



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Anne-Marie PRÉAU

Née le 10 février 1991 à Courcouronnes (91)

TITRE

**Intérêt et compatibilité de la thérapie de
reconsolidation™ méthode Brunet avec la pratique de la
médecine générale dans le traitement du syndrome post-
traumatique.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Wissam ELHAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Boris SAMKO, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Estelle DUCHESNE, Addictologie, PH, CH Georges Sand- Bourges

Docteur François COULON, Médecine Générale – Tavers

Directeur de thèse : Docteur Laurine EGRETEAU, Psychiatre, Tours

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, Pédagogie
Pr Caroline DIGUISTO, Relations internationales
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue
Pr Hélène BLASCO, Recherche
Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014
Pr Patrice DIOT - 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - D. BABUTY - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - G. LORETTE - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON-ATOME	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie

LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie
MALLET Donatien Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid Orthophoniste

IMBERT Mélanie Orthophoniste

SIZARET Eva Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du Jury d'avoir accepté de prendre de votre précieux temps pour évaluer mon travail de thèse.

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude : un grand merci de m'avoir consacré du temps et de l'intérêt pour cette thèse !

A tous mes maîtres de stages rencontrés au cours de mon parcours, qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis actuellement.

Un remerciement tout spécial au Dr DUCHESNE Estelle et à son équipe du service d'Addictologie du Centre Hospitalier de George Sand, qui m'ont fait découvrir la thérapie de reconsolidation™ mais également une montagne de choses bien utiles dans ma pratique quotidienne de la médecine générale. Merci également de m'avoir présenté ma directrice de thèse, le Dr EGRETEAU qui a soutenu et permis d'améliorer mon travail à chaque instant de notre collaboration lors de ces longs mois d'analyse et de rédaction !

A ma famille, qui a partagé mes joies et mes peines pendant la durée de ce travail mais également pendant tout le reste des mes longues études, qui n'ont pas toujours été faciles. Un grand merci à ma maman qui a relu cette thèse en entier pour corriger les fautes !

Merci à mon amie, qui m'a beaucoup aidée pour la méthode de rédaction des résultats de recherches qualitatives.

Merci à mon conjoint de m'avoir supportée et soutenue pendant ces dernières années et merci pour la traduction du résumé en anglais !

Résumé :

Le trouble de stress post-traumatique est un sujet d'étude complexe et un vrai problème de santé publique. Le traitement actuellement recommandé est la psychothérapie (TCC ou EMDR). Plus récemment, la thérapie de reconsolidation™, méthode Brunet propose d'utiliser un bêta-bloquant pour bloquer la reconsolidation et améliorer les symptômes.

Les médecins généralistes semblent être en première ligne pour le dépistage des ESPT. L'objectif de ce travail de thèse est de déterminer si la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins traitants est compatible avec la pratique de la médecine générale. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes français formés à la méthode Brunet.

En France, en 2024, seuls 8 médecins généralistes sont formés et seulement 2 ont réussi à intégrer la pratique de cette thérapie au sein de leur pratique de médecine générale. Les autres, malgré leur intérêt évident pour cette technique, ne recommandent pas aux généralistes de se former pour de nombreuses raisons dont la plus importante semble financière avec un paiement à l'acte non adapté. Par contre, tous pensent qu'une formation au psychotraumatisme et à la prise en charge de la détresse psychologique des patients devrait être systématiquement incluse dans la formation d'un médecin généraliste. Ils ont aussi proposé plusieurs solutions pour faciliter la pratique de ce genre de thérapie en médecine générale. Certaines nécessiteraient une refonte importante du système de Santé français pour s'adapter au plus près des besoins des patients, notamment pour le dépistage et la prise en charge des troubles psychologiques en ambulatoire.

Spécialité :

DES médecine générale

Mots clés français :

[médecine générale] [thérapie reconsolidation]
syndrome post-traumatique, propranolol, Brunet

Interest and compatibility of reconsolidation therapy™ Brunet method with the practice of general medicine in the treatment of post-traumatic syndrome

Abstract :

Post-traumatic stress disorder is a complex subject of study and a real public health problem. The treatment currently recommended is psychotherapy (CBT or EMDR). More recently, reconsolidation therapy™, the Brunet method proposes using a beta-blocker to block reconsolidation and improve symptoms.

General practitioners appear to be at the forefront of detecting PTSD. The aim of this thesis work is to determine whether the practice of reconsolidation™ therapy by general practitioners is compatible with general practice. This is a qualitative study based on semi-structured interviews with French general practitioners trained in the Brunet method. In France in 2024, only 8 general practitioners had received training, and only 2 had succeeded in integrating the practice of this therapy into their general medical practice. The others, despite their obvious interest in this technique, do not recommend that general practitioners train for a number of reasons, the most important of which seems to be financial, with fee-for-service payments that are not appropriate. However, they all felt that training in psychotrauma and the management of patients' psychological distress should be systematically included in general practitioner training. They also proposed several solutions to facilitate the practice of this type of therapy in general practice. Some of these would require a major overhaul of the French healthcare system to adapt it as closely as possible to patients' needs, particularly for the detection and treatment of psychological disorders on an outpatient basis.

English keywords :

[general practice] [reconsolidation therapy] [family practice]
post-traumatic syndrom, propranolol, Brunet

Publication type :

MeSH : Academic Dissertation

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
 PARTIE THÉORIQUE : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET THÉRAPIE DE RECONSOLIDATION™ MÉTHODE BRUNET	
I - COMPRENDRE LE TSPT	14
1) L'événement traumatisant	14
2) Définition du trouble post-traumatique : critères DSM-5 17	14
3) Épidémiologie	16
II – TRAITEMENT DU TSPT	17
1) Les traitements actuellement recommandés	17
2) Neurobiologie de la mémoire traumatique	18
3) Thérapie de reconsolidation™ mnésique	19
 PARTIE CLINIQUE : ANALYSE QUALITATIVE DE L'INTÉRÊT DE LA THÉRAPIE DE RECONSOLIDATION™ EN MÉDECINE GÉNÉRALE	
I - TYPE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	21
II - MATÉRIEL ET MÉTHODES	21
1) Constitution de l'échantillon	21
a) Critères d'inclusion	
b) Critères d'exclusion	
2) Réalisation du canevas d'entretien	21
3) Recueil des données	21
4) Méthode d'analyse : l'analyse qualitative	23
III - RÉSULTATS	23
1) Recrutement	23
2) Caractéristiques des entretiens et profils des participants	23
3) Analyse des verbatims	25
3.1. Profil des médecins généralistes français qui se sont formés à la thérapie de reconsolidation™	25

3.2. Pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes interrogés	26
3.3. Modification de la pratique de la médecine générale depuis la formation	31
3.4. Arguments en faveur de la compatibilité de la pratique de cette thérapie avec celle de la médecine générale	33
3.5. Limites à la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes	35
3.6. Idées pour rendre la pratique de la thérapie par les MG plus accessible	38
3.7. Bénéfices à faire pratiquer la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes	42
3.8. Les médecins généralistes formés conseillent-ils à leurs confrères de se former ?	44
IV - DISCUSSION	45
1) Forces et limites de l'étude	45
2) Analyse des données et réponse à la question posée.....	47
a) Critère principal : la thérapie de reconsolidation™ est-elle compatible avec la pratique de la médecine générale	47
b) Critère secondaire : identification des limites à la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes et proposition de solutions à ces limites....	50
3) Formation des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge du syndrome post-traumatique : intérêt pour les médecins et pour les patients ?	55
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES	
Critères diagnostiques du syndrome post-traumatique selon le DSM V	61
Echelle PCL-S : évaluation d'un état de stress post-traumatique	64
Lettre d'information aux participants de l'étude	65

LISTE DES abréviations

TSPT : Troubles de stress post-traumatique

TSA : Troubles de stress aigu

ESPT : état de stress post-traumatique

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

EMDR : eye movement desensitization and reprocessing

INTRODUCTION

La notion de psychotraumatisme est très ancienne, des traumatismes psychiques sont rapportés par les soldats revenant du combat depuis l'Antiquité. Sa psychopathologie est présente dans toutes les cultures. Néanmoins, le concept de troubles du stress post-traumatique, ou état de stress post-traumatique, tel qu'on le connaît aujourd'hui, n'a été cliniquement défini qu'en 1980, suite aux ravages de la guerre du Vietnam parmi les vétérans américains. Il est depuis considéré comme un véritable problème de santé publique. Parallèlement, la description et l'étude de troubles similaires dans la société civile ont été rapportées dans la littérature scientifique dès le 19^e siècle.

Dans les décennies suivantes, l'intérêt pour le psychotraumatisme ne cesse de croître devant la multiplication d'événements pouvant être sources de traumatismes psychiques : les attentats terroristes, les catastrophes naturelles (le séisme, le tsunami de 2004, Fukushima le 11 Mars 2011 au Japon), les crashes aériens, ou bien les guerres. Le psychotraumatisme est un sujet d'étude complexe, au centre de l'actualité psychiatrique puisqu'il représente de lourdes répercussions, médicales, sociales, économiques et humaines.

Le traitement, que l'on souhaite aussi efficace que rentable fait l'objet d'une recherche permanente, en cognitivisme, neurobiologie, pharmacologie et nouvelles thérapies. Le traitement actuellement recommandé pour traiter le TSPT est la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et l'EMDR (Eye Movement desentitization and reprocessing), et notamment par exposition. Cependant, des recherches récentes dans le domaine de la mémoire et de la neurobiologie ont permis d'ouvrir de nouvelles voies thérapeutiques.

Une première étude dans ce domaine a permis de suggérer que le blocage de la reconsolidation pourrait diminuer les réactions psychophysiologiques du traumatisme chez des patients en état de stress post traumatique (Brunet et al., 2008)(1).

J'ai découvert cette thérapie et ses résultats lors d'un stage dans le service d'addictologie à l'hôpital George Sand dans le Cher auprès du Dr Duchesne. En faisant quelques recherches, j'ai appris que certains médecins généralistes étaient déjà formés à la thérapie de reconsolidation™. En effet, les médecins généralistes, comme pour beaucoup de pathologies, semblent être en première ligne pour le dépistage d'un éventuel TSPT chez leurs patients ayant vécu un traumatisme. L'objectif de ce travail de thèse est de déterminer si la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins traitants est compatible avec la pratique de la médecine générale. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes français formés à la thérapie méthode Brunet.

PARTIE THÉORIQUE : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET THÉRAPIE DE RECONSOLIDATION™ MÉTHODE BRUNET

I – Le syndrome post-traumatique : définition et diagnostic

1) L'événement traumatique :

Un « traumatisme psychologique » correspond à la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme et y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives. L'événement traumatique est caractérisé par deux éléments :

1- la confrontation du sujet à une situation de menace de mort imminente, de blessure grave ou d'atteinte de l'intégrité physique dont il est victime ou témoin.

2- qui entraîne l'envahissement du psychisme par une frayeur, un effroi, qui constitue une rupture dans la continuité, une confrontation directe ou indirecte avec le réel de la mort (et de ce fait, à la difficulté à se représenter sa propre mort).

Le psychiatre Louis Crocq définit le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

L'impact traumatique peut se manifester par :

- des **troubles immédiats brefs**, qui durent quelques minutes et peuvent s'exprimer par différentes réactions pathologiques transitoires : accès de panique, réaction aggressive, accès d'allure maniaque, ou bien sidération, agitation improductive, déréalisation, détachement, dépersonnalisation et automatisme souvent intégré dans un « syndrome dissociatif péritraumatique ». Ils peuvent aller jusqu'à une psychose aiguë réactionnelle brève.
- un **Trouble de Stress Aigu (TSA)** dont la durée n'excède pas un mois. C'est un bon prédicteur de TSPT ultérieur, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un trouble de dissociation ou de détresse péritraumatique.
- un **Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT)**, détaillé par la suite. (2)

2) Définition et diagnostic du Trouble (ou état) de Stress Post-Traumatique : critères du DSM-5

Les confusions sont fréquentes lorsqu'il s'agit de qualifier le « stress », le « trauma », et « l'état de stress post traumatique ». Le stress relève du registre du bio-neuro-physiologique, alors que le trauma relève du registre psychologique. Souvent, le sujet réagit par un stress adapté à un événement agressant et ne le vit pas comme un trauma.

Les Troubles Stress Post-Traumatique (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Cet événement est vécu comme un facteur de stress

intense ou d'effroi, face auxquels les patients se sont sentis impuissants. Face à un même évènement, le risque de développer de tels troubles dépend de facteurs préexistants propres aux patients et du contexte dans lequel les suites de l'évènement se déroulent.

L'état de stress post-traumatique, tel qu'on le connaît aujourd'hui, n'a été cliniquement défini qu'en 1980, suite aux ravages de la guerre du Vietnam parmi les vétérans américains. Il se traduit par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle.(3)

Le diagnostic de TSPT est posé chez une personne qui a affronté un évènement traumatique lorsqu'elle présente plusieurs manifestations responsables d'une souffrance et d'une altération du fonctionnement social et de la qualité de vie de façon significative :

- Une **reviviscence répétitive** des évènements qui peut se manifester sous différentes formes : des *flash backs* soudains faisant revivre la scène ou faisant penser qu'on se trouve en présence de son agresseur, l'intrusion involontaire et envahissante d'images ou de pensées relatives à l'évènement, des cauchemars de répétition ou la peur réflexe face à des bruits ou mouvements brusques... Cette reviviscence survient spontanément, suite à un stimulus (son, lieu, odeur...) ou encore lorsque la vigilance est moindre (phase d'endormissement). Elle entraîne des manifestations physiques relatives à la détresse psychique : sueur, pâleur, tachycardie...
- Un **évitement des pensées, discussions ou personnes en rapport avec le traumatisme** qui vise d'abord à ne pas faire face à la douleur liée au traumatisme. De la peur des idées intrusives qui guide cet évitement vont découler des tentatives pour les supprimer de la mémoire. Ces tentatives, généralement inefficaces, vont renforcer la peur initiale.
- Des **troubles de l'humeur** et un **émoussement de la réactivité, des affects**, et de l'intérêt pour les activités habituelles, sont souvent présents.

Tous les critères diagnostiques complexes du TSPT sont détaillés très précisément dans le DSM V (annexe).

On peut établir un diagnostic de TSPT si la durée de la perturbation est de plus d'un mois, qu'elle entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, personnels, et qu'elle n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale. Le diagnostic de stress post-traumatique ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à l'évènement traumatique. Lorsque l'exposition est plus récente (3 jours à 1 mois), un diagnostic de stress aigu est considéré.

En pratique, plusieurs questionnaires existent pour diagnostiquer un TSPT chez un patient, comme par exemple, le questionnaire PCL-S (annexe).

Les TSPT sont souvent associés à d'autres troubles de la santé mentale comme la dépression ou l'anxiété, des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...), une perturbation de sa vie affective et de sa libido. Il y a des répercussions handicapantes sur la vie sociale, familiale et professionnelle. La souffrance est telle qu'elle accroît le risque de dépendance à des substances psychoactives ou le risque suicidaire.

