prise en charge des patients euh voilà on prend en charge le problème organique et finalement euh c'est pratiquement plus le problème et euh … et le problème c'est comment il a été pris en charge. Ce patient vit mal les choses parce que la prise en charge a été de telle façon ou parce que tels mots ont été dit ou tu vois ?

**Chercheur :**Vous sentez vous en première ligne par rapport aux patients ?

**Médecin 4:** Je pense quand même oui, après en première ligne … après je sais pas est ce que psychotraumatisme est ce que c'est aussi, je sais pas la femme qui a des problèmes de couple et qui vient s'épancher ici et euh, est ce que c'est un psychotraumatisme ça ? Ce matin j'en ai vu avec une patiente qui a des conflits intra-familiaux, avec des conséquences chez elle, y a pas de dépression qui se met en place mais si tu veux, tu sens que ça peut glisser euh bah voilà.

**Chercheur :** et comment vous le prenez en charge ?

**Médecin 4:**EH bin euh... quand je pense le prendre en charge seule, je prends en charge seule mais, de façon systématique je propose toujours une prise en charge à plusieurs avec un réseau si le patient est d'accord, donc euh chez les ado je vais leur proposer la maison des ado, la cazado, des choses comme ça...enfin j'ouvre les portes en fait. Je leur dis ce qui existe, que ça soit des médecines parallèles, que ça soit la psychologue, que ça soit la cazado, que ça soit chez moi, la PMI, enfin.. tous les outils enfin tous les outils que je connais, j'essaye de l'évoquer si nécessaire en fonction de si c'est un ado, personne âgée etc et euh … de façon à trouver le bon outils et de façon à accrocher la personne en fait et que ça puisse avancer et qu'elle puisse... c'est un travail quoi.

**Chercheur :** est ce que ça vous arrive de le chercher de manière systématique ?

**Médecin 4:** Ouais, bah oui forcément parce que …

**Chercheur :** Ça dépend des symptômes ?

**Médecin 4:** ça dépend du motif de consultation aussi, motif complètement bidon la euh, tu vois qu'il y a quelque chose qui va pas, qu'il y a un décalage, tu tends une perche elle éclate, elle commence à pleurer et euh elle commence à s'épancher et elle te raconte des trucs pas possible quoi et...mais sincèrement moi euh moi j'ai toujours dit on est en groupe, je dis toujours à mes associés à mes collègues, il faut un psychologue ou un psychiatre à coté d'un cabinet de généraliste quoi...parce que quelque part tu peux pas franchement, moi maintenant j'ai plus d'expérience, je suis un médecin assez empathique, je pense même trop certainement, donc mon expérience a fait que je tends moins la perche parce que sinon je ne fais plus de la médecine générale quoi. C'est un problème aussi quand tu as une patientèle derrière et que tu dois avancer, tu peux pas donner 30 min à tout le monde ou voire plus parce que moi ça m'arrive de devoir donner plus de 30 min mais bon voilà si très facilement, alors après peut-être je m'égare un peu, ça rentre plus dans le psychotraumatisme mais euh

**Chercheur :** donc un des obstacles à détecter ou prendre en charge des psychotraumatisme donc c'est le temps ?

**Médecin 4:** Le temps c'est certain oui. Parce que pour le détecter il faut donner du temps au patient, et puis si on commence à amorcer quelque chose euh.. après tu peux pas dire au

patient « bon bah d'accord, on se revoit, là j'ai du monde derrière ». Forcément tu donnes du temps derrière ce genre de consultation donc euh...
**Chercheur :** et vous voyez d'autre obstacle à détecter ou prendre en charge ?
**Médecin 4:** Moi je vois pas d'obstacle parce que c'est plutôt bien . Je veux dire la consultation elle change complètement à partir du moment où tu dépistes ce genre de chose bah euh la consultation ne sera plus la même, la problématique ne sera plus la même bah euh tu traites ce qu'il y a vraiment à traiter et tu ne tournes pas en rond sur quelques chose en fait euh...
**Chercheur :** certains médecins donnent l'argument de leur incompétences pour ne pas aborder ce sujet...
**Médecin 4:** oui moi je ne dis pas que je me sens compétente et après je ne suis pas compétente en plein d'autre trucs hein... à partir du moment ou je connais mes limites, après je délègue. Moi je pense que de toute façon notre rôle c'est de faire de la prévention et du dépistage et ça en fait beaucoup parti donc c'est très intéressant de dépister, moi je suis plutôt contente... de pouvoir ouvrir la porte, mais encore une fois, c'est vrai que parfois je peux sentir des choses et euh je tends pas la perche, parce que je sais que j'ai du monde derrière, parce que y a des jours j'ai pas envie et que c'est souvent des consultations plus lourdes plus euh...mais bon je vais dire au patient de revenir ou euh... tu vois . Parce qu'après on n'est jamais non plus dans l'urgence.
**Chercheur :** est-ce que vous avez l'impression que c'est bien pris en charge par votre réseau ?
**Médecin 4:** Non non je crois que c'est quand même pas mal parce que ici on un psy au CMP qui est quand même pas mal, qui communique avec les généralistes donc il nous appelle, il fait des courriers tout ça donc ça c'est plutôt cool, et après ça dépend si nous on arrive à avancer quelque chose avec le patient en fait . Donc soit c'est quelqu'un de très volontaire qui de toute façon va faire les démarches même sans nous, et puis la difficulté ça va être les gens qui veulent pas trop ou qui préfèrent en disant « non non je préfère vous voir vous », « c'est avec vous que je veux faire les choses » et tout donc ok très bien mais euh...Non le réseau je crois que c'est pas mal. Ce qui peut pécher je pense c'est pour la personne âgée où l0 c'est difficile je pense ouais !
**Chercheur :** parce qu'il faut passer à domicile, ce genre de problématique ?
**Médecin 4:** Non c'est pas tellement ça, c'est mettre les choses en place . C'est pour l'accès par exemple au psychologue si elle peut pas se déplacer qui va l'emmener, elle n'est pas en ALD qui va le faire ? La famille n'est pas toujours disponible...le personne âgée va pas vouloir forcément non plus euh...je trouve que c'est beaucoup plus compliqué avec la personne âgée moi.
**Chercheur :** très bien, d'autres remarques ?
**Médecin 4:** non

FIN

**<u>Entretien n°5, mars 2018</u>** :
***Homme 50 ans, cabinet en association à 2, travaille un jour sur 2, sur rendez vous uniquement, pas de visite. Formation d'urgentiste.***

**Chercheur :** Première question. Quelle définition du psychotraumatisme vous feriez ?
**Médecin 5:** Psychotraumatisme, bah c'est une atteinte psychologique suite à traumatisme qui peut être soit d'ordre physique soit d'ordre psychologique. Heu qui peut avoir des retentissements sur heu, l'humeur euh, oui je le rapproche pas mal de, des syndromes un petit peu dépressifs, euh en fait je cherche le psychotraumatisme en fait souvent quand je suis face

à un patient d'humeur dépressive en fait. Je ne le recherche pas de façon systématique euh lors des consultations tout venant euh...sauf si euh il y a eu je sais pas relation sexuelle, atteinte particulière, c'est ce qu'on cherche aussi en plus des … Mais de tout venant il y a déjà le sentiment qu'on peut avoir de comment est la personne.. comme ça, de prime abord. Si on la sent plutôt il y a quelque chose qui ne va pas ou psychologique ou quoi, dans ce cas la on recherche, mais si il y a quelqu'un qui se plaint de rien et qui est pas apathique en face de moi je vais pas rechercher.
**Chercheur :** et il y a d'autre signes qui vous font vous orienter vers un psycho traumatisme ?
**Médecin 5 :** euh non, c'est vraiment comme je te disais, c'est vraiment dans le cadre des syndromes un petit peu dépressifs, c'est réactionnel à quelque chose ou pas quoi... Après qu'est ce qu'on entend par traumatisme ? Quelqu'un qui est dépressif, quelque part c'est un psychotraumatisme parce que c'est une conséquence de quelque chose, quelque chose qu'elle n'arrive pas à gérer ou euh ou voilà une perte, un deuil pas réglé, que ce soit le deuil d'une personne ou deuil euh d'un projet ou de quelque chose quoi. Donc quelque part ça reste un traumatisme. Ça dépend ce qu'on appelle un traumatisme. Un traumatisme physique qui arrive brutalement ou c'est quelqu'un qui arrive pas à gérer sa vie perso, sa vie professionnelle, sa vie familiale ou quoi ? Psychotraumatisme ? A la limite tout ce qui est d'ordre psychologique c'est psychotraumatique. Tout dépend ce qu'on entend par psychotraumatisme. Quelle définition on en donne ? C'est vachement large ! C'est une atteinte psychologique suite à un traumatisme. Est ce que c'est un traumatisme physique, est ce que c'est un traumatisme psychologique. Après c'est vrai que le panel il peut être vachement large. J'ai le cas d'un patient qui a un peu plus de 60 ans, motard euh, il s'est fait renversé par une bagnole il y a 2 ans, gros souci au niveau, triple fracture au niveau des jambe etc, bon ça a été vachement long, et il est rentré dans un espèce de système de dépression etc, je l'ai fait suivre par le centre de victimologie, les psy. Donc la ouais psychotraumatisme, suite au traumatisme de son AVP. Là c'est évident si tu veux. Euh … voilà après euh... en fait c'est quoi les questions que tu te poses par rapport à ta thèse, c'est où tu vas quoi ?
**Chercheur:** Une fois détectés les possibles patients atteint de psychotraumatisme, qu'en faites vous ?
**Médecin 5** :Alors ça va dépendre de chaque médecin généraliste. Soit ils se sentent capable de faire des entretiens plus orienté psy, moi perso j'en fais pas trop. Soit je l'ai adresse à un psychologue, soit je les adresse à un psychiatre, euh...voilà.
**Chercheur :** Et ils vous écoutent assez facilement ou c'est des gens qui disent non à la prise en charge ?
**Médecin 5 :** ça va dépendre de la relation qu'on va avoir, après il y en a qui n'ont aucun problème avec le psy en général. Et puis il y en a d'autres qui disent on je ne suis pas fou. Après question d'argent aussi quoi... les psychiatres c'est pris en charge, les psychologues faut débourser... donc voilà. Après peut qu'on fait le prise en charge d'un psychotraumatisme sans le savoir hein ? Un accompagnement, Je vois par exemple, le truc qui me vient à l'idée, mort fœtale in utero, la femme qu'on continue à suivre derrière, les consultations d'après euh, et bin on l'accompagne différemment, est-ce que c'est pas déjà une prise en charge d'un psychotraumatisme du à la perte d'un enfant, c'est comme Monsieur Jourdain on fait de la prose sans le savoir. Donc ça fait partie de prise en charge globale qu'on peut faire, médico-psycho-sociale de l'accompagnement des patients quoi.. euh... Ça débouche sur quoi ? La définition ok, mais ta thèse ça va dire quoi ? Moi les entretiens un peu psy j'ai du mal. Je ne suis pas peut-être comme tu dis formé ou euh j'ai pas vraiment d'aspiration ou d'affinités avec ça si tu veux. Je le fais un peu mais voilà je ne vais pas plus loin. Moi mes patients ils sont plus orientés gynéco, pédiatrie et je m'éclate là-dedans la tu vois ? Donc pareil moi les dépressifs moi j'aime pas les faire. Je le fais de base puis après je passe la main quoi.

Par exemple pour la mort fœtale in utero, c'est moi qui ait annoncé. On avait aucune explication sur la cause, rien. L'anapath, rien n'a explique. Donc c'était dur. On ne connaît pas l'origine. On se remets en cause, putin est ce que je ne suis pas passé à coté de quelque chose etc. Elle a fait une grossesse 1 an après. Donc on l'a surveillé sur le feu. Ça s'est très bien passé. Donc c'est le truc qui arrive, et mentalement elle était pas bien, elle était dépressive, mais un peu apathique, un peu pétrifiée. Après euh ça dépend de la sensibilité de chaque médecin. On a pas eu la formation oui mais est ce que j'en demande ? Non
**Chercheur :** Avez vous l'impression d'être bien secondé, d'avoir un réseau satisfaisant ?
**Médecin 5 :** Après faut savoir à qui adresser, est-ce que c'est possible d'accès. Après moi je sais que mon associée est plus là-dedans que moi donc à la limite sans l'envoyer chez un spécialiste. Oui on a pas été assez formé.
**Chercheur :** Donc les freins ?
**Médecin 5 :** oui c'est le manque d'affinité, pas de temps car comme c'est sur rendez-vous on peut prendre le temps.
**Chercheur :** Pourquoi vous vous mettez une barrière d'affinité ?
**Médecin 5 :** Peut-être que moi pareil parce que ça me renvoie peut-être à des trucs perso que moi j'ai pas réglé... c'est sûr donc euh...Moi tout les trucs de euh, enfin ça rentre peut-être pas dans le psychotraumatisme mais euh les histoires de congugopathie tout ça... moi j'ai du mal, on est pas forcément là pour conseiller. Et est-ce que c'est notre boulot ? On peut pas tout faire non plus quoi. Après si on a envie d'être formé... Comme je dis si on a envie de faire on fait quoi. Psychotraumatisme du médecin aussi il doit y en avoir ?
**Chercheur :** Vous êtes plusieurs à me le dire !
**Médecin 5 :**Oui la profession médicale en général qui est forte pourvoyeuse de burn out . Est-ce que c'est pas un psychotraumatisme du à la charge émotionnelle. C'est plus la charge émotionnelle que la charge physique. Alors après je ne sais pas comment tu vas rédiger tout ça, sortir des verbatim quelque chose, c'est compliqué.

FIN

**Entretien n°6, mars 2018:**
***Homme 40 ans, campagne isolé, seul dans son secteur, travaille tous les jours sauf le mercredi et dimanche, voit 25 à 40 patients par jour.***

**Chercheur :**Pour vous qu'est ce qu'un psychotraumatisme ?
**Médecin 6 :** Tout ceux qui ont eu des traumatismes qui ont, peuvent entraîner des conséquences psychologiques donc euh.. a priori tout ce qui est agressions physiques, sexuelles, accident de la route, enfin des choses un peu... émotionnel fort donc je t'avouerais que euh accident de la route j'en ai mais pas de personne qui sont spécialement traumatisée, enfin j'ai pas eu de gros accident ou de gros handicap derrière en tout cas. Je pense à une dame mais c'est surtout des cervicalgies qui ont traîné un petit peu. Après la plupart des gens que je suis c'est plutôt pour des dépressions mais sans cause particulière, enfin une dépression classique euh...enfin je sais pas s'il y a des dépression classique mais pas de euh facteur déclenchant particulier. On a les tests maintenant, les tests d'Hamilton ou on retrouve pas forcément de cause à cette dépression, il n'y a pas forcément de facteur déclenchant, c'est plutôt, ça vient progressivement.
**Chercheur :** quels signes vous font penser à des psychotraumatismes ?
**Médecin 6 :** Euh... bah c'est plutôt les angoisses avec différentes phobies, et surtout les phobies sociales, les conduites d'évitement surtout, les gens qui ne veulent plus sortir, enfin selon ce qui s'est passé ne veulent plus prendre la voiture ou qui ne veulent plus sortir. Euh