Par ailleurs, le TSPT est associé à un état de stress chronique qui va retentir sur la santé somatique de l'individu : les personnes qui en souffrent ont une augmentation du risque de migraine, d'hypertension artérielle, d'ulcère gastrique, de maladies dermatologiques...(3)

3) Épidémiologie du syndrome post-traumatique

Selon un rapport de l'Inserm publié en novembre 2020, la prévalence des TSPT serait de 5 à 12% dans la population générale, mais ces données sont principalement issues d'études menées aux Etats-Unis (les études sur le sujet sont plus rares en France et dans les autres pays). De plus, ces chiffres pourraient être sous-estimés du fait de la méconnaissance du trouble et de ses présentations incomplètes qui peuvent échapper au diagnostic.

Il existe davantage de données concernant certaines populations spécifiques, plus souvent touchées par les TSPT et donc plus étudiées. On estime par exemple que près d'un quart des militaires ayant participé à une guerre développent un TSPT.(3)

Concernant les témoins directs ou indirects d'actes terroristes, plusieurs enquêtes épidémiologiques ont récemment été conduites en France, en collaboration avec des équipes de l'Inserm. Ainsi, 6 à 18 mois après les attentats de janvier 2015 (Charlie Hebdo, Hyper Cacher, Montrouge, Dammartin-en-Goële), 18% des témoins présentaient des TSPT, avec une prévalence allant de 3% parmi les témoins à proximité et jusqu'à 31% chez les personnes directement menacées (Etude IMPACTS). Les troubles concernaient également 3% des intervenants (policiers, soignants...), sachant qu'une proportion significative de l'ensemble des témoins sans TSPT présentait des troubles anxieux ou dépressifs liés à l'évènement. Une enquête similaire a été menée après les attentats de novembre 2015 (Paris, Saint-Denis) : elle a montré une prévalence des TSPT de 54% chez les personnes directement menacées et presque autant chez les personnes qui ont perdu un proche lors de ces évènements (étude ESPA – 13 novembre).

Les enquêtes SMPG, NCS et ESEMed mettent en évidence que le TSPT est très souvent accompagné d'autres problématiques en santé mentale : 75 % des personnes présentant un TSPT ont au moins un trouble comorbide (Kessler, 2005)(4). Dans cette population, les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression et la dysthymie sont les plus fortement corrélés au TSPT. Dans l'étude SMPG, le trouble dépressif est également plus fréquent en présence du diagnostic de TSPT. 22,3% à 41,8% des patients souffrant de TSPT vont développer un abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues (Pietrzak et al., 2011)(5), et 24,2% un trouble de personnalité de type état-limite (Pagura et al., 2010). Suite aux attentats de Paris et Nice, environ un tiers des victimes, proches de victimes et personnels de premiers secours a développé un TSPT (Carli et al., 2017)(6) : de manière différée, plusieurs mois après le premier évènement, ou lors d'un deuxième évènement traumatique. Quant au pronostic, un tiers des patients guérit en trois mois, mais la durée moyenne d'un TSPT est de trois ans, sans toutefois tenir compte des éventuels traumatismes multiples. De plus, dans un quart des cas l'ESPT persiste au-delà de cinq ans (Kessler et al., 1995)(7).

II – Traitement des troubles de stress post-traumatique

1) Traitements actuellement recommandés

À distance de l'évènement, en cas de TSPT avérés, les traitements recommandés en première intention, jusqu'à récemment étaient les psychothérapies, notamment TCC ou EMDR. Leur objectif était de limiter l'évitement mental et comportemental qui empêche le souvenir traumatique d'être intégré et traité comme un souvenir habituel. Sur le plan médicamenteux, des sédatifs, des antidépresseurs ou des anxiolytiques sont souvent prescrits en complément de la psychothérapie, selon les besoins du patient. Ils ont toutefois une efficacité limitée, purement symptomatique et leurs effets secondaires importants (induction de syndromes de sevrage, nausées, prise de poids, troubles sexuels) amènent 25 à 32% des patients à les délaisser.

La Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) d'exposition reste la technique de choix pour le traitement du TSPT. Une méta-analyse (Van Etten et Taylor, 1998)(8) qui regroupe 61 études montre une supériorité des psychothérapies sur les traitements pharmacologiques, et une supériorité des TCC par rapport à l'hypnose, la relaxation et la psychanalyse. Les patients bénéficiant de ce type de thérapie s'améliorent en moyenne de 52,6% sur les symptômes de TSPT en post-thérapie (Bradley et al., 2005)(9). Il s'agit d'une thérapie qui comporte entre 10 et 12 séances de 90 minutes (Foa et al., 2007)(10) et qui comprend de la psychoéducation sur le TSPT, l'apprentissage de la respiration diaphragmatique, l'exposition par imagination, l'exposition in vivo ainsi que des tâches à effectuer à la maison. L'objectif est de provoquer une habitude puis une extinction de la réaction phobique.

La thérapie EMDR est aussi recommandée dans le TSPT, bien qu'il y ait moins d'études d'efficacité que pour les thérapies d'exposition. On observe une réduction moyenne des symptômes de TSPT de 60,4% en post-traitement (Bradley et al., 2005)(9). Au début, le praticien demande au patient de se concentrer sur le souvenir traumatique, en gardant à l'esprit les aspects sensoriels les plus perturbants (image, son, odeur, sensation physique), ainsi que les pensées et ressentis actuels négatifs qui y sont associés. Le praticien pratique alors des séries de stimulations bilatérales alternées rapides (mouvements oculaires, stimuli auditifs et tactiles); entre chaque série, le patient dit ce qui lui vient à l'esprit. Le praticien continue les stimulations jusqu'à ce que le souvenir ne génère plus de perturbations et soit mis à distance. Ensuite, toujours avec des stimulations bilatérales alternées rapides, il aide le patient à associer à ce souvenir une pensée positive, constructive, pacifiante, et à évacuer d'éventuels restes physiques désagréables.

Malgré leurs qualités, ces thérapies souffrent de certains inconvénients. Les gains thérapeutiques ne sont pas stables dans le temps : selon une méta-analyse récente, les TCC requièrent 15,6 heures de traitement sur 6 à 14 semaines pour soigner le TSPT et ont un taux de rechute de 50% à un an (Bradley et al., 2005)(9). D'autre part, dans la TCC d'exposition, on sait que 24 à 30% des patients abandonnent le traitement en cours de route laissant

suggérer que le traitement est difficile à tolérer. En cumulant les taux d'abandon au traitement par TCC et l'absence de réponse positive au traitement par TCC, on note qu'en réalité, plus de 50% des patients souffrant d'un TSPT n'auraient pas de bénéfice suite à ce traitement (Kar, 2011)(11). Seul un tiers des patients démontreraient une amélioration cliniquement significative à long terme (Bradley et al., 2005)(9).

Cependant, des découvertes récentes sur le fonctionnement neurobiologique de la mémoire ont permis l'émergence d'une nouvelle thérapie dont les résultats semblent bien meilleurs et plus rapides.

2) Neurobiologie de la mémoire traumatique

Lorsqu'un souvenir se grave dans notre mémoire, deux parties du cerveau entrent en jeu simultanément : l'amygdale et l'hippocampe. Ils représentent le centre de contrôle des souvenirs.

Centre de la mémoire épisodique, l'hippocampe retient les faits, tandis que l'amygdale retient les émotions rattachées aux événements. Si un événement émotionnel vaut la peine d'être retenu, l'amygdale et l'hippocampe sauvegardent le souvenir dans la mémoire à long terme. Plus l'émotion est forte, plus le souvenir sera marquant.

Si l'on se remémore un souvenir important, on revit une partie de l'émotion qui y était rattachée, mais de façon moins intense. Suite à une exposition à un événement traumatique grave, un souvenir émotionnel intense se crée dans la mémoire du sujet. Celui-ci ressurgit sans cesse avec la même force, à chaque évocation de l'épisode vécu, ou à chaque perception sensorielle déclenchante. Chez les victimes du trouble de stress post-traumatique, le souvenir ne s'adoucit pas avec le temps. Il est revécu indéfiniment par le sujet, avec une intensité comparable au moment de la survenance de l'événement. Au contraire de souvenirs non traumatisants, le souvenir traumatique ne suit pas la procédure habituelle d'analyse et de mise à distance. En effet, dans les SPT, l'intensité de l'évènement serait telle qu'elle provoque une hypermnésie sur le plan émotionnel, tout en gênant la constitution de la mémoire épisodique qui permet de verbaliser et conscientiser ce qui survient. A posteriori, cette altération de la constitution de la mémoire rend l'individu incapable de mettre l'évènement à distance par la parole ou la conscience. Seules les émotions ressurgissent, avec une puissance similaire à l'évènement initial.

Ces observations sont corroborées par des expérimentations conduites chez l'animal, ainsi que par l'imagerie cérébrale qui met en évidence une hyperactivité de l'amygdale, lieu principal de la mémoire émotionnelle, et une hypoactivité de l'hippocampe, impliqué dans la mémoire déclarative.

Les dernières découvertes sur le cerveau et le fonctionnement de la mémoire ont démontré qu'au moment où l'on revit un souvenir, il est possible de le modifier.

C'est ce qu'ont découvert James Misanin (1968), Susan Sara (1997), puis Karim Nader (2000). Grâce à des expériences sur les rats, ils ont démontré qu'un souvenir est malléable lorsqu'il

sort du classeur de la mémoire et qu'il est possible d'atténuer la partie émotive trop intense du souvenir, afin de diminuer les symptômes de détresse qu'il engendre.

Le processus chimique permettant le réenregistrement du souvenir subit une interférence sous l'effet combiné de la réactivation du souvenir et d'une molécule bloqueuse de la reconsolidation, émanant du bêtabloquant. Le souvenir engendré est ainsi dégradé au plan émotionnel. Bien que toujours présent, il est beaucoup moins intense.(12)

3) La Thérapie de la Reconsolidation mnésique

Alain Brunet, Docteur en psychologie spécialisé en santé mentale à l'Institut Douglas de Montréal, a consacré sa carrière professionnelle à étudier le stress post-traumatique. La vocation scientifique d'Alain Brunet, n'est pas le fruit d'un hasard. Il est étudiant en 1989 à l'université de Montréal au moment de la pire tuerie de l'histoire du Québec : un étudiant entre dans l'université lourdement armé, tue 14 femmes et en blesse 14 autres, au nom de sa haine du féminisme. Cet événement dramatique met en lumière le manque de connaissance et l'improvisation des pouvoirs publics dans la gestion de la crise et la prise en charge des victimes de troubles psychotraumatiques. Il fait alors le constat d'une réponse thérapeutique inadaptée aux victimes de psychotraumatisme, qui ne bénéficient pas toujours de traitements satisfaisants pouvant les soigner et les guérir durablement. Profondément touché, il décide d'orienter ses recherches scientifiques dans le domaine du stress post-traumatique.

Dès les années 2000, Alain Brunet s'appuie sur des découvertes scientifiques sur le cerveau et le fonctionnement de la mémoire, selon lesquelles la mémoire émotionnelle n'est jamais figée pour toujours, et qu'elle peut être modifiée. Il a consacré sa carrière scientifique à trouver un traitement qui soigne les origines des troubles émotionnels chez les personnes exposées à des événements violents (guerre, terrorisme, agression, accident, viol, catastrophes naturelles).

Ces travaux lui ont permis de mettre au point en 2008, la première psychothérapie assistée d'un agent pharmacologique, la Thérapie de la Reconsolidation™, capable de guérir rapidement la mémoire émotionnelle des victimes d'ESPT. Il a publié de nombreux essais cliniques prouvant l'efficacité de sa technique sur le soulagement des symptômes d'ESPT.

C'est une psychothérapie brève, à raison d'une séance par semaine pendant 6 semaines. Après la prise d'un bêtabloquant, le PROPRANOLOL 1h avant chaque séance, on demande au patient de rédiger son souvenir, qu'il relira à haute voix à chaque séance ce qui permet la réactivation du souvenir. Les molécules diffusées par le bêtabloquant interfèrent dans le réenregistrement de la charge émotionnelle du souvenir dans la mémoire à long terme, sans l'altérer. Pour savoir si une personne peut bénéficier de la thérapie de la reconsolidation, elle doit répondre à un questionnaire d'évaluation du traumatisme, qui permet de confirmer que le sujet est effectivement en état de stress post-traumatique et qu'il est éligible à la thérapie : échelle PCL-S ou PCL-5 le plus souvent (annexe). Au bout de 4 à 6 séances, la plupart des patients ressentent une nette diminution de leurs symptômes. Au fur et à

mesure des séances, l'évolution des symptômes est évaluée en faisant remplir au patient le même questionnaire qui a été rempli initialement.

Cette psychothérapie ne supprime pas le souvenir mais permet de diminuer la charge émotionnelle du souvenir traumatique, pour le transformer en «banal mauvais souvenir». Cette méthode thérapeutique développée par le Docteur Alain Brunet permet à environ 70% des patients traités de reprendre le cours normal de leur vie. Pour ceux qui ont une moindre efficacité, les patients déclarent tout de même une amélioration de leurs symptômes, parfois plusieurs semaines après la fin du protocole de soins.(12)

PARTIE CLINIQUE : ANALYSE QUALITATIVE DE L'INTÉRÊT DE LA THÉRAPIE DE RECONSOLIDATION™ EN MÉDECINE GÉNÉRALE

I - TYPE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes français formés à la thérapie de reconsolidation™, méthode Brunet. L'objectif principal de celle-ci était d'explorer si la thérapie de reconsolidation™ est compatible avec la pratique de la médecine générale et s'il peut être utile de former les médecins généralistes à cette thérapie. L'objectif secondaire est l'analyse des éventuels critères qui limitent la possibilité de pratiquer la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes et éventuellement de proposer des solutions pour améliorer ces limitations.

II - MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) Constitution de l'échantillon

Le recrutement des médecins interviewés a été fait via la liste des médecins français formés à la thérapie de reconsolidation™ qui a été fournie par le Pr Brunet, créateur de la thérapie et responsable de la formation en France. Afin de ne pas oublier de médecin formé, le recrutement s'est également fait sur le site officiel www.reconsolidationtherapy.com sur la page «recherche de thérapeutes formés», ce qui a permis le recrutement de trois médecins supplémentaires.

a) Critères d'inclusion

Les médecins sélectionnés pour un entretien devaient exercer ou avoir exercé la médecine générale sur le sol français et être formé à la thérapie de reconsolidation, méthode Brunet™.

b) Critères d'exclusion

Les sujets étaient exclus s'ils n'étaient pas médecins (notamment les psychologues), s'ils exerçaient uniquement une autre spécialité que la médecine générale ou s'ils n'exerçaient pas en France. Ils étaient également exclus s'ils n'étaient pas formés à la thérapie étudiée.

2) Réalisation du canevas d'entretien

La trame de l'entretien débutait par un petit paragraphe de présentation de l'investigatrice et du travail de thèse, puis comportait quelques questions brèves afin de décrire la pratique du médecin interrogé : sexe, âge, exercice en milieu urbain/rural, durée et conditions d'exercice de la médecine générale, nombre de patients par jour en moyenne.

Ensuite, l'entretien comportait une dizaine de questions à propos de la thérapie de reconsolidation™.

- 1- Depuis votre formation, avez-vous eu l'occasion de traiter des patients à l'aide de la thérapie de reconsolidation™ ?
- 2- Pratiquez-vous toujours la médecine générale ?
- 3- Quels sont les créneaux horaires alloués à la thérapie de reconsolidation™ dans votre emploi du temps ?
- 4- Comment recrutez-vous les patients éligibles à ce traitement? Faites-vous un dépistage systématique du syndrome post-traumatique dans votre patientèle?
- 5- Sur quels critères proposez-vous la thérapie de reconsolidation™ à un patient (type de traumatisme traité) ?
- 6- Traitez-vous seulement vos patients ou des confrères vous adressent-ils leurs patients également?
- 7- Êtes-vous satisfait des résultats obtenus à la suite de vos séances ?
- 8- Conseilleriez-vous à vos confrères médecins généralistes de se former ?
- 9- Comment faites-vous pour le règlement des séances? Utilisez-vous un codage particulier de l'acte ?
- 10- Selon vous, quels seraient les points à améliorer pour faciliter la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes ?

Le canevas d'entretien était systématiquement adapté à l'entretien en cours. Certaines questions n'étaient pas posées si le médecin interviewé donnait spontanément la réponse ou si la question n'était pas adaptée à la situation du médecin.

Entre les questions, l'investigatrice a essayé d'intervenir le moins possible afin de laisser à l'interviewé la possibilité de s'exprimer le plus librement possible, tout en maintenant une écoute active.

L'entretien se terminait par une question plus large : «Avez-vous quelques chose à ajouter ?», afin de récolter un maximum de données.

3) Recueil des données

L'investigatrice qui a mené les entretiens était Madame Anne-Marie Préau, médecin généraliste remplaçant en région Centre Val-de-Loire. Les médecins ont été initialement contactés par mail ou par téléphone, ou par le biais de leur secrétariat à leur cabinet. Un mail expliquant l'intérêt de la thèse et leur demandant leur participation leur était envoyé (Annexe). Les rencontres étaient organisées par visioconférence ou par téléphone (selon la préférence de l'interviewé) entre l'investigatrice et le participant. Avant l'enregistrement, le participant était informé de façon claire, loyale et appropriée, afin qu'il puisse donner son autorisation pour l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation des données pour l'analyse sous couvert d'anonymat. L'entretien était ensuite enregistré sur l'application dictaphone du mobile de l'investigatrice.

Durant l'entretien, l'investigatrice adoptait une attitude d'écoute active et adaptait progressivement le questionnaire aux réponses données par le médecin. La chercheuse avait pour objectif de laisser l'interviewé parler de son vécu librement et aller jusqu'au bout de son raisonnement sans interruption.

La retranscription des entretiens a été faite mot à mot dans le respect de l'anonymat puis les entretiens ont été analysés dans l'ordre du recueil de données. Les fichiers d'enregistrement ont été effacés et les verbatims ont été mis à disposition des membres du jury.

4) Méthode d'analyse : l'analyse qualitative

L'analyse du verbatim s'est inspirée de l'analyse qualitative thématique de contenu selon la méthodologie de Braun et Clarke (38), analyse phénoménologique. Le verbatim de chaque entretien est regroupé en sous-thèmes. Puis les sous-thèmes sont regroupés en thèmes. Certains thèmes sont récurrents au sein du même entretien ou d'un entretien à l'autre.

Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour avoir une analyse la plus exhaustive possible. Le directeur de thèse, a réalisé de manière indépendante une analyse des résultats. Une triangulation des analyses a ensuite été effectuée par une mise en commun de celles-ci afin d'identifier les différents thèmes, assurant la validité de la recherche.

III- Résultats

1) Recrutement

Sur les huit médecins contactés répondant aux critères d'inclusion, les huit ont accepté l'entretien avec enthousiasme pour le sujet. Trois des médecins ont répondu directement à la lettre d'information envoyé à l'adresse mail indiquée sur la liste fournie par le Pr Brunet. Trois médecins ont répondu directement suite à un appel ou envoi d'un SMS au numéro indiqué dans les coordonnées indiquées sur la site officiel www.reconsolidationtherapy.com sur la page «recherche de thérapeutes formés». Les deux médecins restants ont été contactés par le biais de leur secrétariat suite à une recherche internet de leur lieu d'exercice.

2) Caractéristiques des entretiens et profils des participants

Les entretiens ont duré entre 13 et 53 minutes.

Sur les huit médecins interviewés, cinq sont des hommes et trois sont des femmes.

Deux d'entre eux, un homme et une femme n'exercent plus la médecine générale, tous les deux car ils ne se retrouvaient plus dans la pratique actuelle de la médecine générale et voulaient passer plus de temps avec leurs patients, à leur écoute. L'une a passé un DIU de psychiatrie après une pause professionnelle de 20 ans pour s'occuper de sa famille, et est salariée d'un hôpital psychiatrique, avec un mi-temps dans un centre éducatif fermé (alternative à l'incarcération pour des jeunes délinquants de 16 à 18 ans) et l'autre mi-temps, dans un CMP (Centre médico-psychologique) pour adolescents. L'autre médecin a passé un DU d'addictologie après 3 ans de remplacement fixe en médecine générale et travaille, à présent, exclusivement dans un service d'addictologie. Ils pratiquent tous les deux la thérapie de reconsolidation™.

Deux des médecins sont salariés dans un Centre de santé associatif et voient environ 20 patients par jour. L'une pratique régulièrement la thérapie de reconsolidation™, l'autre n'a pas encore pratiqué mais pense à s'organiser pour le faire prochainement.

Un des médecins, proche de la retraite, n'a plus qu'un exercice à mi-temps de la médecine générale en tant que salarié à la mission locale d'insertion à Poitiers (dispositif national qui accueille gratuitement des jeunes âgés de 16 à 25 ans, qui n'ont ni en emploi, ni études, afin de construire un projet d'orientation professionnelle et de proposer un accompagnement au logement, à la santé, etc). Il voit 5 patients par demi-journée. Ses consultations durent environ 40 minutes et il voit ses patients une à deux fois en moyenne avant de les réorienter vers le système de santé de droit commun. Il a peu de patients dont il est le médecin traitant. Il ne pratique pas la thérapie de reconsolidation™.

Un des médecins exerce la médecine générale en libéral dans un cabinet de groupe avec d'autres médecins généralistes, installé depuis 35 ans et il voit entre 20 et 30 patients par jour. Il ne pratique pas la thérapie de reconsolidation™.

Le 7e médecin est également en libéral mais n'exerce la médecine générale que deux jours par semaine où il voit 40 patients par jour et exerce en tant que psychothérapeute les trois jours restants en libéral, où il voit une dizaine de patients par jour, en libéral également. Il n'a jamais pratiqué la thérapie de reconsolidation™ mais propose d'autres thérapies pour le traitement du syndrome post-traumatique.

La dernière est médecin généraliste en libéral, elle exerce avec l'aide d'une assistante médicale et pratique régulièrement la thérapie de reconsolidation™. Elle est également formée à la TCC. Elle voit en général 30 à 50 patients par jour mais réserve les jeudis matins à la TCC ou aux premières séances de thérapie de reconsolidation™.

Tableau récapitulatif des caractéristiques des participants à l'étude :

	sexe	âge	Type exercice médecine générale	Structure d'exercice	Nombre consultations par jour	Autre type d'exercice associé	Pratique de la thérapie de reconsolidation
Médecin 1	Femme	30 ans	salariée	Centre de Santé associatif	20	Patientèle d'exilés	OUI
Médecin 2	Homme	48 ans	salarié	Centre de Santé associatif	20	Patientèle d'exilés	Non mais y pense
Médecin 3	Homme	59 ans	libéral	Cabinet de groupe de médecine générale	20-30		NON
Médecin 4	Homme	66 ans	Salarié mi-temps	Mission locale d'insertion	5 cs /demi-journée	Accompagnement psycho-médico-social de jeunes en difficultés	NON
Médecin 5	Homme	34 ans	Salarié, ne pratique plus la médecine générale	Service hospitalier d'addictologie		Exercice en addictologie exclusif thérapie «intégration du cycle de vie»	OUI

Médecin 6	Femme	63 ans	Salariée, ne pratique plus la médecine générale	50% : CMP adolescents 50% : centre éducatif fermé		Exercice en psychiatrie exclusif	OUI
Médecin 7	Homme	53 ans	Libéral	Centre de service (entité juridique permettant la pratique de la psychothérapie ET de la médecine générale)	40 cs /j 2 jours /sem 10 cs/j 3 jours/sem	Psychothérapeute spécialisé en psychotrauma (formé en EMDR et hypnose)	Non, mais y pense
Médecin 8	Femme	50 ans	Libéral	Cabinet pluri-disciplinaire (seul médecin du groupe)	30-50	TCC	OUI

3) Analyse des verbatims

3.1 - Profil des médecins généralistes français qui se sont formés à la thérapie de reconsolidation™

Le premier résultat que l'on peut remarquer à propos de cette étude est le faible nombre de médecins généralistes sur le sol français qui se sont intéressés d'assez près à cette thérapie au point de se former. Depuis plusieurs années que la formation existe, seuls 8 médecins généralistes ont souhaité se former sur les presque 100 000 médecins généralistes exerçant en France à l'heure actuelle. Les médecins formés ont d'ailleurs des profils très particuliers. Un seul d'entre eux décrit une pratique de la médecine générale «classique», en libéral au sein d'un cabinet de groupe avec une patientèle typique de médecine générale française (médecin 3).

Pour les autres, ils ont tous une pratique particulière qui leur a permis d'éveiller un intérêt important pour le traitement du syndrome post-traumatique. Deux d'entre eux sont salariés d'un centre associatif et reçoivent une importante proportion de leur patientèle qui sont exilés, souvent allophones et arrivés en France dans des conditions plus ou moins difficiles, donc une population sujette au syndrome post-traumatique.

Deux médecins avaient déjà une formation et une pratique régulière en psychothérapie et l'un d'eux était déjà spécialisé en psychotraumatisme avant de se former à la thérapie de la reconsolidation et il a également créé sa propre thérapie basée sur l'hypnose afin de traiter ce syndrome.

Deux des médecins avaient déjà arrêté la pratique de la médecine générale au moment de leur formation afin d'orienter leur exercice vers la psychiatrie et l'addictologie, deux spécialités présentant une patientèle ayant souvent vécu des traumatismes.

Le dernier s'est formé en binôme avec un psychologue lorsqu'il avait un mi-temps au service universitaire d'une université de médecine devant la grande proportion de TSPT chez les étudiants. Après avoir quitté l'équipe médicale du service universitaire, il n'a conservé que son mi-temps à la mission locale où il participe à l'accompagnement psycho-médico-social d'une patientèle constituée exclusivement de jeunes précaires, entre 18 et 25 ans qui n'ont ni travail, ni études en cours.

Par conséquent, sur les 8 médecins, 7 d'entre eux sont des praticiens qui ont un exercice ou une patientèle qui leur a permis d'être particulièrement sensibilisés à la problématique du syndrome post-traumatique.

Le médecin 3, quant à lui, déclare avoir découvert cette thérapie par hasard, à travers un documentaire télévisé et s'être formé sur un coup de tête.

Tous les médecins décrivent un manque d'intérêt pour le sujet de leurs confrères lorsqu'ils en parlent autour d'eux :

«autour de moi, je n'ai pas entendu parler de confrère qui connaissait cette technique. A priori, ça ne se diffuse pas trop, on en entend pas trop parler.

- *et quand vous en parlez aux collègues, ils ne sont pas très intéressés ?*

- Bah non, parce que, pour un esprit cartésien, quand on leur explique comment ça se passe, s'ils ne sont pas trop formatés dans le cheminement intellectuel, ils n'arrivent pas trop à comprendre.»

3.2 - Pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes interrogés :

Sur les 8 médecins interrogés, 4 médecins pratiquent la thérapie de reconsolidation™ mais seulement 2 d'entre eux pratiquent encore la médecine générale.

L'une d'entre elle est salariée dans un centre associatif et ne pratique la thérapie que pour les patients du centre. L'autre est en libéral, et les patients peuvent prendre librement RDV sur Doctolib sans restriction.

Sur les 4 médecins qui ne pratiquent pas la thérapie, 2 pensent à la mettre en place prochainement mais se posent encore des questions sur la compatibilité avec leur pratique actuelle et les modalités de mise en place des séances au sein de leur emploi du temps.

Pour les deux médecins restants, le premier aurait aimé le faire mais des problèmes de santé l'ont empêché de se lancer après sa formation : «Si je me suis formé, c'est que je voulais faire de la thérapie de reconsolidation™ ici, au cabinet, pour les patients qui rentraient à coups sûrs dans le repérage. Après, ça ne s'est pas fait parce que, après j'ai eu le COVID, je me suis arrêté 6 mois, avec réanimation (...) au bout de 4 ans, il faut se replonger dans la formation, il y a quand même des cadres, des listes de questionnaires à passer. Et si, vous ne maîtrisez pas, vous mettez dix fois plus de temps que nécessaire. S'il fallait s'y remettre, il serait nécessaire de réviser les documents.»

Cependant, il adresse régulièrement des patients au centre de psychotraumatisme de Poitiers afin qu'ils puissent bénéficier de la thérapie de reconsolidation™ : «maintenant, il y a des équipes qui font ça tout le temps, qui sont rodées, je me suis dit, que maintenant botter en touche et refiler le paquet.»

Le deuxième s'était formé en binôme avec un psychologue dans l'intention de pratiquer la thérapie mais lorsqu'ils ont quitté tous les deux le service médical universitaire, il ne se voyait pas se lancer dans la thérapie tout seul à la mission locale. Il adresse également ses patients au centre de psychotraumatisme : «quand c'est identifié, moi, j'adresse plutôt au centre de psychotrauma parce là-bas aussi, ils sont en équipe, ce qui pour moi, est une plus-value quand même à fonctionner comme ça».

Modalités d'exercice de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes

- Le médecin 1 dit qu'elle avait souhaité avoir des créneaux alloués à la thérapie mais finalement y avoir renoncé pour des raisons d'organisation : «C'était prévu comme ça puis finalement, ça ne s'est pas fait comme ça. Aujourd'hui, ça dépend des demandes et quand il y a des demandes, je fais de la place.»

Elle ne traite que les patients du centre associatif pour lequel elle travaille et, pour le moment, il n'est pas possible que les autres médecins lui adressent des patients dans ce cadre : «Et pour l'instant, nous n'avons pas ouvert à l'extérieur, ce sont les patients de notre centre de santé. J'ai des demandes par ailleurs, mais pour le moment, je ne peux pas y répondre positif.»