c'est plutôt par rapport à ça que je serais orienté mais... j'en ai une qui a ce problème là mais c'est une pathologie psy, une patient qui a une réelle phobie sociale et qui n'arrive pas à prendre le bus, qui n'arrive pas à sortir mais je n'ai pas d'antécédent particulier traumatique mais bon elle a un terrain psy suivi par le psy. Il y en a autre a priori qui aurait un traumatisme dans l'enfance, mais très très psy. Il n'est plus interrogeable, il a trois neuroleptiques. Il a une cinquantaine d'années donc ça remonte depuis très longtemps. Il est diagnostiqué psychotique. Il a été diagnostiqué psychotique sur traumatisme de l'enfance. J'ai jamais réussi à savoir ce qui s'était passé parce que moi je suis installé depuis 7 ans donc ça fait très longtemps déjà qu'il avait ce problème là et euh... mais bon là il est vraiment psychotique, il doit avoir 2 ou 3 neuroleptiques, fortes doses... voilà. Sinon des dépressifs classiques j'en ai pas énormément ici hein c'est vraiment pas la base de mon activité, je vais avoir 3 ou 4 sous antidépresseur ça ne doit pas aller beaucoup plus loin. Après c'est comme les gens des hauts, les anciens ils vont moins s'en plaindre et c'est une vie un peu plus saine ici aussi. Il ont encore leur vie avec leur jardin, leur voisinage. Il ont une vie asociale qui est déjà naturellement, enfin qui permet un peu de se préserver des problèmes des stress de la vie, du burning out tout ça, je pense qu'ils sont beaucoup moins confrontés ici que dans les bas. C'est vrai que, non c'est des gens qui se plaignent pas trop en général, en tout cas en apparence plutôt heureux.
**Chercheur :** et si jamais vous avez à en prendre en charge ?
**Médecin 6 :**Tout dépend deee, enfin la demande de la personne, si elle demande à être pris en charge moi généralement moi je m'y oppose pas, je fais le relais directement. Et puis après pour les symptômes quoi, si c'est léger ou pas et puis voir comment ça se passe, généralement on essaie plutôt un traitement de première ligne. Bon après je pense si il y a un réel problème j'enverrai assez rapidement vers un psychologue plutôt, parce qu'il y a des psychologues spécialisés dans ça, dans la prise en charge post-traumatique, à la saline.
**Chercheur :** Et vous trouvez facilement ?
**Médecin 6 :** oui mais le problème c'est que c'est payant ! C'est le souci, mais si je pense que si j'avais ce souci là avec des symptômes importants j'adresserais vers eux assez rapidement, à faire le relais ou avec un psychiatre mais euh après tout dépend des symptômes. Si c'est des dépressions qui posent pas trop de souci dans le quotidien, qui posent pas de problème dans leur vie au quotidien, je commencerais le traitement ici.
**Chercheur :** OK et euh...
**Médecin 6 :** Quel traitement ?
**Chercheur :** oui ?
**Médecin 6 :** des antidépresseurs que je leur mets mais très peu d'anxiolytique, eu début mais
**Chercheur :** est ce qu'il y a des freins à en parler qui vous concernent ?
**Médecin 6 :** Le temps en consultation. Oui ça peut jouer. Ça dépend quand ils tombe, après oui c'est ça. Par exemple là on va avoir du temps, il y a personne, je vais avoir des consultations qui vont être très courtes et puis j'aurais peut être 10 personnes dans la dernière demi-heure et donc si elle vient pour ça à ce moment c'est sûr que ça ne sera pas possible de prendre ça en charge. Ça dépend vraiment des périodes, après c'est vrai que quand on les suit, généralement j'essaie de leur donner des créneaux où ils peuvent venir pour qu'on puisse en parler un petit peu... c'est difficile de faire moins de 20-25 minutes quand même sur une consultation, et quand il y a plein de monde c'est pas gérable, passer autant de temps... sinon on s'en sort plus. Enfin ça dépend des journées, ça dépend des moments mais c'est vrai que bon souvent ceux qui demande vraiment et beaucoup d'écoute je les adresse au psychiatre dans ces cas-là parce que une fois sur 2 je suis obligé de leur dire bon bah là faut qu'on arrête parce que là, il y a 15 personnes qui attendent, ça va pas être possible de passer plus de temps donc c'est vrai qu'il y a besoin d'écoute, il y a besoin de parler on a pas toujours le temps pour ça. Tout dépend les créneaux, les journées c'est vrai que c'est variable, ça m'arrive de leur dire finalement je pourrais pas le prendre ici.

FIN

**<u>Entretien n°7, avril 2018 :</u>**
***Femme généraliste en campagne, 41 ans installée seule, voit entre 25 et 35 patients par jour .***

**Chercheur :** Quelle définition vous feriez d'un psychotraumatisme ?
**Médecin 7 :** Pour moi c'est quand il y a un retentissement somatique, social et éventuellement professionnel, familial, euh.. mais vraiment avec des signes somatiques, des troubles du sommeil, perte d'appétit, des troubles anxieux, alors après psychotraumatisme, enfin pour moi, il y a des signes au départ, c'est vrai qu'ils peuvent se modifier, s'atténuer ou se transformer et des fois des douleurs, des choses qui sont plus décalé de la réalité du traumatisme initial.
**Chercheur :** Traumatisme initial ? Ce serait quel type de traumatisme ?
**Médecin 7 :**Tout, tout. C'est à dire qu'en fonction des personnes, ça peut être un traumatisme psychologique, ça peut être physique, un deuil, quelque chose, un accident, ça peut-être euh, une mauvaise nouvelle, en fonction de la personne, ce qui peut un traumatisme pour un ne va pas être pour l'autre.
**Chercheur :** Avez vous un exemple de patient ?
**Médecin 7 :** Oui, une personne âgée qui sortait du garage, c'est sa fille qui conduisait, la voiture a commencé à prendre feu, elle est venu me consulter parce qu'elle n'avait pas dormi, parce que les images tournaient en boucle dans sa tête le soir même.
**Chercheur :** Et à distance ? Vous avez des exemples ? Quels signes on peut voir ?
**Médecin 7 :** Après j'en ai c'est quand même plus évident aussi car c'était un monsieur militaire et euh qui était parti en Afghanistan en armée de terre, et en fait avec ses filles par exemple, il y avait une représentation et il se mettait toujours en arrière de la salle pour qu'il n'y ai jamais quelqu'un dans son dos, donc voilà il avait des comportements un peu de fuite et de surveillance dans la vie civile qui était resté, et c'est vrai qu'initialement ça pas été rapporté par lui, ça a été rapporté par sa femme. Ça c'est vrai que c'est un peu plus évident. Après je vais chercher euh .. quand il y a des troubles somatiques que je n'explique pas ou il y a des signes euh … comment dire, il y a vraiment un cortège très riche de symptômes sans étiologie enfin un examen clinique qui reste normal et la donc rapidement la j'aborde un peu si il y a quelque chose. Je pose aussi la question. J'essaie maintenant de plus en plus de la poser même dans mon entretien initial de premier contact avec les patients à savoir s'ils ont déjà subi des violences au cours de leur vie. Et c'est vrai qu'il y a des choses qui ressortent, alors c'est vrai que chez les femmes il y a pas mal de chose dans l'enfance ou jeune adulte. Alors est ce qu'on a peur à rapprocher ça exactement parce que je ne suis pas formé après au psychotrauma et de savoir euh... en plus les gens viennent euh... ils sont quand même rattachés à leurs symptômes et d'accepter que ça soit lier à euh à quelque chose d'ancien ou quelque chose de psy parce que du coup on dit que c'est ma tête qui ne va pas donc ça c'est un peu négatif, alors ils ont du mal a partir vers là, c'est pour ça qu'on a besoin de les rassurer, de faire un bon check- up sur tout le reste.
**Chercheur :** et donc vous posez la question de manière systématique ? Surtout aux femme ou...?
**Médecin 7 :** alors, en fait maintenant, depuis pas longtemps hein, ça fait 2 ou 3 mois que du coup je le pose comme je demande si il fume, si euh
**Chercheur :** D'accord, c'est intéressant, et vous avez l'impression que c'est fréquent ?

**Médecin 7 :** Oui. C'est fréquent et euh parce qu'après les gens vont se poser la question c'est quoi une violence, et c'est vrai que je détaille psychologique, bien sur sexuelle, physique et donc c'est vrai que dans l'enfance, chez les hommes on a quand même beaucoup beaucoup de violence physique voire psychologique (« t'es bon à rien »)
**Chercheur :** ok, et aux enfants vous leur poser la question ?
**Médecin 7 :** Alors pas encore, euh... je pense que comme beaucoup de professionnels, c'est un peu.. je suis gêné par l'impression de m'immiscer dans la relation, en plus c'est rare que j'ai l'enfant tout seul. Ça m'est arrivé de la poser. La récemment j'ai eu une jeune fille de 8/10 ans, c'est vrai qu'elle vient pour euh des douleurs abdominales avec une perte de poids de 3 Kg, et en 6 mois je ne l'avais pas beaucoup vu, c'est un age ou on ne les voit pas souvent. Donc dans ces cas la généralement je prends un petit temps j'explique aux parents que je vais prendre l'enfant toute seule et c'est vrai que je lui ai posé la question.
**Chercheur :** et quand un patient a eu visiblement u psychotraumatisme, vous en faites quoi ?
**Médecin 7 :** alors en fait quand c'est en aigu je les adresse pour faire de l'EMDR
**Chercheur :** Vous connaissez des gens qui le font ?
**Médecin 7 :** Alors j'ai cherché, et il y avait Mme Muller, je l'ai appelé pour savoir un peu s'il y avait des contre indications euh à ses techniques que je connaissais en théorie mais pas . Voilà donc j'ai appris qu'il fallait qu'il n'y ait pas de benzodiazépine, aussi s'il y a un accident que s'il y a des pompiers qu'on note que les gens soit victime même s'il y a rien d'apparent parce que ça peut être pris en charge par les assurances. Après j'ai cherché en catastrophe pour une autre personne, j'ai appelé le centre Ficher du coups parce que j'ai vue que, j'ai été sur le site en fait de l'EMDR pour voir les gens qui sont formés par l'école, donc j'ai appelé le médecin du centre Fisher qui lui enfin c'était un psychologue au centre Fisher qui font de l'EMDR, il m'a donné l'adresse d'une autre personne qui est en cours de validation et il m'a donné donc Mme Perrier à Piton St Leu qui est psychologue, elle travaille aussi avec les pompiers.
**Chercheur :**Vous avez l'air intéressée par le sujet, vous avez une formation particulière ?
**Médecin 7 :** Parce que quand il y a des choses efficaces il faut les utiliser. Comment j'ai connu l'EMDR, je ne sais plus, je bouquine un peu, après euh ...j'ai passer le DIU pratique psycho corporelle et santé intégrative, il y a 2 ans, au Tampon, avec Paris. Après pour des choses plus anciennes j'envoie à des psychothérapeutes généralement, plus que des psychiatres. Alors j'ai pas trouvé de psychiatre avec qui euh avoir confiance... Et puis il y a des formations libres sur internet comme Mooc francophone. Après il y a tous les secteurs d'activité. C'est vrai que c'est une source d'accès professionnel vraiment intéressante.
**Chercheur :**Avez vous des freins qui pourraient vous empêcher le voir, de les détecter ?
**Médecin 7 :** Bah après le … non, je pense que j'ai … je prends du temps en fait pour mes consultations, ça laisse le temps, enfin ça laisse l'ouverture du coup au patient pour discuter. Ça serait plus avec les enfants, aujourd'hui je ne serais pas à l'aise pour euh aborder le sujet sans m'immiscer trop, sans que les parents aient l'impression qu'il y ait un jugement.
**Chercheur :** c'est vis à vis des parents que ça vous gène ?
**Médecin 7 :** Oui, oui pas vis à vis de l'enfant. Et puis en plus si c'est intra-familial. Si c'est un cas j'en sais rien, qui s'est passé à l'école, non il n'y aura pas de souci, surtout que généralement...enfin ça m'est pas arrivé pour l'instant de détecter même si des fois je pose des questions aux enfants et les parents sont un peu surpris mai ça m'est arrivé pas fréquemment quand même mais euh ...
**Chercheur :** Par exemple ?
**Médecin 7 :** bah poser la question, comment ça se passe à l'école ? Des fois avec les taties, savoir les rapprochements, ou avec d'autres enfants ? Euh.... après comme autres freins euh...Le temps alors je prends le temps, je ne sais pas jusqu'à quand . En fait c'est ça qui est compliqué, j'ai des consultations qui durent une bonne heure donc des fois c'est vraiment

compliqué à gérer. Ça m'est arrivé de dire aux gens qu'il faut qu'on se revoit. En plus on pas de rémunération adaptée, du tout.
**Chercheur :** ça eut être un frein ?
**Médecin 7 :** Voilà. Après pour moi aujourd'hui, je suis jeune médecin et c'est vrai que ce qui m'importe c'est de faire ce que je ressens, et s'il ont besoin de discuter au moment et que c'est le moment de délier. Après je serai peut-être plus habile pour euh cadrer et décomposer peut-être la consultation. Ça c'est vrai que pour l'instant je ne sais pas trop.
**Chercheur :** D'accord, bon vous avez dit beaucoup de choses intéressantes, vous avez d'autres choses à dire ou des questions ?
**Médecin 7 :** euh...non

FIN

**Entretien n°8, avril 2018 :**
***Femme 42 ans généraliste installée, pas de formation sur le sujet, un stage externe en 3eme année. 20 à 30 patients par jour, 4,5 journées par semaine, 2 à 3 visites par jour. Centre de petit ville.***

**Chercheur :** Pour vous, qu'est ce qu'un psyhotraumatisme ?
**Médecin 8 :**La définition ?
**Chercheur :** oui...
**Médecin 8 :** C'est un événement aigu qui devient,.. dans la vie psychologique du patient, chez quelqu'un qui n'a pas d'antécédent, un coup d'éclair dans un ciel serein je ne sais pas.
**Chercheur :**donc ça serait un événement... ?
**Médecin 8 :** un psychotraumatisme oui pour moi c'est un événement. Physique ou psychologique mais voilà.
**Chercheur :** mais ça serait aussi les symptômes qui en découlent ?
**Médecin 8 :**Plutôt.. non. Le psychotraumatisme ça serait les symptômes qui vont découler du Psychotraumatisme en sachant qu'il peut... des fois euh... comment on dit ? Postérieur. Il peut y avoir une latence entre le psychotraumatisme et les symptômes du patient, qui peuvent apparaître plusieurs mois après.
**Chercheur :** d'accord. Et ces symptômes ça serait quoi pour vous ?
**Médecin 8 :**Anxiété, insomnie euh... les symptômes de l'anxiété ?...
**Chercheur :** oui...
**Médecin 8 :** des dépressions, enfin c'est pas vraiment de la dépression parce que c'est plutôt euh... c'est le syndrome de stress post-traumatique c'est ça ?
**Chercheur :** oui d'accord,et vous avez l'impression d'en voir souvent ça des …
**Médecin 8 :** Souvent non heureusement ! Mais oui, ça arrive régulièrement. Accident de voiture par exemple. Ça me vient à l'esprit. Soit accident du patient ou des fois de leur enfant, juste comme ça. Ou assister à des choses euh... des fois l'anxiété du patient n'est pas forcément en rapport avec a gravité de l'accident. Pas toujours hein ? Mais …
**Chercheur :** quels autres événement ?
**Médecin 8 :** Une agression verbale euh... des agressions par exemple. Parfois c'est pas forcément des agressions très euh, enfin des agressions physique mais qui sont pas forcément sérieuses. Après il y en a aussi avec des agressions qui sont très euh... avec des fractures des choses comme ça. C'est pas forcément des agressions, ça peut être des insultes, des choses comme ça. Dans le cadre du travail...
**Chercheur :** Et vous quand vous avez à faire avec des gens comme ça présentant des symptômes d'anxiété,...Vous en faites quoi ?

**Médecin 8 :**ça dépend des patients, après euh.. ça dépend. Après ça dépend de l'age. Si c'est des jeunes, on est un petit peu bloqué parce que la psychologue les délais c'est pas la peine. Pour les adolescent il y a le CAPAS, ils prennent sans rendez vous et ça c'est bien. Après .. alors je sais qu'il y a une unité de psychotraumatisme et de victimologie à St Pierre. Après euh si les patients ont les moyens ils vont voir le psychologue en ville, mais ils ont rarement les moyens. Ça va être le CMP quoi. Sachant que les délais sont long. Le CMP ils peuvent voir des infirmiers dans des délais en général assez rapides. Le lendemain ou dans la semaine. En tout cas au CMP à St Louis.
**Chercheur :** et des psychologues vous en connaissez ?
**Médecin 8 :** Bah oui, déjà à côté on a une psychologue, sinon oui on trouve facilement.
**Chercheur :** d'accord. Et vous si vous décidez de ne pas l'adresser, vous en faites quoi ?
**Médecin 8 :** en général je vois s'il a des antécédents. Si c'est un syndrome post-traumatique pur en général il n'y a pas de, les psychiatres disent qu'il n'y a pas forcément d'antécédent. Après des fois c'est des gens qui ont des..enfin...une personnalité un peu sensible, enfin... plus fragile, susceptible. Des gens qui ont déjà eu des dépressions... mais pas forcément en fait hein !
**Chercheur :** D'accord. Et qu'il y a des choses qui vous bloquent soit dans la détection soit dans la prise en charge ?
**Médecin 8 :** Bah souvent c'est que c'est atypique en fait. Ils disent pas qu'ils sont stressés ! Ils ont mal au ventre, il ont mal à la tête. Il y a des signes somatiques, ah bah oui. Beaucoup de mal au ventre, des malaises euh...des maux de têtes, des douleurs articulaires, c'est très fréquent en médecine générale.
**Chercheur :** Et avec ses symptômes vous en faites quoi ? Vous posez des questions d'emblée ou... ?
**Médecin 8 :** Bah n fait les deux en même temps tu vois ? On essaie d'éliminer la question organique. Quelqu'un qui a une dépression tu vois déjà quand même s'il n'a pas une hypothyroïdie euh....
**Chercheur :** D'accord. Et les questions, quelle genre de questions vous posez ?
**Médecin 8 :** Ça dépend du patient.
**Chercheur :**Vous n'avez pas de question type ?
**Médecin 8 :** Non j'ai pas vraiment de questions type. Si après il y a toujours des questions si les gens dorment bien. Parce que c'est quand même très rare d'être stressé quand on dort comme un bébé. Ça va être s'il perd du poids... si …
**Chercheur :**Après si on s'oriente vers une cause psychologique vous faites quoi ?
**Médecin 8 :** ça dépend des patients. J'essaie d'éviter les benzodiazépines quand je peux. Comme ça marche très bien ils s'y habituent...