Après avoir commencé seule, elle a finalement demandé à une autre personne au sein de son cabinet de se former afin de pouvoir faire des supervisions ensemble sur les prises en charge par thérapie de la reconsolidation.

- Le médecin 8 a quelques créneaux dédiés le jeudi matin pour les premières séances de thérapie de reconsolidation™ et les séances de TCC mais les autres séances sont intégrées à son planning de médecine générale : «c'est intégré à ma pratique de médecine générale (...) je me suis lancée tout de suite ! Avant la formation, j'avais déjà une liste d'attente (...) j'essaie de les faire sur des créneaux dédiés mais après, les patients, ça ne les arrangent pas toujours, donc des fois ... En tout cas, les premières consultations, c'est en dehors parce que ça prend du temps, là, il faut que je sois tranquille, après on suit le protocole, donc les consultations suivantes, on peut les faire au milieu des consultations des médecine générale, ça pose pas de problème.»

Ses formations en TCC et traitement du psychotraumatisme étant mentionnées sur Doctolib, les patients peuvent prendre RDV directement en ligne dans ce cadre, même s'ils ne font pas parti de sa patientèle de médecin traitant. Les autres médecins peuvent donc lui adresser des patients pour la thérapie de reconsolidation™. Elle a également effectué une fois cette thérapie à distance avec une patiente : «elle était adressée par un médecin qui était à Marseille donc je l'ai fait à distance, en téléconsultation.» Elle dit que les résultats de la thérapie à distance ont été très positifs pour cette patiente.

Elle exerce en libéral dans un cabinet pluri-disciplinaire où elle est le seul médecin et exerce avec l'aide d'une assistante médicale qui n'est pas elle-même formée à la thérapie : «j'ai une assistante donc ça facilite beaucoup les choses ! (...) elle prépare le dossier. Ensuite, elle fait l'ECG, après je le regarde. Et là où elle m'aide, c'est pour les dernières séances en général. Les trois dernières séances, en général, je mets le patient dans son bureau. On ferme, le patient

est avec elle, au calme, elle ne s'occupe pas du patient donc elle fait son travail sur son ordinateur et le patient, il écrit. Après moi, je le reçois, il va lire le récit, on va discuter et on va finir. Sur les dernières séances, si on peut, je les perturbe comme ça, il faut changer quelque chose dans les séances (...) pour que cela interagisse avec la remémorisation»

- Le médecin 2 pense s'organiser pour exercer la thérapie à l'avenir et pense qu'il le fera en binôme avec une infirmière de pratique avancée : «Si on le faisait, je pense qu'on le ferait avec l'IPA. Je ne sais pas comment on inventerait, il faudrait qu'on écrive un protocole».

- Le médecin 4 s'était formé dans l'objectif de pratiquer en binôme avec un psychologue : «Il y a une équipe de psychologues au niveau du service de santé universitaire et, on avait fait la démarche avec UN psychologue, ensemble pour qu'on se partage le travail. Donc l'idée, c'était de faire ça tous les deux, que L. puisse faire l'entretien un petit peu psycho et que moi, je m'occupe de la partie un peu plus médicale du dossier avec la prescription du propranolol, de suivi, de savoir s'il y avait des contre-indications ou s'il y avait des problématiques à la prescription.»

Par conséquent, la plupart des médecins exercent ou souhaitent exercer plutôt en binôme avec une autre personne. D'ailleurs, la solitude dans l'exercice est mentionnée comme un frein à la pratique de la thérapie par deux des médecins qui ne pratiquent pas la thérapie de reconsolidation™.

Population traitée

Le médecin exerçant en tant que salariée pour un centre associatif traite souvent des patients qui ne parlent pas français avec l'aide d'un interprète au moins au début de la thérapie : «beaucoup de patients exilés allophones, donc, l'idée, c'est d'avoir un stress post-traumatique sans autre possibilité de prise en charge. Pour les patients allophones, ou des personnes en précarité, qui ne peuvent pas s'offrir des soins avec un psychologue ou un psychiatre», «Je fais ça avec un interprète souvent pour les deux premières séances, pour bien expliquer les règles et toute la procédure, et ensuite, pour les sessions d'après où il s'agit de relire et d'écouter, pas toujours.»

Un autre médecin semble également cibler des patients où d'autres thérapies ont échoué : «j'étais sûre que cela pourrait leur être proposé, parce qu'on était en échec thérapeutique ou en insuffisance thérapeutique.»

Les médecins formés à la psychothérapie ont un recrutement parmi la patientèle qui vient dans le cadre d'un syndrome dépressif et pour laquelle un syndrome de stress post-traumatique est diagnostiqué au cours des séances : «en général, ils viennent pour des problématiques de dépression parce qu'ils voient sur Doctolib que je suis formée à la psychothérapie (...) et après moi, au cours du diagnostic, je peux être amenée à poser le diagnostic de syndrome post-traumatique.»

Ils peuvent également recevoir des patients orientés vers eux par des confrères spécifiquement pour la thérapie de reconsolidation™, sur recommandation.

Les médecins s'accordent pour dire que pour les cas psychiatriques un peu complexes, la thérapie de reconsolidation™ ne donne pas de bons résultats : «dans un cadre psychologique qui était complexe où il y avait plusieurs difficultés identifiées avec un trouble de la personnalité, ça a moins bien marché», «Une consœur m'avait demandé pour une jeune qui était très dissociée (...) j'ai arrêté très vite parce que c'était pire qu'avant».

Les médecins n'exerçant plus la médecine générale exercent régulièrement la thérapie de reconsolidation™ sur leur patientèle de psychiatrie (adolescentes au CMP) et d'addictologie. Au CMP, le médecin décrit une méthode particulièrement adaptée aux adolescents qui ont du mal à parler de leur problème : «l'histoire de mettre par écrit, c'est une manière de faire que les psychologues emploient beaucoup, ça ne va pas dans le face à face, puis avec des adolescentes qui n'osent pas parler, c'est plus facile de mettre par écrit que de faire parler.»

Par contre, aucun des médecins ne semblent avoir été contacté par un patient qui aurait trouvé ses coordonnées sur le site officiel des thérapeutes formés à la thérapie de reconsolidation™ :

«on est référencé sur le site, mais en fait personne n'est venu grâce au site de l'association avec le référencement des praticiens formés.

- *Oui, c'est vrai que sur le site, ce n'est pas facile de trouver un praticien ...*

- *Il n'est pas très bien fait oui ...»*

Type de traumatismes traités

La plupart des traumatismes traités sont des traumatismes uniques, selon les indications thérapeutiques données par le Pr Brunet.

Cependant, un des médecins prend également en charge des traumatismes qui peuvent être complexes : «Je fais les deux. J'ai commencé par les traumas simples parce que c'était plutôt étudié comme ça, puis ensuite, je me suis sentie plus à l'aise pour faire sur des traumas compliqués, enfin complexes. Ce qu'on fait, c'est qu'on fait des boucles de traitement, c'est-à-dire qu'on choisit le premier trauma qui est le plus handicapant au quotidien en terme de symptomatologie et après un mois, on réévalue et (...) on recommence complètement une boucle sur un autre trauma.»

Les autres médecins s'accordent pour dire que la thérapie de reconsolidation™ fonctionne beaucoup moins bien sur les traumatismes complexes : «la majorité, c'est traumatisme unique et traumatisme complexe ... je tente, et pour l'instant, si je me souviens bien, ça ne marche pas très bien ... vraiment, non, on a arrêté !»

La grande majorité des traumatismes traités par les médecins interviewés semblent être les traumatismes sexuels : «c'est surtout les psycho-traumas sexuels qu'on fait et pour les repérer, il faut développer un climat de confiance avec le patient en face», «Effectivement, pour moi, je fais essentiellement les agressions sexuelles.»

Pour les traumatismes complexes, d'autres thérapies sont proposées : «ça marche très bien sur des traumas simples mais nous avons beaucoup de patients surtout en addicto qui ont plutôt des traumas complexes, avec un empilement de plusieurs événements et dans ce cas l'ICV (Intégration du Cycle de vie) fonctionne souvent mieux que la reconsolidation.»

D'ailleurs, le médecin 7 n'a pas pratiqué la thérapie de reconsolidation™ car il dit n'avoir jamais eu dans ses patients d'indication claire avec un traumatisme unique : «Ce qui m'a empêché, c'est que, selon Alain Brunet, il faut avoir un traumatisme unique et que moi, après j'ai aussi développé mon propre modèle de thérapie (...) moi dans mon expérience, j'aimerais bien mais je n'ai jamais eu de patient avec un seul trauma !»

Règlement des séances par les médecins qui la pratiquent

Que ce soit en libéral ou en tant que salarié, les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte, que ce soit en leur propre nom ou au nom du centre pour lequel ils travaillent. A l'heure actuelle, aucun codage spécifique n'existe pour facturer les séances de thérapie de reconsolidation™ ni aucune autre prise en charge psychologique. Il me semblait donc essentiel d'aborder ce thème avec les médecins généralistes qui pratiquent cette thérapie.

Actuellement, les médecins généralistes qui pratiquent cette thérapie en 6 séances, facturent tous une échelle de Hamilton (échelle de dépistage de la dépression), à savoir 69,12 euros pour la première séance qui comporte le diagnostic et peut durer entre 1h et 1h30. Ensuite, ils facturent un G à 26,5 euros pour les 5 séances suivantes, à savoir le prix d'une consultation standard d'environ 15 minutes, ce qui n'est pas toujours adapté à la réalité des séances de reconsolidation.

«Pour l'instant, moi je cote la première évaluation qui est un petit peu longue, je cote une échelle d'Hamilton parce que de toute façon, je peux la remplir. Mais après, s'il y a besoin de plus de temps, c'est vrai que la deuxième consultation où la personne écrit le récit, je prends beaucoup beaucoup de temps (...) ce que je fais, c'est que je le bloque soit en fin de journée, soit en fin de matinée, comme ça au pire des cas, je reste, voilà. Sur ma pause, ce n'est pas un problème, mais du coup, c'est pas du temps qui soit rémunéré.»

Cependant, les médecins qui pratiquent régulièrement pensent finalement que cette tarification peut être suffisante dans la grande majorité des cas :

- «Ce que tu peux faire déjà, pour la première consultation, c'est un ALQP03, tu dois bien faire le diagnostic de stress post traumatique, dont un des piliers est l'altération d'humeur et la dépression. Après, relire les notes et tout ça, je pense que ça peut facilement se faire en plus ou moins 15 minutes. Non, pour moi, ce n'est pas complètement dingue de faire ça en médecine générale.»

- «je les fais régler une consultation de médecine générale pour ces séances-là, ce sont des séances courtes. Pour la TCC, j'ai un autre tarif, mais la reconsolidation, je fais une consultation de médecine générale parce que ça ne prend pas plus de temps, en fait. Pour la première séance, comme on fait le diagnostic, on a la facturation avec le Hamilton, et après les autres séances, on suit le protocole et on est pas censé dépasser 15 minutes.»

3.3 - Modification de la pratique de la médecine générale depuis la formation :

Recherche et prise en charge du TSPT

Les médecins décrivent depuis leur formation à la méthode Brunet une évolution de leur pratique, même pour les médecins qui ne pratiquent pas la thérapie. La formation a permis une sensibilisation au syndrome post-traumatique et la prise en charge psychologique voire psychiatrique en générale.

- «moi, cela a un peu modifié ma pratique. Aussi parce que je sais qu'il existe des traitements et que c'est beaucoup plus intéressant de parler d'une pathologie où on a un traitement derrière.»

- «c'est l'histoire de la formation qui fait que, mais je n'applique pas forcément les grilles de repérage. C'est du repérage un petit peu sauvage quoi. C'est à force des consultations, je me dis, tiens, elle, son problème psychique pourrait être sous-tendu par un psycho-trauma, soyons plus vigilant, et essayons de le repérer.»

- «Dans la formation, il est justement question d'identifier les situations pour lesquelles la méthode Brunet va être intéressante, mais il y a des contextes autres, par exemple, quelqu'un qui a des addictions, quelqu'un qui a un trouble de la personnalité, etc (...) ça m'a fait une bonne petite révision du dépistage de la psychiatrie.»

- «ça m'a aidé à voir ce qui pouvait être une bonne orientation vers la méthode Brunet avec bon espoir car pas de pathologie associée, et puis des choses qui sont plus complexes, pour lesquelles, a priori, il ne faut pas s'attendre à un soulagement suffisant du symptôme parce qu'il y a en fait d'autres symptômes qui pré-existent et qui sont associés.»

Dépistage systématique du TSPT au sein de la patientèle de médecine générale

Pendant ma formation d'interne de médecine générale, en voyant la fréquence du syndrome post-traumatique, je me suis posée la question de l'intérêt d'un dépistage systématique lors d'une consultation de premier contact entre un patient et son médecin traitant lors du recueil d'antécédents. J'ai donc posé la question aux médecins généralistes interrogés lors de cette étude, afin de savoir s'ils avaient déjà pensé à poser cette question systématiquement depuis leur formation.

Certains n'y avaient pas vraiment pensé mais ont pensé que cela pouvait avoir un intérêt : «je ne fais pas de dépistage systématique mais c'est intéressant ... (rires). Non, ce n'est pas systématique, c'est les patients qui m'en parlent.»

Plusieurs le font déjà systématiquement ou quasiment, notamment les médecins dont la patientèle comprend beaucoup d'exilés :

- «Pas systématique mais très souvent (...) lorsqu'il y a de multiples consultations pour des motifs somatiques diverses. Pour les addictions, je le fais systématiquement. Et pour tous les patients exilés, je le fais systématiquement dans les premières consultations.»

- «Oui, je peux dire ça. J'ai une grosse population exilée donc, euh, je pose la question des troubles du sommeil déjà, (...) j'ai pas mal de patients qui ont des troubles somatiques dans tous les sens, des examens complémentaires dans tous les sens, tous normaux, donc voilà,

(...) je vais écrire au spécialiste pour savoir s'il y a d'autres explorations à faire en pneumo ou cardio ou si on retient ce diagnostic-là. C'est toujours compliqué, mais euh, oui oui, c'est systématique.»

Et d'autres sont plus mitigés sur le fait que les patients puissent se livrer sur ce thème un peu sensible sur une question systématique, tout en restant conscient que c'est un axe important de la prise en charge : «Après, sur la question éventuelle des violences subies dans la vie des gens, qui me semble être une question à poser lors d'une prise en charge en général, je ne le fais pas systématiquement en première consult. Si les gens viennent pour un rhume, cela ne me paraît pas adapté. Par contre, ça me paraît important de garder en tête que cela n'a pas été posé et qu'il faudra y aller un jour, où on aura le temps d'écouter une réponse éventuellement.»

Un des médecins qui ne pratiquent plus la médecine générale a des doutes sur le fait que les gens puissent parler d'un psychotraumatisme sur une question systématique, si le patient n'est pas venu pour ça. Dans son expérience, les adolescents qu'elle reçoit ont parlé de leur psychotraumatisme soit lors d'une hospitalisation, soit lors d'une prise en charge avec psychologue. Peu d'entre eux avaient déjà parlé de leur traumatisme à leur médecin traitant mais en précisant «après moi, ce ne sont pas des adultes, donc c'est un peu biaisé» car elle ne reçoit que des enfants et des adolescents.

Au contraire, un des médecins, à qui j'ai posé cette question et qui est spécialisé en psychotraumatisme, a répondu : «quel risque tu prendrais ?»

Pour lui, le dépistage du TSPT est systématique pour tous ses nouveaux patients et fait partie des antécédents indispensables à recueillir : «Dans les logiciels, il n'y a aucune case «avez-vous vécu des événements de vie douloureux ou traumatiques ?» Par contre, tu vas savoir que Mamie Ginette, elle a eu un cancer du 5^e orteil ! Bon ... (rires) Donc, on n'est pas spécialement bien formé», «je pose la question aux nouveaux patients, et après il y a plein de patients où on sent bien que c'est du trauma et tout l'art c'est de lui en faire prendre conscience et d'instaurer un suivi psychologique.»

Au final, la plupart des médecins interrogés semblent plutôt en faveur du dépistage du syndrome de stress post-traumatique par une question systématique lors d'une première consultation avec un nouveau patient, tout en restant conscients que le contexte de la consultation de médecine générale peut ne pas être toujours adapté.

3.4 - Arguments en faveur de la compatibilité de la pratique de cette thérapie avec celle de la médecine générale

Facilité à se former

«C'est une formation qui est très courte, qui dure 3 jours. Ça c'est important, parce qu'on a très peu de formations où on a autant de compétences d'un coup.»

Seule thérapie du TPST accessible facilement aux médecins généralistes et mise en place facile même sans bagage psychiatrique

Un argument qui est revenu plusieurs fois est la facilité d'exécution du protocole de cette thérapie sans avoir de formation poussée en psychiatrie ou psychologie, donc facile à mettre en place pour un médecin généraliste.

- «C'est la seule formation où les médecins généralistes ont accès en terme de stress post-traumatique parce que l'EMDR, TCC, il faut avoir un bagage de DU de psy de 2 ans, donc c'est vraiment très accessible et facile à mettre en place»
- «L'important, c'est de faire rentrer le bon patient. Une fois qu'on a fait toute la batterie d'évaluation, après c'est bête comme choux !»
- «Alors, ce n'est pas facile pour les patients, mais en tant que soignant, c'est facile à mettre en place !»
- «il ne faut pas être un fin psychologue, on déroule un protocole ...»
- «je trouve que pas besoin d'être spécifiquement psychologue ou médecin pour faire une reconsolidation. En tous cas, il y a une partie qui est très opérationnelle.»
- «c'est quand même bien moins compliqué que de faire 45 minutes ou une heure d'EMDR ou autre chose ! Je pense qu'effectivement, tu peux faire revenir ton patient toutes les semaines, lui faire lire son récit, tu prends une tension avant, tu factures 25 balles, c'est pas déconnant»
- «je suis formé en hypnose, induction rapide, en EFT (*Emotional Freedom Techniques*), je pense que c'est quand même l'approche thérapeutique la plus efficace et la plus adaptable en médecine générale.»
- «Je trouve quand même que ça se présente bien : le fait de venir une fois par semaine, lire son récit, c'est quand même pas très long, les voir avant pour prendre la tension, on est quand même les plus habilités à faire ça.»
- «au niveau logistique, c'est ce que je dis aux médecins, franchement, c'est pas compliqué à mettre en place, quoi ! Surtout, que moi, l'ECG avant de prescrire le propranolol, je le fais moi-même.»

Efficacité de la thérapie

Les médecins qui pratiquent eux-mêmes et ceux qui adressent leurs patients à un centre référent sont tous très contents des résultats obtenus sur leurs patients après une thérapie de la reconsolidation. Ils décrivent un réel soulagement des symptômes post-traumatiques handicapants et de très rares échecs (notamment en cas de traumatisme complexe ou de pathologie psychiatrique associée au psychotraumatisme).

«Maintenant, j'ai une bonne expérience positive (...) en grande majorité, ça leur change la vie ! Quand ça marche, c'est génial.»

«Je suis plus que satisfaite, je suis toujours hallucinée des résultats que ça donne ! Et c'est vrai que ça donne des résultats assez rapides (...) vraiment extrêmement efficace sur des traumatismes vraiment sévères, et surtout avec des personnes qui ne sont pas accessibles à d'autres sortes de thérapies.»

«Je crois que c'est une excellente méthode, parce qu'on a quand même eu des présentations des résultats intéressants comme soulagement, c'est une méthode qui a fait ses preuves sur le plan des études.»

«C'est quand même une formation qui est passionnante, les résultats sont étonnants. En médecine, quand ça marche, c'est toujours bien de pouvoir y participer, ça fait partie des plaisirs de l'exercice !»

«je suis convaincu que c'est une bonne technique, qui nous enlève une épine du pied, qui sauve des gens ou moins qui rend service aux gens.»

Avis des médecins qui ont arrêté la médecine générale et pratiquent la thérapie en psychiatrie et addictologie

Le médecin addictologue semble très en faveur de la compatibilité de la thérapie en médecine générale : «je ne pratique plus la médecine générale mais cela ne me semble pas impossible en effet de pouvoir le faire en médecine générale. La première séance est un peu longue mais après les autres sont plus courtes, cela me semble faisable et plutôt facile à mettre en place ! »

Il ajoute tout de même : «Je pense qu'il faut aussi que le médecin qui veut se lancer là-dedans doit être un minimum formé en psycho pour encadrer la thérapie (...) les jours de formation à la thérapie concernent surtout des modalités techniques ! On apprend pas forcément à gérer les complications psy ni la charge émotionnelle associée à la pratique de la thérapie. Du coup je pense qu'il faut avoir quand même un bagage psy pour se former et se lancer dans la pratique, voir avoir un contact avec un psychiatre ou une psychologue qui aide à gérer en cas de problème.»

Le médecin travaillant en CMP a un avis beaucoup plus mitigé au vu de son expérience de remplacement en médecine générale après un arrêt de 20 ans pour s'occuper de sa famille. Elle pense que la médecine générale actuelle n'est plus en mesure d'instaurer un climat de confiance avec le médecin traitant ainsi qu'un espace de parole suffisant permettant au patient de se livrer sur le sujet délicat qu'est le psychotraumatisme. C'est pour cette raison, entre autres qu'elle a décidé de s'orienter vers un DU de psychiatrie afin de pouvoir continuer à prendre le temps d'écouter ses patients : «moi, ce n'était pas le cas à mon époque mais aujourd'hui, j'ai l'impression que c'est un peu l'usine à gaz», «ce n'était pas la même médecine, en vingt ans d'arrêt, j'ai vu l'évolution (...) Au départ, je voulais reprendre en médecine générale. Quand j'ai démarré, j'étais beaucoup à l'écoute, surtout avec les adolescents, et là, je me suis dit non, c'est impossible ! J'ai réalisé que les temps ont changé pendant mes remplacements.»

Elle dit avoir plusieurs jeunes qui n'ont jamais parlé de leur traumatisme à leur médecin traitant : « beaucoup de jeunes qui viennent et qui me parlent de choses, je leur demande « pourquoi tu n'en as jamais parlé avec ton généraliste ? » ben ils n'ont pas osé, dans le cadre d'une consultation, c'est rapide, c'est pour une angine ... il faut vraiment avoir le feeling pour ça ! »

Au final, elle pense que c'est plutôt les psychologues qui pourraient pratiquer la thérapie car les médecins généralistes, eux, n'ont plus le temps de s'occuper de leurs patients de cette façon ...

3.5 - Limites à la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes

Rentabilité par rapport à un investissement financier et en temps important

La principale limite à la pratique de cette thérapie qui revient chez tous les médecins généralistes interrogés, y compris chez ceux qui la pratiquent, est le problème du règlement des séances de reconsolidation. En effet, comme signalé précédemment, il n'existe aucune cotation permettant à un médecin généraliste de rentabiliser une prise en charge de psychothérapie qui prendrait plus de 15 minutes (temps moyen d'une consultation de médecine générale actuellement cotée par un G à 26,5 euros).

Les médecins qui ne sont pas encore lancés dans la pratique de la thérapie se posent beaucoup de questions à propos de la facturation des séances et cela représente un frein important pour passer à une pratique régulière de cette thérapie, qu'ils trouvent pourtant très intéressante :

- « je pense que c'est faisable même si j'imagine qu'il y aurait un problème de financement avec une rémunération à l'acte qui n'est pas adaptée. »
- « j'imagine que cela posera des problèmes de cotation et de surcoût. La reconsolidation, je ne sais pas comment ça serait financé et cela fait partie des obstacles pour nous. »
- « Surtout que c'est déjà 900 euros l'inscription mais après, on ne travaille pas pendant 3 jours. Du coup, c'est 900 euros, plus la recette des 3 jours donc c'est un gros investissement. », « Le problème de la médecine générale, c'est bien beau de se former, mais, il y a le cabinet à faire tourner et ... c'est intéressant, il y a tellement de formations qu'on pourrait se former sur tout, mais au bout du compte, il faut que ce soit rentable rapidement ! »
- « il y a aussi le côté temporel : il y a 6 séances, ça demande du temps (...) c'est pas une consultation d'un quart d'heure à chaque fois ! Et donc, je ne sais pas comment cela pourrait être contrebalancé sur le plan financier, tout ça, et je ne crois pas qu'il y ait une cotation particulière. »
- « Quand on exerce à l'hôpital, il n'y a pas de problème, on prend ce temps ! Mais en libéral, pour un généraliste, comment il va tarifier ça, je ne sais pas... Il n'y a pas le droit au dépassement. »

- «c'est sûr que tant qu'il n'y aura pas de remboursement pour les séances, les thérapeutes ne s'y retrouvent pas.»

Même les médecins qui la pratiquent décrivent un système de facturation à l'acte non adapté :

«sur le principe, c'est super comme thérapie mais c'est peu adapté à la médecine générale comme plein d'autres choses, en terme de rémunération on va dire, et en terme de temps alloué.»

«pour les séances suivantes, souvent, ça va, parce que c'est assez rapide la relecture, donc ça, ça va, c'est adapté. Je dirais que c'est surtout la deuxième qui pose problème, où il n'y a pas de cotation possible.»

Un des médecins résume bien la problématique pour un médecin généraliste de ne pas pouvoir rentabiliser la plus-value donnée à ses consultations :

«Le problème, c'est donc que vous vous formez à 1000 euros, vous faites un truc de spécialiste, pour lequel vous gagnez 25 euros ... En médecine générale, le problème, c'est qu'on ne peut pas rentabiliser en terme de cotations, des investissements. Que vous soyez très fort sur un sujet, la Sécu ne vous permettra pas de mettre la cotation sur la consultation, et ça, ça bride. C'est des raisons pour laquelle beaucoup de généralistes ne se forment pas beaucoup, parce que formé ou pas formé, on aura les mêmes cotations que celui qui ne fait rien. C'est une incitation par le bas ! Pourquoi je me formerais puisqu'avec 30 consultations de médecine générale simples, je gagne plus qu'avec 15 consultations avec plus-values, donc ça ne vaut pas le coup.»

Au final, tous les médecins sont d'accord pour dire que la pratique de la thérapie nécessite de la part du médecin généraliste un engagement réel envers son patient car les séances de thérapie de reconsolidation™ nécessiteront souvent plus de temps que ce qu'un médecin généraliste sera autorisé à facturer à son patient ou à la Sécurité Sociale : «cela dépend comment tu conçois ton métier. Est-ce que tu veux absolument faire du fric ou tu veux te sentir utile et aidant ? (...) il faut accepter d'être dans un exercice de la médecine non comptable et pas chaque quart d'heure / 25 balles. Et aussi, de la satisfaction qu'on a parfois de passer un petit peu plus de temps avec un patient qui va pas bien, enfin, si on a cette âme-là !»

Interdiction de la pratique de la psychothérapie par les médecins au sein de leurs cabinets de médecine générale.

Ce problème rejoint le problème de financement car les médecins généralistes n'ont légalement pas le droit de facturer des actes hors conventions type psychothérapie au sein de leur cabinet de médecine générale, ce qui pourtant pourrait être une solution qui pallierait à l'absence de cotation spécifique.

«il y a un 2^e problème pour l'ensemble des médecins, c'est qu'ils n'ont pas le droit de faire des actes de psychothérapie au sein de leur cabinet de médecine générale. Légalement, on a pas le droit, on doit avoir deux entités distinctes.»

Le médecin 7 qui est également formateur en psychothérapie du TSPT, explique que les médecins qui exercent par la suite ont du mal à rentabiliser leurs actes et font parfois des factures à la limite de la légalité pour s'en sortir financièrement : «certains bidouillent, font une feuille le lendemain, la veille, certains font des dépassements d'honoraires, mais juridiquement, par rapport au Conseil de l'Ordre, on a pas le droit.»

Charge émotionnelle pour le soignant et gestion des symptômes psychologiques

Certains médecins sont inquiets à l'idée de gérer seul la charge émotionnelle associée à la thérapie de reconsolidation™, pour eux et pour leur patient. Ils décrivent également que dans leur entourage, beaucoup de médecins généralistes ne sont pas du tout à l'aise avec le mal-être psychique de leurs patients.

«Je pense que cela fait peur à beaucoup de gens parce que c'est une charge émotionnelle très importante aussi et qu'on est souvent seul dans nos cabinets. Quand un patient fait un flash back en consultation et qu'on est tout seul, c'est pas forcément évident.»

«c'est la rédaction qui me préoccupe plutôt que la suite, (...), comment on les récupère si jamais ça ne va pas.»

«Sans formation et sans supervision, c'est compliqué, ce n'est pas forcément une évidence d'entendre ça.»

«les jours de formation à la thérapie concernent surtout des modalités techniques ! On apprend pas forcément à gérer les complications psy ni la charge émotionnelle associée à la pratique de la thérapie.»

«l'écueil pour un généraliste, ça va être le temps, mais aussi, (...) les généralistes, dès qu'il y a des idées suicidaires, dès qu'il y a un mal-être, ils envoient à la maison des adolescents.»

Offrir un cadre adapté et sécurisant au sein du cabinet

Plusieurs médecins ont également signalé des interrogations à propos du cadre parfois inadapté d'un cabinet de médecine générale qui manquerait de calme et de tranquillité pour effectuer les séances de reconsolidation dans de bonnes conditions.

«c'est la rédaction qui me préoccupe, c'est comment on fait un cadre sécurisant chez nous»

«je n'ai pas de lieu vide pour faire ça»

«il faut être disponible, faut pas que le téléphone sonne, faut pas être dérangé»

«Je crois qu'il faut une grande disponibilité d'état d'esprit, où il ne faut pas que la secrétaire, que le téléphone se mette en route. Il faut que la personne qui vient et le médecin soient au calme. Ce n'est pas l'ambiance la plus fréquente du libéral !»