FIN

**<u>Entretien n°9, mai 2018 :</u>**
***Femme 45 ans, installée à mi temps zone campagne isolée, une visite par jour, associée à un autre médecin généraliste.***

**Chercheur :**Selon vous quelle est la définition d'un psychotraumatisme ?
**Médecin 9 :** Ok, donc un traumatisme psychologique ? Euh... je dirais que c'est un événement qui a de conséquences...au niveau psychologique, possiblement au niveau physique aussi, euh délétère euh, et qui peut nécessiter une prise en charge, … euh....
**Chercheur :** Et c'est quel type d'événement pour vous ?
**Médecin 9 :** Euh ça peut être très varié

**Chercheur :**Vous avez des exemple de patients qui vous viennent à l'esprit ?
**Médecin 9 :**Alors euh... oui ! Séparation, violence conjugale, violence euh, je dirais dans la garde des enfants, enfin c'est pas vraiment un psychotraumatisme mais bon....Psychotraumatisme, après il y a, par rapport à mes patients précisément ? Ça peut être des images qu'on a vu même si elle ne sont pas réelles mais traumatisantes, ça peut être des scènes réelles même si on a pas participé et qui nous concernent pas directement.. euh ça peut être une mort in utero, un accident de voiture, enfin tout type d'accident...euh.... une situation à laquelle on a pas su réagir, d'être témoin du décès de quelqu'un euh, ou même au long cours euh assister à la souffrance de quelqu'un qui est malade.
**Chercheur :** D'accord, bah ça fait beaucoup de situations. Vous avez l'impression d'en voir souvent ?
**Médecin 9 :** c'est pas rare je dirais, après évidemment, viols, attouchement...
**Chercheur :** Et quand vous les voyez, comment ils se présentent les patients ?
**Médecin 9 :** euh alors ça peut être carrément des personnes dépressives, qui pleurent euh qui se mettent à pleurer au cabinet, des personnes qui ont perdu de poids de façon brutale, changement d'humeur, repli sur soi, crise d'angoisse, …. des malaises, des jeune filles qui font des malaises, et on ne sait pas pourquoi....euh...
**Chercheur :** Oui donc il y a pas mal de symptômes physiques aussi ?
**Médecin 9 :** oui. Je dirais que c'est rare que ça soit de la simple verbalisation, il y a toujours quelque chose euh, c'est plus bruyant que ça quand même, souvent. Mais il faut faire un bilan somatique avant...
**Chercheur :** Ok, et quand vous vous trouvez face à quelqu'un qui a vécu un événement qui a été a priori traumatisant pour lui, que faites vous ? Après je sais que ça dépend des situations, mais globalement ?
**Médecin 9 :** Oui c'est u peu général. Bah essayer un peu de discuter, comprendre ce qui s'est passé, faire faire baliser... euh.....
**Chercheur :** ça vous avez le temps de la faire en pratique ?
**Médecin 9 :**pas toujours, après il arrive que assez régulièrement quand j'ai besoin du temps, il se trouve qu'il y a personne derrière, et j'arrive à pouvoir discuter ou alors les personnes attendent derrière et puis ça prend du temps.
**Chercheur :** Ok vous prenez le temps ?
**Médecin 9 :** ouais. Bah c'est difficile de laisser passer des situations aussi graves je dirais et bon après envoyer vers le psychiatre évidemment chose qui est pas toujours acceptée puisque le psychiatre c'est pour les fous. Après les personnes qui demandent un soutien psychologique directement, donc c'est souvent vers le CMP qui vient une fois par mois ici.
**Chercheur :** Et ça vous suffit ?
**Médecin 9 :** non c'est difficile, en plus au niveau psychiatrique souvent il y a des bah il faut que la personne s'entende bien avec le thérapeute, c'est pas toujours le cas, euh voilà, après moi j'ai envoyé un certain nombre de patients vers une thérapeute EMDR, euh j'ai pas eu énormément de retour, j'en ai eu un en tout cas, ça l'a bien aidé mais c'est pareil ce n'est pas ici donc euh faut que les gens soient motivés pour le faire et le budget aussi parce que c'est pas pris en charge. Après euh tout ce qui est médicamenteux souvent les patients sont pas particulièrement demandeurs et moi je préfère demander l'avis d'un psychiatre avant de commencer un traitement et quand j'estime que c'est urgent en général j'arrive à avoir un rendez vous assez rapidement . Si j'ai défini le problème clairement je vais adresser. S'ils sont d'accords. Par contre c'est possible que j'ai vu la personne pour une première fois pour des douleur, ou qu'elle n'a pas exprimé clairement les choses et j'ai pas compris et qu'une deuxième fois c'est plus clair.
**Chercheur :**Quels freins vous empêchent de détecter ?

**Médecin 9 :** Bah détecter ça nécessite pas une compétence je pense, c'est prendre en charge, d'être sensibilisé au problème je pense, parce que j'avais discuté avec une psychiatre qui avait fait une formation EMDR et a priori c'est L'indication. Après oui ça peut être une dépression ancienne et qui ait un traumatisme ancien et après la prise en charge, l'EMDR je sais même pas si elle est euh utile ou pas euh et puis il faut retrouver ce traumatisme. On peut rester sur des dépressions et traiter toujours la dépression mais euh...
**Chercheur :** et pour revenir à la question des freins à la détection ?
**Médecin 9 :** Le temps oui ça peut être un problème. Après que les personnes arrivent à parler suffisamment puisque les gens en général ils ne disent pas ou ils parlent en créole, des fois ils parlent d'histoire euh ils parlent pas de l'essentiel, ils camouflent les faits sous des interprétations ou des... c'est difficile de ressortir....
**Chercheur :** Vous avez eu d'autres formations ?
**Médecin 9 :** Non mais il y a eu les attentats de paris, on a parlé beaucoup à la radio, j'ai pas eu plus de formation que ça.
**Chercheur :**Autres choses à ajouter ?
**Médecin 9 :**C'est pas évident, c'est pas quelque chose qu'on peut pas prendre en charge seul, je pense en tant que généraliste en tout cas a mon avis pas suffisamment, et donc il faut avoir l'accord du patient pour aller voir quelqu'un d'autre. Soit c'est le CMP et c'est gratuit soit c'est EMDR et dans ce cas-là c'est payant et faut se déplacer plus loin et c'est plus compliqué. et c'est rare et je pense qu'au final il y a très peu de patient qui vont bénéficier de ça.

FIN

**<u>Entretien n°10, mai 2018 :</u>**
***Médecin généraliste 60 ans, campagne isolée, psychothérapeute dans un autre cabinet, beaucoup de patient par jour.***

**Chercheur :** Quelle est pour vous la définition d'un psychotraumatisme ?
**Médecin 10 :** Ah, aha,. Alors c'est suite à un choc hein ? Un choc émotionnel...affectif, psychologique etc... après ça peut être dans le cadre familial, des harcèlements, harcèlement au travail, le psychotraumatisme c'est large en fait ?
**Chercheur :** Oui, là vous parlez peut-être de ce qui va déclencher un psychotraumatisme ?
**Médecin 10 :** Oui après chacun réagit différemment quoi hein ? Il y a l'environnement et puis il y a la personne elle même, c'est une collusion, une rencontre de plusieurs facteurs, ça dépend de la vie du patient, de son histoire, de sa structure aussi de comment il est dans sa vie, parce qu'il peut y avoir des trucs qui passent à un moment et qui passent pas à un autre. S'il y a une accumulation dans une période de deuil, de décès euh...il est fragilisé quoi, donc euh...psychologiquement il va être plus sensible et il va y avoir des réactions plus euh, plus importantes quoi ?... psychocorporelles.
**Chercheur :** Et pour vous l'événement c'est forcément un choc ou ça peut être autre chose ?
**Médecin 10 :** Alors votre thèse c'est psycho traumatisme ?
**Chercheur :** oui
**Médecin 10 :** Psychotraumatisme c'est pas forcément un choc hein ! Parce qu'il y a des chocs répétés, qui sont chroniques, qui sont anciens euh, depuis l'enfance.
**Chercheur :** et vous avez l'impression d'en voir souvent dans votre pratique ?
**Médecin 10 :** j'en ai mais c'est plus des chocs directs. Après moi je dois vous dire que je fais aussi psychothérapeute ! Haha. Je ne le fais pas ici dans le cadre de la médecine générale et que je fais sur la ville j'ai un cabinet pour ça. Je sépare bien les 2 activités. Et donc psycho trauma ça peut être un psycho trauma chronique ça peut être un stress brutal. Après je travaille