Solitude dans l'exercice

La plupart des médecins qui ne pratiquent pas la thérapie signalent ce frein à la pratique : ils ne souhaitent pas être seul pour poser l'indication, prendre les décisions et adsorber la charge émotionnelle qui découle des séances pour le thérapeute et son patient. Même le

médecin 1 qui pratique régulièrement la thérapie explique qu'elle a fini par demander à une autre personne de se former au sein de son cabinet pour ne plus être seule.

«A la mission locale, je n'ai pas fonctionné comme ça, je pourrais ... mais , en fait, ça ne m'est même pas venu à l'idée tellement dans mon esprit, j'espérais le faire en binôme. Nous, on l'avait pensé et conçu comme ça pour pouvoir échanger et en discuter aussi. Le questionnaire préalable, le fait de rencontrer les gens afin de savoir s'il y a des contre-indications, on peut vérifier un certain nombre de choses, puis il y a le déroulé et les effets des séances et comment ça se passe, pour voir si on est bien sur les bonnes indications, c'était aussi ça, l'idée de ne pas être tout seul. Il y a quelque chose de plus confortable sur l'évaluation de l'indication de la méthode et sur le suivi, les échanges qu'on peut avoir.»

«C'est aussi la difficulté d'être tout seul, je pense que c'est mieux d'être à deux donc les cabinets où il y a différents professionnels, ça me paraît plus simple de pouvoir en discuter.»

«C'est quand même plus sympa dans un cadre où plusieurs personnes connaissent, parce qu'ici, il n'y a que moi qui suis formé, et quand j'en parle avec mes collègues, il me disent : c'est quoi ce truc ?», «quand c'est identifié, moi, j'adresse plutôt au centre de psychotrauma parce là-bas aussi, ils sont en équipe, ce qui pour moi, est une plus-value quand même à fonctionner comme ça.»

C'est pourquoi deux des médecins ont décidé d'orienter leurs patients vers une équipe dédiée afin qu'ils puissent bénéficier des séances de reconsolidation plutôt que de faire la thérapie eux-mêmes.

Difficultés à poser l'indication seul

Un des médecins mentionne également des difficultés à poser seul l'indication à une thérapie de reconsolidation™ par rapport à d'autres types de thérapies :

«il y a quelque chose qui n'est pas complètement clair pour moi, qui est sur la «dimension psychotrauma». Tout le monde subi ou a subi des psychotraumas, mais il me semble qu'il y a UN

type de psychotrauma spécifique pour lequel on doit réserver la méthode Brunet.

«j'ai parfois un peu de mal à apprécier ce qui est de l'ordre de la méthode Brunet, des fois, je me mets des points d'interrogation. C'est plutôt complexe de savoir quel type de méthode utiliser».

3.6 - Idées pour rendre la pratique de la thérapie par les MG plus accessible :

Cotation spécifique de la prise en charge psychologique qui prend du temps

Tous les médecins sont d'accord pour dire que la première chose qui permettrait de favoriser la pratique de la thérapie en médecine générale serait de créer une cotation spécifique qui permettrait de rentabiliser le temps passé lors d'une consultation de prise en charge psychologique d'un patient. Actuellement, la prise en charge psychologique par les médecins généralistes n'est pas reconnue par le système de santé français et pourtant si fréquente dans les cabinets de médecins traitants, à une époque où les psychiatres se font rares et où les psychologues sont peu ou pas remboursés.

Certains médecins évoquent même la possibilité de pouvoir faire rentrer le psychotraumatisme dans les Affections à Longue Durée pour les patients les plus handicapés par leurs symptômes, afin qu'ils puissent intégralement remboursés de leur thérapie.

«Une reconnaissance de cette thérapie et notamment, soit une cotation spécifique, soit une reconnaissance de la prise en charge psychologique des patients, pour les médecins généralistes, qui ne comprend pas que la thérapie de reconsolidation™, évidemment.»

«Peut-être, qu'une prise en charge à 100%, ce serait chouette. Ce serait une forme de reconnaissance, peut-être que cela pourrait rentrer dans les ALD.»

«J'ai un patient où je m'interrogeais sur une RQTH dans le cadre du psycho-trauma parce que je trouve qu'il est handicapé par son psycho-trauma.»

Alternatives à la médecine générale libérale

Pour régler le problème du règlement à l'acte non adapté, les médecins libéraux mentionnent la possibilité de proposer la formation à la thérapie de reconsolidation™ plutôt aux médecins généralistes exerçant dans des structures où ils sont salariés et où ils peuvent se former en général avec une autre personne.

«Il y a peut-être à cibler en terme de formation à la méthode Brunet, la liste des maisons de santé, version associative, c'est-à-dire, de tous les gens qui sont salariés, parce que finalement, pour les libéraux, c'est techniquement, financièrement, administrativement peu ou pas possible.»

Un des médecins salarié dans un centre associatif décrit le libéral comme «un conflit d'intérêt» entre prendre le temps de soigner correctement son patient et la nécessité de faire tourner le cabinet et de faire suffisamment d'actes rémunérés dans une journée pour gagner sa vie. Pour lui, le salariat lui permet de s'affranchir de cette contrainte et de pouvoir prendre le temps nécessaire pour chacun de ses patients :

«Vous savez quoi ? Je m'en fiche complètement en vrai ! Je suis salarié d'une association et c'est le problème de l'association. On a fait le choix, au début du projet, de ne pas intéresser les médecins au chiffre d'affaires, (...) je n'ai pas de conflit d'intérêt lorsque je travaille, ce qui n'est pas le cas des libéraux (...) du coup, la question du financement me préoccupe, mais finalement, ne me concerne pas. Et c'est super ! Moi, je crois beaucoup aux Centres de Santé comme structure de soins en ville.»

Ne pas exercer seul

Tous les médecins sont d'accord sur le fait que pratiquer la thérapie avec une tierce personne facilite la pratique de cette thérapie au sein d'un cabinet de ville. Cette tierce personne peut être un autre médecin, une infirmière, une psychologue ou une assistante médicale.

«Sans formation et sans supervision, c'est compliqué. Moi, suite à ces consultations-là, j'ai demandé à une autre personne de se former et on fait des supervisions ensemble, parce que ce n'est pas forcément une évidence d'entendre ça.»

«la question du travail conjoint avec des IPA ou des psychologues pourrait être intéressant.»

«avec les nouvelles MSP qui se mettent en place, on pourrait imaginer effectivement qu'il y ait une psychologue qui soit formée avec les médecins à côté qui puissent prescrire le médicament.»

«j'ai une assistante donc ça facilite beaucoup les choses !»

Formations en psycho-traumatismes systématiquement incluses dans la formation des médecins généralistes

La plupart des médecins interrogés signalent un gros manque de formation en psychotraumatisme dans la formation des médecins généralistes ce qui expliquerait qu'ils soient si peu à l'aise avec ce diagnostic et ses conséquences psychologiques et psychosomatiques, ainsi que les importantes prescriptions de psychotropes. Une formation minimale systématique dans le domaine du psychotraumatisme permettrait aux médecins généralistes d'être plus à l'aise pour dépister et traiter ce genre de pathologies et d'envisager de se former à des thérapies comme la méthode Brunet.»

«Je pense qu'il faut plus de formations en psycho-trauma (...) comment dépister au mieux et savoir orienter, savoir recevoir, savoir accueillir ces symptômes-là donc ça c'est une véritable formation.»

Un des médecins qui m'a parlé de la prise en charge des psychotraumatismes de ses confrères au cours de l'entretien a déclaré : «souvent, ils ne sont pas identifiés comme tels, ils sont identifiés comme «souffrance psychique», «dépression», «anxiété», etc. S'ils sont identifiés «psychotrauma», à ce moment-là, ils bottent en touche, ils envoient en psy, dans un centre psychiatrique, et là, ils sont orientés vers l'équipe dédiée.»

Exercice conjoint avec un centre de psychotraumatisme et exercice mixte

Un des médecins a énoncé la possibilité pour un médecin généraliste libéral de pouvoir exercer quelques jours par semaine en lien avec un centre spécialisé dans le psychotraumatisme. En effet, les exercices mixtes semblent de plus en plus fréquents au sein de la jeune génération de médecins généralistes.

«Je peux imaginer que le centre de psychotrauma soit débordé. Peut-être que vous pourriez proposer au centre de mettre à leur disposition une journée ou demi-journée moyennement rémunération, pour faire de la prise en charge avec la méthode Brunet. Ça veut dire que vous êtes absente du cabinet une demi-journée de temps en temps mais c'est quand même pas du bénévolat, je valorise mes compétences et je mets ce temps-là à disposition. Ça permet d'avoir une pratique, de ne pas être tout seul et puis de voir la réalité des choses. Après, on peut peut-être réintégrer ça dans son activité libérale, pourquoi pas... c'est un avantage dans les cabinets de santé pluridisciplinaires où il y a plusieurs médecins, c'est que en général, ils font du temps partiel. La semaine est couverte du lundi matin au samedi midi ou vendredi soir mais ça ne veut pas dire que tout le monde est présent tout le temps.»

Franchise / Autre entité juridique permettant l'exercice de la psychothérapie au sein du cabinet de médecine générale

Le médecin 7, devant l'interdiction de pratiquer la psychothérapie au sein du cabinet de médecin généraliste, a décidé de demander au Conseil de l'Ordre une autorisation particulière pour créer une autre entité juridique lui permettant de faire ses séances de psychothérapie et ses consultations de médecine générale au sein de la même structure. Dans ce cas, les consultations sont facturées au patient au nom du centre dans lequel il exerce et ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale. Il dit également que d'autres médecins, ayant participé à ses formations et également embêtés par ces problèmes de facturation, lui ont proposés de créer une franchise.

«J'ai réussi, il y a quelques années à créer une entité autre, juridique, j'ai eu les accords du Conseil de l'Ordre pour créer un centre de service dans lequel j'exerce en fait, au même titre que d'autres thérapeutes. Je suis en profession libérale pour ce centre.»

«On est venu me solliciter pour faire une franchise, en fait, parce que moi j'ai une marque qui s'appelle «qui consulte?» et donc beaucoup de gens ont trouvé que cela pourrait être bien de travailler sous le nom «qui consulte ?», comme quand tu travailles comme «thérapeute Alain Brunet», tu bénéficies de la référence, de la qualité de formation, etc ... Et forcément, en contrepartie, on rétrocède une partie des bénéfices, ça c'est une solution.»

Adapter la méthode Brunet en fonction du patient avec l'expérience

Un des problèmes essentiels est le temps que prennent les séances de thérapie telles qu'elles sont enseignées par le Pr Brunet lors de la formation. Cependant, les médecins qui la pratiquent assurent qu'avec un peu d'expérience, au final la plupart des séances (à part les deux premières) peuvent être réalisées en 15 minutes, soit la durée moyenne d'une consultation de médecine générale. Notamment, les parties très protocolaires peuvent être adaptées selon la situation du patient et un exercice plus pratique des séances, sortant de l'étude initiale.

«après quand tu as l'habitude, ça va vite. Alain Brunet, il est très «protocole», avec un petit peu d'expérience, je pense que tu n'as pas besoin de tout ça non plus, de façon aussi ... consciencieuse! On sent bien qu'on rentre dans un protocole d'étude, mais tu ne souhaites pas forcément que tes patients fassent partie de l'étude, tu souhaites aider ton patient.»

Utilisation du propranolol en dehors de la méthode Brunet

Deux des médecins, qui ne pratiquaient pas encore la thérapie de reconsolidation™, semblaient s'interroger sur le fait de pouvoir utiliser la prescription de propranolol en dehors du protocole de reconsolidation et éventuellement de faire un mixte entre la méthode Brunet et les méthodes qu'ils utilisent déjà dans leur pratique quotidienne :

- «Je m'interrogeais également sur la place du propranolol quand je fais ces «certificats torture» (certificats coups et blessures) (...) ça donne des perspectives intéressantes. J'en avais parlé lors de la formation, pour savoir si ça leur semblait être une bonne ou une mauvaise idée et ils avaient dit «bah, faut essayer !»

- «je vais modifier un peu mon approche (...) je me vois bien essayer un peu sous propranolol. De toute façon, ce principe de réenregistrement, de ramener la mémoire traumatique en mémoire de travail et la réenregistrer et le modifier, c'est le principe de toutes les approches, (...) mais peut-être qu'effectivement, le propranolol peut accélérer le process. (...) avec le fruit de mes différentes approches et le cumul de toutes ces approches, combinées au protocole Brunet... il n'y a pas de raison que ça ne marche pas...»
- «Je pense que ça dépendra de l'état physiologique du patient, que ça m'aiderait plus s'il est en mode combat/fuite, moi ça m'arrive souvent de prescrire du propranolol chez les gens qui ont beaucoup de tremblements tout ça, dans les suites de trauma. Mais sur quelqu'un qui revit son trauma en mode figement, je ne suis pas sûr que ça va être plus efficient que ça ... je ferai mes petites expériences.»

3.7 - Bénéfices à faire pratiquer la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes

Soulagement rapide et diminution des consultations itératives après traitement

Les médecins généralistes sont en première ligne pour recevoir très régulièrement les patients qui sont en grande souffrance psychique, notamment en cas de psychotraumatisme. En effet, tant que l'origine du problème, à savoir le traumatisme, n'est pas traité, le patient reviendra souvent car il souffre toujours. Par contre, si le traumatisme est traité correctement, les symptômes handicapants disparaissent et le patient, bien souvent, n'a plus besoin de consulter aussi souvent : «sur mon retour des patients, j'ai énormément de personnes qui consultaient très fréquemment pour différentes symptomatologies et qu'aujourd'hui, je ne vois quasiment plus. Donc, il y a un gain au niveau du nombre de patients à prendre en charge et dans la consommation du médical.»

«je rencontre plein de médecins généralistes qui le soir en fin d'exercice, en prenant des patients, ça fait des années qu'il les suivent, après des années de suivi psychologique classique où il ne se passe rien, ils se mettent à faire la thérapie et il se passe plein de choses !»

«Nous, on les voit pendant des années ou des années après en grande souffrance ! Donc si tous les médecins pouvaient, dès qu'il y a un trauma, déclencher le truc, ça serait quand même pas mal !»

Augmentation de la demande et des délais de RDV

Actuellement, les centres spécialisés proposant la thérapie de reconsolidation™ ont des délais qui deviennent de plus en plus importants. En augmentant le nombre de thérapeutes formés, les délais de prise en charge seraient réduits.

«Le Dr V. à Poitiers, elle a 11 mois d'attente pour des vieux traumas, pas des choses toutes récentes, donc ce serait intéressant qu'on les aide à absorber cette difficulté là (...) il y a une vraie demande qui n'est pas assouvie, pas satisfaite. Il faut augmenter l'offre et former du personnel.»

«J'imagine qu'à l'avenir, il y aura plus de gens à traiter pour un psycho-trauma. Parce que je crains, euh, qu'il y ait des situation difficiles, je pense à la crise climatique en particulier, qui va générer tout un tas de réfugiés.»

«Il y a un tel délai que ça veut dire qu'il n'y a pas assez de professionnels formés.»

«Si chaque généraliste prenait 2 patients en thérapie de reconsolidation™ tout seul, ça ferait quand même ... ça viderait les listes des CMP !»

La prescription du propranolol rend difficile la pratique de cette thérapie par les psychologues en libéral, sans médecin

Les médecins qui connaissent des psychologues libérales formées à la thérapie racontent qu'elles ne peuvent pas pratiquer car les médecins généralistes qui ne connaissent pas cette thérapie refusent de prescrire le bêta-bloquant.

- «je ne connais pas de psychologue en libéral qui utilise la méthode Brunet ! J'en ai jamais entendu parlé, mais forcément c'est complexe, puisqu'il faut quelqu'un qui vérifie la prise du traitement et éventuellement qui est là lors de la première prise pour voir comment ça se passe.»

- «J'en ai parlé avec une psychologue, elle me dit qu'elle n'arrive pas à faire cette thérapie (...) parce que, quand elle demande une prescription de propranolol aux généralistes, ils refusent. Ils ont peur de la TS.»

Ainsi, former les médecins à la thérapie, ou au moins, diffuser l'information de son existence, pourrait permettre aux psychologues libérales de pouvoir pratiquer cette thérapie conjointement avec un médecin généraliste qui pourrait s'occuper de la prescription du propranolol.

Diminution des prescriptions de psychotropes

- «j'ai vu plein de fois des jeunes sortir de clinique psy avec des diagnostics «borderline», «anxiété généralisée», (...) en fait, elle a juste été traumatisée quoi ! Et elle a tous les critères de l'état post-traumatique. C'est pas «j'ai de l'anxiété généralisée, je ne sais pas pourquoi», «je suis en dépression parce que je suis faible». Non : «j'ai vécu des événements traumatiques, et du coup, j'ai des symptômes» et en plus, il y a une solution mais ça change vraiment tout dans l'approche !»

- «Cette fameuse cognition négative : «je suis nul, je suis faible, je suis lâche» qu'on est venu se mettre dans la tête au moment du trauma et que nous, médecins, on contribue à augmenter !»

- «il y en a (des généralistes) qui vont rapidement au traitement antidépresseur alors que nous, on prend le temps.»

Le formation au psychotramatisme, et éventuellement à la méthode Brunet, des médecins généralistes leur permettrait de mieux repérer ce diagnostic chez leurs patients en souffrance psychique et soit de les traiter soit de les orienter correctement vers un centre spécialisé en psychotraumatisme. Un fois l'origine du problème traité et les symptômes

soulagés, les médicaments psychotropes, qui font bien souvent offices de traitement symptomatique en cas de traumatisme, ne sont plus nécessaires dans de nombreux cas.

«Si les médecins identifient bien les psycho-traumas et les adressent aux équipes dédiées, cela pourra éviter que les gens se retrouvent en psychiatrie avec un benzo, un sédatif, ou autre...»

3.8 - Les médecins généralistes formés conseillent-ils à leurs confrères de se former ?

«Je le conseille déjà mais ce n'est pas non plus si évident en terme de pratique dans notre travail parce que la rémunération n'est pas du tout adaptée. (...) Je peux le conseiller mais je pense qu'il faut être engagé dans cette voie-là pour avoir envie de se former.»

«En tout cas, au psycho-traumatisme, oui. A la thérapie de reconsolidation™, pas forcément, c'était un gros temps. Et puis même, un peu de psycho, ce serait pas mal.»

«Je dirais, s'intéresser, parce que se former, c'est trop lourd et c'est trop cher par rapport au peu de possibilités de le réaliser, en terme d'investissement / bénéfice, pour un médecin généraliste, c'est pas rentable. 1000 euros la formation, avant d'avoir récupéré 1000 euros en honoraires pour ça, c'est pas rentable. Se former, si on est très en cheville avec une équipe de psy ou s'il y avait une volonté de le faire dans un cabinet de groupe, pourquoi pas, pour soulager l'hôpital, mais autrement, je ne crois pas. Autant, je dirais, renseignez-vous, allez voir comment ça se passe pour adresser vos patients, mais de là à conseiller aux généralistes de se former : non !»

«Je pense que ça a un intérêt parce que les médecins généralistes sont bien positionnés pour entendre ça au sens que, en médecine générale, tout est possible en terme de plainte, y compris les plaintes psychiques avec la notion de psychotraumatisme et donc de leur prise en charge. Mais les contraintes sont pour moi d'une disponibilité de temps, mais aussi d'une tranquillité pendant ce moment-là. Ensuite faut pouvoir assumer tout seul si on est tout seul, en tout cas, moi, je préférerais pouvoir en échanger avec un collègue. Mais si c'est pour mettre un C de consultation, c'est pas rentable financièrement ! C'est rentable éventuellement si on a un intérêt aigu pour cette discipline, mais plutôt à titre personnel je dirais ...»

«En libéral, c'est possible techniquement, mais il faut le faire pour rien, par plaisir, par conviction, par intérêt, par soucis de prise en charge du patient, surtout que j'imagine que dans les autres départements, il s'est créé aussi des centres de prise en charge des psychotraumatismes. Malheureusement, c'est ce qu'il y a de plus rapide : une fois qu'une hypothèse de psychotrauma est identifiée, que la confirmation du diagnostic soit externalisée et que la prise en charge soit externalisée aussi. La médecine générale, c'est quoi ? C'est beaucoup d'actes, mais des actes très rapides. Ça ne veut pas dire qu'il faut interdire la diffusion aux médecins généralistes, il faut qu'elle soit totale !»

«En tout cas, moi, je t'invite pour ton exercice de médecine générale, si tu as cette sensibilité, à au moins te former au psychotrauma, que tu comprennes ce que c'est, ça va révolutionner ta pratique, tu ne vas plus voir les patients de la même façon.»

«Absolument. Au point que j'ai fait une présentation au congrès de médecine générale au Maroc l'année dernière sur la thérapie de reconsolidation™. Les médecins généralistes devraient connaître cette thérapie !»

Au final, la plupart des médecins généralistes interrogés conseillent plutôt de se former sur le psychotraumatisme et de s'intéresser à la méthode Brunet afin de pouvoir poser l'indication chez les patients qui pourraient être soulagés par cette technique puis de les orienter vers une équipe dédiée. Pour beaucoup, la formation en elle-même puis ensuite la pratique de la thérapie en libéral constituent un trop gros investissement en temps et en argent pour ce qu'il est possible de facturer ensuite en tant que médecin généraliste. La formation serait donc réservée à des médecins généralistes qui seraient passionnés par le sujet et prêts à se former «à perte financière» comme le dit un des médecins interrogés.

Cependant, le médecin 8, qui travaille en libéral, a un avis beaucoup moins mitigé. Elle pratique régulièrement les séances de thérapie avec l'aide d'une assistante médicale et elle pense que cette pratique est parfaitement compatible avec ses consultations de médecine générale. Pour sa part, elle encourage grandement les médecins généralistes à se former à la reconsolidation.

IV- Discussion

1) Forces et faiblesses de l'étude

a) Faiblesses

Cette étude comporte un biais de recrutement car elle ne concerne que les rares médecins généralistes qui se sont déjà formés à la thérapie de reconsolidation™ en France, qui sont par conséquent déjà intéressés par le sujet et sont donc non représentatifs de la population générale des médecins généralistes français. Une étude incluant des entretiens avec des médecins non formés pourrait être intéressante afin de recueillir des avis plus larges et plus représentatifs de la population générale, ce qui permettrait également de diffuser l'information de l'existence de la thérapie auprès d'un plus grand nombre de médecins traitants.

La saturation des données ne semble pas atteinte au vu du peu de médecins généralistes français formés à la reconsolidation à ce jour. Cela nécessiterait une future analyse sur le sujet avec plus de participants. Bien évidemment, cela suggérerait que des médecins généralistes en plus grand nombre soient intéressés pour se former, ce qui ne semble pas être une évidence au vu des résultats de cette première étude.

L'enquêtrice était médecin généraliste remplaçant lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés. Elle était novice dans la pratique de la recherche qualitative. Par conséquent, certaines des questions ou interventions ont probablement été plus directives qu'à l'idéal. La directrice de thèse de cette étude avait déjà encadré plusieurs thèses quantitatives mais était également novice dans l'encadrement d'une étude qualitative. Il peut donc y avoir des biais d'analyse des résultats de l'étude.

Au vu de l'éloignement géographique entre les participants et l'enquêtrice, les entretiens ont été réalisés par téléphone ou par visioconférence, et non en présentiel. L'analyse du verbatim n'a pas été validée à froid par les médecins généralistes interrogés comme cela est parfois réalisé.

Cette étude étant la première étudiant la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes français, les résultats n'ont pas pu être confrontés aux données de la littérature.

b) Forces

L'étude bien que présentant quelques faiblesses, présente plusieurs points forts. La méthode qualitative a permis une liberté et une variété de réponses. Elle était adaptée pour répondre à la question de la compatibilité de la thérapie de reconsolidation™ avec celle de la médecine générale française, qui à ma connaissance n'a pas encore été explorée à ce jour. Les premiers entretiens pour tester les guides d'entretien ont été relus et vérifiés par la directrice de thèse, avant réalisation des entretiens suivants. Suite à ces entretiens tests, le guide d'entretien n'a pas été modifié. L'analyse a été entièrement supervisée par la directrice de thèse, elle-même formée à la thérapie de reconsolidation™.

L'enquêtrice avait une formation de médecin généraliste et était sensibilisée aux techniques de questions ouvertes et d'écoute active. Elle n'était pas formée à la méthode Brunet mais avait déjà assisté à des séances de thérapie de reconsolidation™ lors d'un stage en tant qu'interne de médecine générale dans un service d'addictologie.

Tous les médecins généralistes français formés au jour du 1^{er} mai 2024 (date de fin du recueil de données), à savoir 8 personnes, ont accepté de participer à l'étude. Ils avaient des profils très différents, permettant le recueil de nombreuses données malgré le peu de participants : hommes/femmes, âge, durée d'exercice ou installation, salarié/libéral, formation ou exercice complémentaire à la médecine générale, etc ...

Malgré le fait que l'enquêtrice ne connaissait aucun des participants, les médecins interrogés se sont sentis en confiance, sans doute grâce à son statut d'interne en médecine générale. Ils utilisaient volontairement un langage familier et n'hésitaient pas à donner leur avis sur le travail de thèse. Par ailleurs, tous les médecins se sont montrés très intéressés par le sujet et enthousiastes lors des entretiens. Par conséquent, les entretiens étaient suffisamment longs pour apporter des données riches. Pour beaucoup, ils ont manifesté l'espoir que ce travail de thèse puisse faire connaître la technique aux médecins généralistes et les sensibiliser au TSPT afin d'améliorer les prises en charge en médecine générale.

Les données ont été analysées de manière indépendante par deux chercheurs : la directrice de thèse, Docteur Egreteau (psychiatre) et l'enquêtrice, PRÉAU Anne-Marie (interne et

remplaçante en médecine générale). Chacune a effectué une analyse manuelle et progressive au fur et à mesure des entretiens. La confrontation et triangulation des analyses a été réalisée à la fin des entretiens, permettant de faire ressortir les thèmes et sous-thèmes, non préétablis, répondant à la question de recherche.

Le sujet n'avait encore jamais été exploré et soulève des problématiques qui mériteraient d'autres études. Le médecin traitant est souvent le soignant de premier recours avant le psychiatre ou le psychologue, mais n'est pas toujours à l'aise avec les symptômes psychologiques en raison d'un manque de formation. Faut-il s'orienter vers une médecine générale qui voit beaucoup de patients mais seulement pour de petits actes rapides ou faut-il plutôt souhaiter une modification de la pratique de la médecine générale vers une amélioration de la prise en charge globale des patients, notamment ceux qui présentent une grande détresse psychologique. D'autre part, le système des cotations et de la rémunération à l'acte en médecine générale, notamment en libéral, est-il toujours adapté à la médecine actuelle ?

Il faudra continuer de se poser ces questions au cours des prochaines années afin pouvoir continuer à offrir des soins de qualité à la population française.

2) Analyse des données et réponse à la question posée

a) Critère principal : la thérapie de reconsolidation™ est-elle compatible avec la pratique de la médecine générale.

Les avis concernant cette question sont très partagés.

Sur les six médecins exerçant toujours régulièrement la médecine générale, seuls deux des médecins ont intégré la pratique de la thérapie de reconsolidation™ à leur exercice de médecine générale depuis leur formation. L'une est salariée dans un centre de santé associatif et l'autre est en libéral et exerce avec l'aide d'une assistante médicale.

Elles pensent toutes les deux que la thérapie de reconsolidation™ est parfaitement compatible avec la pratique de la médecine générale malgré un règlement à l'acte pas toujours adapté. Elles prévoient toutes les deux des créneaux particuliers au moins pour la première séance de thérapie puis semblent d'accord pour dire qu'avec un peu d'expérience, les autres séances peuvent être intercalées au milieu des consultations de médecine générale car elles ne sont pas censées durer beaucoup plus de 15 minutes.

Par contre, aucune des deux ne pratique seule. En libéral, le médecin exerce avec l'aide d'une assistante médicale. Même si elle n'est pas elle-même formée à la reconsolidation, elle fait l'ECG avant le traitement par Propranolol et parfois partage son bureau avec le patient qui travaille sur son récit avant d'être reçu par le médecin pour clôturer la séance. Au sein du centre associatif, le médecin, quant à elle, a demandé rapidement à une autre personne de se former pour pouvoir faire les séances de thérapie ensemble et pouvoir discuter de la prise en charge des patients.

Toutes les deux conseillent fortement à leurs confrères médecins généralistes intéressés par le domaine du TSPT de se former à la thérapie de reconsolidation™.

Deux des six médecins pensent à inclure prochainement la pratique de la thérapie de reconsolidation™ à leur pratique de médecine générale mais ne se sont pas encore lancés car ils ont encore des hésitations concernant plusieurs questions.

L'un des deux n'a pas encore commencé à pratiquer la thérapie de reconsolidation™ car le centre associatif où il est salarié menaçait de fermer, mais à présent que leur équipe s'est étoffée et que le centre va continuer à fonctionner, il envisage de se lancer dans la pratique de la thérapie de reconsolidation™. Cependant, il lui reste des incertitudes. Il pensait mettre en place un protocole avec l'IPA (Infirmière de Pratique Avancée) mais ne savait pas comment les séances seraient cotées et si cela pourrait être suffisamment rentable pour le centre, comme il n'existe pas de cotation adaptée, même s'il dit ne pas être concerné directement par ce problème, étant salarié.

Par contre, il dit qu'il ne conseillerait pas forcément à ses confrères de se former à la reconsolidation car c'était un gros investissement, «un gros temps», mais plutôt de se former au psychotraumatisme et aux bases de la prise en charge psychologique.