en sophrologie et en analyse bioénergétique donc justement le stress post-traumatique c'est hyper important. J'en vois beaucoup. Et on peut considérer comme stress post-traumatique avec l'éducation de l'enfant, depuis la naissance, les 2 premières années sont hyper importantes, les conflits familiaux etc quoi.
**Chercheur :** et pour revenir à votre pratique de médecine générale vous en voyez souvent ?
**Médecin 10 :** Souvent, je ne sais pas ce que vous appelez souvent donc euh ? J'en vois fréquemment ouais, après ça peut être juste des manifestations somatiques, des gens qui viennent avec un ulcère à l'estomac qui a des tensions dans le dos qui a des lombalgies... derrière ça il y a quelque chose, c'est pas juste physique, et ça c'est quotidien quoi.
**Chercheur :** Donc il y a les manifestations physiques ou psychosomatiques, et puis il y a d'autres signes ?
**Médecin 10 :** Il y a des dépressions, des gens qui sont un peu en retrait euh.. enfin ça se manifeste par pleins de choses, c'est très divers, tout ce qui est trouble euh psychologiques on va dire plus que psychiatriques ou alors psychosomatiques. Je sépare pas le psychisme du corps quoi ! De par l'approche. C'est lié quoi, c'est forcément lié. Tout est psychosomatique on va dire c'est euh...et pas dans le sens péjoratif mais positif, dans ce sens là.
**Chercheur :** et ça vous arrive de poser directement la question au patient ?
**Médecin 10 :** Oui...si je le connais depuis un moment, pas s'il ont subi directement un coup mais euh « ça va pas trop en ce moment ?, qu'est ce qui se passe ? »
**Chercheur :** pas de question trop directe ?
**Médecin 10 :** ça dépend de la relation que j'ai. Il y a des gens qui sont très réservés qui n'ont pas envie d'en parler parce qu'ici c'est petit, il y a cette crainte là souvent ou parce qu'il n'ont pas l'habitude de parler et puis d'autres qui parlent facilement que je connais depuis longtemps ou euh... problème au boulot, ou harcèlement moral euh des choses comme ça donc ça ils peuvent m'en parler facilement
**Chercheur :**et vous avez l'impression de poser ces questions régulièrement ou..?
**Médecin 10 :** Ouais ! Oui bah moi je suis un peu là-dessus mais ici pour après j'ai pas le temps !
**Chercheur :** Oui il y a le temps, y a t-il d'autres obstacles ?
**Médecin 10 :** Après il y a la prise en charge...
**Chercheur :** Vous avez pas le temps de le faire ?
**Médecin 10 :** Alors j'ai pas le temps de le faire c'est à dire que j'essaie de voir le degré de gravité. Si c'est une prise en charge juste tu vois un truc léger ça peut de discuter, de se confier de faire du bien ça peut alléger je peux revoir la personne rapidement parce que je peux pas donner une heure ici à quelqu'un à une consultation. C'est pas possible avec le monde que j'ai. Ça peut être avec des consultations répétées. On peut voir sur quelques jours pour voir comment ça se passe. Et sinon j'adresse euh, alors c'est difficile d'adresser au psychothérapeute parce qu'ici les gens n'ont pas d'argent, ils cherchent quelque chose qui soit remboursé ou pris en charge. Euh j'adresse au psychiatre et au bout du compte il y a une sacrée différence, comme j'ai vu quelqu'un tout à l'heure, justement elle a été voir un psychiatre et elle ne pouvait se payer le psychothérapeute donc j'ai essayé de trouver quelqu'un et elle a vu un psychothérapeute et ça change tout parce que... C'est le problème quoi, il y a peu de gens qui peuvent.
**Chercheur :** Donc les psychiatres ne sont pas adaptés à cette prise en charge ?
**Médecin 10 :** Non !
**Chercheur :** Et vous les envoyez au CMP ?
**Médecin 10 :** Le CMP ? C'est le bordel pour euh... non non je les envoie au psychiatre, libéral quoi. Alors ils sont à l'écoute et c'est bien, mais c'est pas leur boulot de euh ...pff ils font leur boulot quoi... ils donnent aussi des médicaments pour l'angoisse, l'anxiété. Mais c'est

insuffisant, enfin c'est une prise en charge qui n'est pas suffisante quoi...Mais je prescris aussi, des anxiolytiques des choses comme ça.
**Chercheur :** A part le temps est-ce que vous avez d'autres freins à la détection ?
**Médecin 10 :** Mon outil je ne l'utilise pas ici. C'est ça le problème quoi, donc j'envoie chez les... j'ai pas envie d'avoir des patients ici, j'ai pas envie de mélanger les choses quoi. Je l'avais fait avant, si vous voulez où je faisais de l'écoute euh... de thérapie de paroles etc après c'est la collusion terrible parce qu'ils viennent euh, c'est mélangé, pour des problèmes psycho il veulent des médicaments ou inversement, donc euh...du coup je fais ça à coté quoi. C'est rare quoi ou alors je prends pas le patient. Ça m'est arrivé 1 ou 2 fois de voir des gens en détresse, que je connaissais bien donc euh. Après c'est les outils qu'on a nous en tant que généraliste. On a pas d"outil pour ça c'est à dire que ...après les outils ça demande du temps on a pas le temps, dans la situation du médecin généraliste, c'est difficile de libérer une heure pour un patient, c'est pas évident parce qu'il faut suivre le gens au moins une fois par semaine quoi en gros.
**Chercheur :** Et concernant les enfants, ça vous arrive de poser directement la question aux enfants ?
**Médecin 10 :** C'est plus délicat les enfants mais euh … j'essaie de me souvenir....
**Chercheur :** Pourquoi c'est plus délicat ?
**Médecin 10 :** c'est.. déjà parce que j'ai pas l'habitude avec les enfants, je traite plutôt les adultes, mais c'est vrai que je leur pose la question mais après la prise en charge est difficile donc j'essaie de les orienter quoi. Moi je ne le fais pas moi même au cabinet.
**Chercheur :** Vous posez la question dans un contexte ou de manière systématique ?
**Médecin 10 :** j'essaie de me rappeler le euh... j'ai vu quelqu'un il n'y a pas longtemps. Oui c'était euh, c'était pas euh.. oui c'était pas enfin c'était un psychotrauma mais pas brutal quoi si vous voulez, c'était des petits trauma répétés quoi, on va dire, c'était le gamin qui, c'est le truc classique hein, la mère elle venait d'avoir un enfant, elle n'était pas du tout dispo pour ce, sa gamine qui avait 18 mois donc qui n'avait pas 2 ans, et la gamine commençait à avoir des crises à être malade, mal au ventre etc, à pleurer, à vomir...et bon il n'y avait rien à l'examen. Cette femme elle est débordée, elle n'a pas de boulot, elle ne sait pas gérer son ...truc, je lui ai dit de se faire aider autrement que ici, donc je lui ai dit de garder son bébé pour libérer du temps pour sa plus grande. Bon c'est pas un super gros trauma, mais c'est un trauma quand même parce que si ça se répète pendant des mois et des années, la gamine elle va développer des pathologies euh, là c'est fonctionnel, mais après ça peut être, ça s'ajoute sur la structure psychologique de la fille quoi comme enfant abandonné ou rejeté un peu par la maman, enfin c'est ce qu'elle va vivre je pense...enfin c'est le genre de petit exemple.
**Chercheur :** D'accord, et vous avez plus l'habitude avec les adultes, qu'est-ce qui vous freine chez les enfants ?
**Médecin 10 :** Ce qui me freine ? Ce qui peut me freiner moi c'est la difficulté de la prise en charge après, c'est pas évident... euh...
**Chercheur :** Les parents par exemple, ça ne vous freine pas ?
**Médecin 10 :** Les parents ça ne me freine pas, c'est souvent la mère hein ? Plus que le père qui vient non ça ne me freine pas puisque j'arrive à en parler facilement. Après c'est dans quel cadre vous ? Qu'est ce que vous entendez par psycho euh les psychotrauma quoi ?
**Chercheur :**Euh...
**Médecin 10 :** Est ce que c'est un choc traumatique ou est ce que c'est des trauma répété chronique ou..., ?
**Chercheur :** En fait il y a l'événement traumatique puis la réaction pathologique c'est ce qu'on appelle psychotraumatisme. C'est une réaction inadaptée.
**Médecin 10 :** Oui mais c'est une réaction adaptée !
**Chercheur :** Oui adaptée au départ mais justement, on entend pathologique dans le sens où...

**Médecin 10 :** Où ça dure quoi... c'est ce que les psychiatres appellent stress post-traumatique quoi ?
**Chercheur :** Le ESPT c'est pathologique et oui ça rentre dans le cadre du psychotraumatisme mais il n'est pas seul. Après la réaction adaptée non pathologique c'est celle qu'il ont fixé à une durée d'un mois. Au delà c'est pathologique.
**Médecin 10 :** oui c'est quand ça dure....après c'est de savoir comment il vont accompagner ça quoi...
**Chercheur :** Oui, et moi ça m'a intéressé au départ car j'ai fait un stage en psychiatrie, aux urgences, et souvent il y avait dans l'histoire du patient des traces de psychotraumatisme...
**Médecin 10 :** Oui alors derrière beaucoup de choses hein de toute façon... si on creuse après c'est toute l'histoire du patient.
**Chercheur :** c'est pour ça que je m'intéresse aux généralistes qui sont en première ligne..
**Médecin 10 :** je crois qu'on a pas les outils, les médecins généralistes n'ont pas les outils.... la seule chose qu'on peut faire c'est l'écoute quoi. C'est déjà pas mal ! L'écoute sans jugement et sans.. voilà en accompagnant la personne. L'idée c'est quand même de faire évacuer les émotions, c'est ça qui est euh... qui est thérapeutique quoi ! …
**Chercheur :** Et il y a la prévention...
**Médecin 10 :** Oui la prévention il faut le faire jeune. Moi je crois que c'est beaucoup euh c'est beaucoup de l'éducation qu'il faudrait faire hein ! Au niveau parental, mais euh...c'est délicat parce que c'est vachement délicat euh d'aborder ça avec les parents, on les voit les gamins qui sont pas biens, qui sont hyperactifs, qui sont euh, c'est là que ça se passe. Difficile bah par rapport aux parents
**Chercheur :** Oui c'est difficile, et qui on est pour juger ?
**Médecin 10 :** Oui ! Je pense que les difficultés elles sont dans la formation qu'on a pas. On a pas les outils pour ça, ça c'est clair....
**Chercheur :** Et justement vous, vous avez une formation durant vos études ?...
**Médecin 10 :** Moi je m'y suis intéressé après, sur un module de psy, j'avais quoi ? 50 heures de psy ? Et euh c'est des formations que j'ai fait à coté.
**Chercheur :** Ici à la Réunion ? A l'université ?
**Médecin 10 :** Ouais ! Non moi j'ai une formation de sophrologue avec quelqu'un de Paris, une école de Paris, donc la j'ai fait euh, ça remonte hein, au départ j'ai commencé par ça, et puis je fais une formation moi même de sophrologue. Après c'était pas suffisant pour approfondir la pathologie, les outils etc donc j'ai une formation de ...thérapeute qui a duré 5 ans avec l'université de Bordeaux qui venait ici et puis là je termine je suis en formation d'analyste bioénergéticien, c'est l'analyse bioénergétique avec le CHRI de Toulouse, là je suis en certification donc je finis la formation et puis il y a des supervision à présenter pour être validé. Donc c'est une approche corporelle, je suis que dans l'approche corporelle . Les principe c'est ancien avec la bioénergie c'est 1968, ça pouvait paraître assez violent, maintenant c'est une analyse bioénergétique qui introduit la notion de lien, de figure d'attachement, c'est avec tout les travaux de Bowlby et tout ça..donc tous les travaux sur les mammifères aussi, c'est important le lien d'attachement donc ça se passe, puisque toute la psy une grosse partie de la psychanalyse c'est la parole donc c'est difficile d'explorer la période avant 2 ans alors que c'est capital quoi, ou il y a le lien d'attachement avec les parents qui se met en place. Et ça c'est pas verbal mais c'est corporel quoi. Donc l'attitude d'un gamin on le voit, il y a une lecture du corps et la c'est des micro trauma qui sont répétés c'est euh...un gamin qui va être abandonné, rejeté la mère qui est pas disponible par exemple ou qui va être, qui est rejetante, la mère qui un coup tu viens dans me bras, un coup je te fous une claque, ça fait des structures vraiment différentes et après forcément que sur ces structures de base il y a d'autres choses qui viennent se greffer et après le trauma il vient sur un terrain qui déjà euh... Donc c'est important de prendre ça en compte mais euh personne n'a ces outils là en médecine

générale. Je pense qu'on ne peut pas travailler si on pas eu une vision globale de la petite enfance, c'est à dire que moi quand je vois un adulte euh j'essaie de voir le gamin qui est derrière quoi, et si on a pas ça je crois que c'est difficile de piger ou d'être efficace, parce que ça se construit enfin l'individu se construit sur ça. Moi c'est ma vision des choses sur les barrières de sécurité etc et faut voir l'extérieur après et s'il y a des cases qui manquent...voilà on est plus fragile à coté euh par rapport à un trauma de la vie, par rapport à …Tout se joue avant 2 ans, enfin beaucoup en tout cas. Ça donne des armes, après ça peut se rejouer aussi, la structure de base, après ça peut être enrichi, modifier...c'est hyper important quoi. Donc c'est pas évident..en tant que médecin généraliste, c'est pas facile quoi, il n'y a pas la formation après il faut être soit intuitif soit être dans une écoute particulière. Après pour prendre ça en charge il faut être au clair avec soi, Moi j'ai fait quand même 10 ans d'étude à côté, plus si je compte la sophro...ça fait 13 ans d'étude en plus des études de médecine quoi hein...et puis faut se former, être supervisé, ne pas faire de connerie, faut faire des thérapies aussi. Je crois que c'est pas tout le monde qui peut... qui peut faire ça qui peut prendre ça en charge. Les gens ils disent des choses vachement difficiles donc il faut être assez costaud pour les accompagner . Moi je vois ce que...et puis faire ça au cabinet pour un médecin généraliste, il y a peu d'outil à part l'écoute, éventuellement les anxiolytiques et quelques conseils mais c'est pas du tout satisfaisant quoi.

**Chercheur :** après c'est passer la main...

**Médecin 10 :** oui, bah c'est nécessaire je pense. Et ces microtrauma ils ne sont pas tellement abordés. Le choc psychoaffectif...c'est des chocs, euh trauma psychique ça serait. Donc c'est l'événement qui arrive et la suite ce que ça implique quoi.

**Chercheur : A**lors il y a 2 définitions, le chronique et l'aigu en schématisant ?

**Médecin 10 :** oui le chronique ça structure plus hein. Et souvent c'est plus jeune,parce qu'après ça touche moins quoi mais la structure de base elle est importante et ...les microtrauma de la 1ere enfance sont hyper importants et donnent une structure...particulière quoi. Après les autres ça vient sur une structure qui existe déjà, c'est différent si tu veux.....c'est difficile à prendre en charge quoi. Ça peut être... on est la.. je crois que...c'est pas des choses qu'on peut traiter si on a pas de formation on peut être juste là, juste pour accompagner un peu. Ça soulage parce qu...juste en tant que médecin généraliste, il y a une écoute, c'est important, c'est aussi important d'avoir s'il y a un lien de confiance avec le patient, c'est important pour ce patient d'avoir un référent, d'être en sécurité.

**Chercheur :** oui le médecin généraliste peut être un pilier..

**Médecin 10 :** Oui surtout la en campagne, il y a personne d'autre qui peut faire ça quoi. Au niveau de l'écoute parce qu'il peuvent pas dire à la famille, parce que c'est des choses difficiles à dire et puis qu'il ont honte de dire ou qui savent pas et voilà on sert de soutien donc euh ...c'est un premier pas, c'est important je pense. Des fois ça peut être euh..des fois on est là aussi, enfin je pense le deuil par exemple, la perte de quelqu'un c'est aussi un trauma psychique..là on peut expliquer un peu comment ça se passe ; il peut y avoir de la colère, culpabilité des choses comme ça... donc là on peut arriver à accompagner ça. Ça permet de passer des caps parce qu'il y a aussi souvent des deuils qui sont pas euh qui sont bloqués, qui n'ont pas pu se faire complètement. Des gens qui n'arrivent pas à pleurer ou qui n'avaient pas envie de pleurer et qui ont une espèce de culpabilité. Mais c'est vachement difficile à dire par exemple, je sais pas « mon père est mort et je n'ai pas eu envie de pleurer, j'étais pas triste »...et ça comment dire ça à l'entourage, c'est pas évident. Quelqu'un qui n'avait pas de relation particulière ou d'amour avec son père ou avec sa mère, il s'en fout...voilà ok bon...il n'ose pas dire, il reste avec ça, il culpabilise et puis le jour ou il le lâche devant un médecin...ouf, oui bah ou ça peut arriver. Donc la personne est libérée de ça, de rester avec ça dans sa tête quelque part. Des fois la paroles est suffisante quoi ça peut suffire pour fouuu..libérer. On est

là pour ça, c'est le seul outil. Après les autres outils, les anxiolytiques..ça et un couvercle sur le problème. Ça sert pas à grand chose...Bon il y a du boulot à faire là hein !!?
**Chercheur :** oui !! merci beaucoup en tout cas, c'était très intéressant. Vous avez d'autres remarques ?
**Médecin 10 :** non... on va s'arrêter là...

FIN

**Entretien n°11, mai 2018 :**
**50 ans, homme, rendez-vous l'après-midi, 4 jours/semaine. Zone urbaine. En association, dossiers partagés.**

**Chercheur :**Quelle est pour vous la définition d'un psychotraumatisme ?
**Médecin 11 :** C'est un traumatisme psychologique.
**Chercheur :** Oui... qui peut être du à quoi ?
**Médecin 11 :** Tout ce qui est traumatisant psychologiquement...
**Chercheur :** Oui, vous avez des exemples ?
**Médecin 11 :** Euh très récemment oui une agression dans son lieu de travail. Physique. Enfin physique... c'est quelqu'un qui a tout cassé sur le lieu de travail, qui a menacé des employés, la personne était là et devait gérer la situation puisqu'elle était responsable et voilà....Après ça peut être un accident de la route, ça peut être je sais pas une agression à la maison avec son conjoint, n'importe quel vécu qui soit vécu comme traumatisant.
**Chercheur :** Et les gens se présentent comment, avec quels types de symptômes ?
**Médecin 11 :** En général euh, de l'anxiété. De l'insomnie parfois, des pleurs...
**Chercheur :** Et c'est évident quand vous voyez ce genres de signes ou il y a d'autres signes moins évidents ?
**Médecin 11 :** Ça peut, la plupart du temps c'est évident parce qu'ils viennent, disons, ils sont pas biens, ils décrivent ne pas être bien, et ils savent pourquoi ils sont pas biens, quand il y a un événement traumatisant identifiable, parfois c'est plus compliqué, ça va être des maux de ventre, des choses comme ça, suite à des traumatismes, beaucoup plus anciens. Style je sais pas un viol euh... ancien mais qui ressort. Ça peut aussi, un exemple assez fréquent de nos jours, c'est la pression au travail quoi qui est vécu comme un gros traumatisme psychologique euh... avec des employeurs qui sont pas toujours très tendre avec leur salarié...
**Chercheur :** D'accord, et concernant les enfants vous avez l'impression d'en voir aussi chez les enfants ?
**Médecin 11 :** Euh.. effectivement c'est plus chez les adultes, parce que je vois plus d'adultes que d'enfants mais ça existe chez les enfants aussi...
**Chercheur :** D'accord, et vous leur posez des questions directement ou... comment abordez-vous le problème quand vous suspectez quelque chose ?
**Médecin 11 :** Pour les enfants euh...ça dépend, on essaye oui... de savoir mais c'est assez rare qu'un enfant verbalise un traumatisme sauf si c'est vraiment très récent ou que les parents sont en dehors du traumatisme et peuvent dire « oui y a eu ça à l'école ou autre.. ». Sinon un enfant ça a beaucoup plus de mal à verbaliser.
**Chercheur :** Et chez eux, vous le détecteriez comment du coup ?
**Médecin 11 :** Euh....bah parfois on y arrive, pas, on est obligé de se faire aider pour le détecter....Euh...parfois on suspecte et puis on note et on y revient le plus souvent possible en espérant à un moment ou un autre il va sortir quelque chose, après il y a dans les enfants il y a les ado, les plus petits euh.... les ados c'est encore plus compliqué à gérer parce que si on les brusquent trop, en général ils se ferment et c'est mort on en tire plus rien ou ils ne veulent plus nous voir parce qu'on titille quelque chose qu'ils ont pas envie forcément de réveiller donc

faut gagner la confiance, attendre le moment propice voire parfois l'événement euh … un peu tard euh...traumatique, une TS ou un truc comme ça pour qu'il se passe quelque chose...
**Chercheur :** D'accord, et quand vous avez un patient qui a eu un traumatisme ou qui en souffre, vous en faites quoi ?
**Médecin 11 :** Euh..adultes enfants peu importe ?
**Chercheur :** oui
**Médecin 11 :** J'en fais quoi ? J'essaye euh...c'est variable, j'essaye de les faire aider par un soutien psychologique, psychologue, psychiatre euh... une personne qui peut voir, je suis assez en faveur de l'EMDR ou toutes ces choses là, en victimologie, ça me paraît être, les thérapies brèves sont très intéressante donc j'oriente aussi en thérapie brève
**Chercheur :** Et vous avez un référent ?
**Médecin 11 :** Oui Mme... à ….
**Chercheur :** D'accord
**Médecin 11 :** il y a aussi une dame ici qui en fait.
**Chercheur :** Pour ça vous ne vous sentez pas trop seul ?
**Médecin 11 :** Euh... non, seul non. Je pense avec quand même pas mal d'années d'expérience et je suis assez..comment dire, j'essaye d'être à l'écoute des gens à ce niveau là. Donc ça fait longtemps que je me suis préoccupé de ça. Il y a aussi la victimologie à l'hôpital...sur le nord, sur st Paul, enfin bon il y a des choses. Le plus dur souvent c'est de persuader les gens qu'il y a un intérêt à faire quelque chose et que c'est pas juste je vis le truc mal et il y a rien à faire quoi.
**Chercheur :** Et vous pensez à d'autres causes d'obstacle dans la détection ?
**Médecin 11 :** Bah euh parfois il viennent ils sont pas biens, mais il veulent pas dire pourquoi. Soit ils verbalisent pas, soit ils savent mais ils veulent pas. Ils pensent que si ils reparlent de ça, ça va être pire ou ça leur fait plus mal et donc ils disent « non, non je veux juste quelque chose pour essayer de dormir ou de calmer mes angoisses mais euh je veux pas parler de ça, je veux pas revenir dessus ». Ça c'est, oui, c'est un problème pour nous parce que on sent bien que si on fait rien, ça ne va pas s'améliorer voire ça va s'aggraver, mais on peut pas obliger les gens à aller au delà quoi donc après bah pff petit à petit, des fois ça met des années d'autres des mois, des semaines, parfois ils demandent tout de suite aussi.
**Chercheur :** D'accord. D'autres médecins disaient qu'ils n'avaient pas le temps des fois...
**Médecin 11 :** Euh le temps on doit le prendre je pense, après on peut très bien euh gérer le temps avec des rendez-vous et le reste dire de revenir, ce que les gens font bien volontiers. Quand on a un quart d'heure et qu'on sent qu'on a pas pu faire le tour bah on leur dit qu'on se revoit demain, après demain, quand ils sont pas biens de toute façon ils sont contents de revenir parler hein, donc c'est pas un problème. Ça c'est euh, enfin c'est grave de ne pas s'occuper des gens en disant j'ai pas le temps...
**Chercheur :** Oui...Nous avons parler de pas mal de choses...Vous avez des questions ?
**Médecin 11 :** Des questions non mais c'est un sujet très intéressant. Je suis assez sensible à ça depuis longtemps, c'est vrai que c'est important de pas laisser les gens dans leur détresse et de les guérir. Oui c'est vraiment multiple hein. Un accident de voiture, la personne qui ne veut plus reconduire, complètement phobique en un rien de temps euh, 3 séances d'EMDR, elle reconduit et tout va très bien. Pour les enfant c'est très compliqué et faut savoir passer la main je pense hein. Parfois quitte à hospitaliser quand on sent un truc, faut pas hésiter, ou que les parents veulent pas aussi, on les envoie pour un motif un peu futile et on appelle là-bas en disant attention il faut peut-être regarder.
**Chercheur :** Vous avez l'impression que c'est fréquent dans votre patientèle ?
**Médecin 11 :** Ici pas trop. En tout cas la maltraitance c'est à dire les coups euh non. C'est rare mais j'ai déjà eu des cas de pédophilie, heureusement pas trop souvent, parce que ça c'est grave...

**Chercheur :** Vous vous sentez en première ligne ?
**Médecin 11 :** En première ligne ? Oui ! Évidemment...euh et puis euh... comment dire, on est central, enfin si le patient a confiance on peut être la clé, on est pas forcé ment les seuls mais quand même...
**Chercheur :** Hum... très bien, vous avez d'autres choses à ajouter ?
Médecin 11 : Non ça ira.

FIN

# 8-Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.