Le deuxième médecin, est en libéral mais exerce déjà une autre activité de psychothérapeute, non remboursée, pour laquelle il a des facturations particulières. Il n'a pas encore pratiqué la thérapie de reconsolidation™ car il dit qu'il n'a jamais trouvé qu'un seul traumatisme chez un patient et donc ne rentre jamais complètement dans l'indication de la méthode Brunet. D'autre part, il pratique déjà une autre thérapie basée sur l'hypnose qui donne de bons résultats mais il pense éventuellement à mixer les deux techniques en faisant des tests avec sa propre technique sous Propranolol.

Selon son avis, la thérapie de reconsolidation™ serait parfaitement compatible avec la pratique de la médecine générale et le médecin traitant serait un des soignants les mieux placés pour proposer cette thérapie c'est-à-dire recevoir les patients une fois par semaine et surveiller la prise du bêta-bloquant : «on est quand même les plus habilités à faire ça». Le seul élément vraiment limitant pour lui concerne le règlement des séances et nécessite que le médecin qui souhaite se lancer dans la reconsolidation soit dans «un exercice de la médecine non comptable» car les séances peuvent parfois demander plus de temps qui ne sera pas forcément rémunéré pour le médecin généraliste.

Il conseille fortement à ses confrères de se former au syndrome psychotraumatique, en disant que cela a révolutionné sa pratique de la médecine en général, et il conseille aussi de se former à la thérapie de reconsolidation™, qui pour lui, est le traitement du TSPT le plus compatible avec la pratique de la médecine générale.

Pour les deux derniers médecins, le premier n'envisage pas de se lancer dans la pratique de la reconsolidation car il n'exerce plus avec le psychologue avec lequel il s'était formé et ne se sent pas assez sûr de lui pour exercer seul, le deuxième s'était formé dans le but de proposer la thérapie à son cabinet mais y a renoncé après des problèmes de santé importants. De plus, ils sont tous les deux en fin de carrière et ne souhaitent pas s'investir dans des pratiques nouvelles avant leur retraite.

Tous les deux ne conseillent pas à leurs confrères de se former à la reconsolidation à moins d'être passionnés par le sujet et d'y trouver un intérêt personnel car la formation a représenté un investissement très important autant financier qu'en temps, qu'il sera très difficile de rentabiliser par la suite avec le paiement à l'acte non adapté. Ils évoquent également un environnement pas toujours adapté dans un cabinet de médecine générale libérale : solitude dans l'exercice pour le médecin, téléphone qui sonne, activité intense. Pourtant, ils sont tous les deux convaincus que la méthode Brunet est une technique efficace qui rend service aux patients mais pour eux, la pratique de cette thérapie est difficilement compatible avec la médecine générale française telle qu'elle est exercée à l'heure actuelle.

Concernant les deux médecins qui n'exercent plus la médecine générale, ils pratiquent tous les deux la thérapie régulièrement. L'un des deux pense que cette thérapie s'adapterait très bien à la médecine générale mais pense que le médecin généraliste qui se lance dans la reconsolidation doit avoir des bases en psychologie pour pouvoir gérer les émotions provoquées par les séances autant chez le patient que chez le thérapeute. Il dit qu'il conseillerait aux médecins généralistes de se former mais pas tout seul, afin de pouvoir encadrer les séances à plusieurs et de pouvoir débriefer des prises en charge, et éventuellement d'avoir un contact avec un psychiatre ou un centre de psychotraumatisme en cas de problème.

La deuxième est beaucoup moins favorable. Elle pense que la thérapie aurait été compatible avec la pratique de la médecine générale qu'elle avait il y a 30 ans, où elle pouvait encore prendre son temps avec les patients, mais qu'elle est complètement incompatible avec la pratique actuelle de la médecine générale telle qu'elle a pu la voir exercer lors de ses remplacements après 20 ans d'arrêt de la médecine. Elle dit que c'est devenu «l'usine à gaz», qu'il faut aller vite, et que ce ne sont pas de bonnes conditions, ni pour permettre au patient de parler d'un éventuel psychotraumatisme, ni pour réaliser des séances de thérapie de reconsolidation™. C'est une des raisons pour laquelle elle a quitté la médecine générale, estimant que cette pratique de la médecine générale ne permettait plus une écoute des patients, et qu'il n'y avait plus le même lien de confiance entre un médecin traitant et son patient. Par ailleurs, dans son expérience, elle trouve qu'en général, les médecins généralistes ne sont pas très à l'aise avec les troubles psychologiques ou psychiatriques avec une prescription de psychotropes trop fréquente et qu'il faudrait commencer par former les généralistes dans ce domaine.

Elle pense que les psychologues sont mieux placés pour faire la thérapie de reconsolidation™, même si la prescription du bêta-bloquant reste un frein pour les psychologues exerçant sans médecin.

Au final, sur les huit médecins formés, seuls deux des médecins ont réussi à inclure la thérapie de reconsolidation™ au sein de leur pratique de médecine générale. Elles ont essayé d'adapter au mieux leurs conditions d'exercice pas forcément compatibles avec cette thérapie. Le reste des médecins qui était suffisamment motivé pour aller au bout de cette formation exigeante, n'ont jamais réussi à rendre compatible cette thérapie avec leurs

conditions actuelles d'exercice de la médecine générale. Et ce malgré un immense intérêt pour cette technique thérapeutique et la certitude d'un important service rendu aux patients qui peuvent en bénéficier. Pour la plupart de ces médecins généralistes, les limites à la pratique de cette thérapie en médecine générale sont encore trop nombreuses pour permettre une réelle compatibilité entre les deux et une pratique de la reconsolidation au sein des cabinets de généralistes en toute sécurité pour le patient et pour le soignant.

b) Critère secondaire : identification des limites à la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes et proposition de solutions à ces limites.

Aspect financier : tarifs à l'acte de la médecine générale non adaptés à la reconsolidation
L'aspect non rentable de la formation et de la pratique de la thérapie de reconsolidation™ est une limite qui est revenue à tous les entretiens, y compris chez les médecins qui l'exercent régulièrement. Ils décrivent tous une rémunération à l'acte non adaptée à des prises en charge psychologiques comme la reconsolidation, qui prennent du temps qu'il ne sera pas possible de facturer, du fait de l'absence de codage spécifique. Par conséquent, à l'heure actuelle, ils pensent que le médecin généraliste qui décide de se former à la reconsolidation doit le faire parce qu'il est passionné par le sujet et qu'il souhaite aider ses patients, malgré la probable perte financière que représentera la formation et le temps passé pendant les séances qui ne sera pas toujours rémunéré. Certains d'entre eux ont exprimé leur frustration de ne pas pouvoir rentabiliser des connaissances supplémentaires acquises lors de formations, surtout à une époque où la plupart des spécialistes sont de moins en moins accessibles et où on demande aux médecins généralistes d'assurer des consultations de plus en plus complexes avec de moins en moins de temps et pour des rémunérations qui n'ont que très peu évoluées au cours des dernières décennies.

En effet, en 2024, la médecine générale fait déjà débat sur la tarification des consultations alors qu'elle fait partie des plus basses en Europe. Le G est actuellement à 26,5 euros pour une consultation standard d'une durée moyenne de 15 minutes. Il n'existe pas de cotation spécifique pour facturer une prise en charge psychologique par le médecin traitant, car ces prises en charge ne sont pas reconnues par le système de santé français. Pourtant elles sont très fréquentes au sein des cabinets de médecine générale, à une époque où les psychiatres sont de moins en moins accessibles, du fait de la démographie médicale déficitaire et où les psychologues ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. Concernant la reconsolidation, d'après les médecins interrogés, la seule possibilité pour un médecin généraliste est de coter un ALPQ003 pour la première séance de la thérapie en remplissant une échelle d'Hamilton, ce qui semble à peine suffisant pour une séance qui peut parfois durer plus d'une heure. Les autres séances devront être facturées au prix du G, soit 26,5 euros à ce jour. Les deux médecins qui pratiquent la thérapie estiment que cette tarification est souvent suffisante pour les dernières séances de reconsolidation qui peuvent être réalisées en 15 à 20 minutes, mais qu'elle est grandement insuffisante pour la 2^e voire 3^e séance(s) qui peuvent prendre

plus de temps, surtout lors de la rédaction du récit et lors de la première relecture qui peuvent être très éprouvantes pour le patient.

Cependant, au vu de la tarification déjà jugée insuffisante par beaucoup de médecins généralistes pour une consultation standard, il paraît improbable qu'ils souhaitent ajouter une plus-value à leurs consultations avec la thérapie de reconsolidation™, en sachant l'investissement important que demande la formation et l'impossibilité de rentabiliser rapidement cet investissement. Après tout, «il y a le cabinet à faire tourner» comme le dit un des médecins interrogés.

C'est pourquoi, l'aspect financier semble être un frein important à l'extension de la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes français. L'un des médecins interrogés explique très bien la frustration de ne pas pouvoir valoriser les plus-values, apportées aux consultations de médecine générale : «Pourquoi je me formerais puisqu'avec 30 consultations de médecine générale simples, je gagne plus qu'avec 15 consultations avec plus-values ?»

Cependant, plusieurs solutions peuvent être proposées pour rentabiliser le temps investi par un médecin traitant dans ce type de thérapie.

Au moment où cette étude est rédigée, un accord a été trouvé par la CPAM afin d'augmenter les tarifs des médecins généralistes avec un G qui passera à 30 euros, en fin d'année 2024. C'est un progrès mais il serait également souhaitable d'après les médecins interrogés, qu'il y ait la création d'une cotation spécifique pour les prises en charge psychologiques par les généralistes, qui ne comprennent pas seulement les séances de reconsolidation. Une cotation qui donnerait lieu à un remboursement au même titre que les autres cotations de médecine générale. Cela pourrait permettre au médecin traitant de passer plus de temps avec un patient qui ne va pas bien et de pouvoir être rémunéré lors de ces consultations très souvent plus longues.

Plusieurs médecins ont évoqué la possibilité de proposer la formation à la reconsolidation plutôt aux médecins exerçants en tant que salariés dans des centres de santé, d'autant plus qu'ils ont souvent l'avantage d'être pluri-disciplinaires, et donc de pouvoir exercer en équipe. Cette solution permettrait aux médecins généralistes de ne pas être dépendants de la rentabilité de leurs consultations et également de pouvoir se former à plusieurs au sein d'une même structure. Cependant, cette solution est loin d'être miraculeuse, car si le médecin n'est pas concerné par la rentabilité de ses consultations, le Centre, lui, dépend toujours des règlements à l'acte pour payer les charges et continuer à fonctionner sans être trop déficitaire sur le plan financier.

L'un d'entre eux a également évoqué la possibilité de faire rentrer le TPST au nombre des Affections Longues Durées, avec une prise en charge à 100% des soins médicaux pour les patients les plus handicapés dans leur quotidien.

Investissement en temps incompatible avec la médecine générale actuelle

Le témoignage du médecin 6, qui a arrêté la médecine pendant 20 ans avant de reprendre, est très intéressant. En effet, elle a pu voir une modification de la pratique de la médecine générale exercée par les médecins qu'elle a remplacés lors de sa reprise par rapport à la médecine qu'elle-même exerçait lorsqu'elle s'était installée au début de sa carrière. Pour elle, la pratique de la médecine générale telle qu'elle l'a vue exercer pendant ses remplacements est grandement incompatible avec une prise en charge correcte des symptômes psychologiques et ne permet plus d'avoir le lien de confiance qu'il y avait auparavant entre un patient et son «médecin de famille». Elle décrit les cabinets de médecine générale comme des «usines à gaz» où il faut voir le plus de patients le plus rapidement possible. Sans cette relation de confiance et un espace de parole suffisant, il sera très difficile autant pour le patient que pour le médecin, d'aborder le sujet du psychotraumatisme.

En effet, au cours des dernières décennies, le nombre de médecins par habitants a énormément chuté, et en 2024, le manque de plus en plus dramatique de personnel médical a tendance à se généraliser sur tout le territoire français. Une part importante de la population française ne trouve pas de médecin traitant, particulièrement dans les déserts médicaux. C'est pourquoi, la politique de ces dernières années encourage les médecins généralistes à prendre toujours plus de patients, parlant même d'un objectif de 6 patients par heure, ce qui réduirait la durée d'une consultation standard de médecine générale à environ 10 minutes, et paraît déjà insuffisant pour un suivi classique de pathologie chronique somatique.

Dans ce contexte, il paraît impossible de faire pratiquer la thérapie de reconsolidation™ par les médecins généralistes, ce qui pourtant rendrait un important service à la population en réduisant les délais de prise en charge de symptômes qui peuvent être très invalidants et permettrait de soulager les CMP, les services psychiatriques et les Centres de psychotraumatisme qui sont surchargés.

En effet, tous les médecins interrogés ont décrit une meilleure prise en charge de leurs patients depuis leur formation, même pour ceux qui n'exercent pas la thérapie en tant que telle. Ils dépistent plus facilement le TSPT car ils ont la possibilité de les orienter derrière vers des traitements adaptés. Ils décrivent tous une baisse de la consommation médicamenteuse et des consultations après une thérapie bien conduite amenant un réel soulagement des symptômes. D'ailleurs, certains des médecins interrogés ont déjà commencé à intégrer une question systématique lors des consultations de premier contact avec leurs nouveaux patients afin de dépister un éventuel psychotraumatisme.

Ces médecins ont décidés de donner priorité à la qualité des soins plutôt qu'à la quantité, malgré une rémunération à l'acte privilégiant la quantité.

Former les médecins généralistes à la reconsolidation permettrait donc de prescrire moins de psychotropes à des patients pendant des mois voire des années avant qu'ils puissent bénéficier d'un traitement adapté et d'éviter certaines errances diagnostiques par faute de formation.

Pour finir, les patients en grande détresse psychologique suite à un psychotraumatisme, qu'ils en soient conscients ou non, ont tendance à consulter très régulièrement. Accorder aux médecins généralistes la possibilité de prendre le temps de dépister et de traiter ces patients, permettrait au final d'éliminer cette surconsommation du médical, faisant faire des économies au système de santé à long terme et de libérer du temps aux médecins traitants. Pour cela, il faudrait, que les médecins traitants puissent prendre le temps qu'il faut pour chacun de leurs patients en fonction de leurs besoins et puissent facturer à sa juste valeur ce temps investi, au contraire des politiques actuelles qui préconisent des actes rapides et nombreux afin de s'y retrouver financièrement et d'assumer le flux tendu de patients.

Gestion de la charge émotionnelle et formation au psychotraumatisme

Un frein qui est régulièrement revenu au cours des entretiens est la difficulté à faire face à la charge émotionnelle provoquée par la thérapie pour le patient ainsi que pour le thérapeute. En effet, beaucoup de médecins généralistes ne semblent pas très à l'aise avec la détresse psychologique de leurs patients et semblent gérer la situation en prescrivant des psychotropes pour «masquer» les symptômes. Comme le signale l'un des médecins interrogés, la formation à la reconsolidation concerne une partie très théorique et opérationnelle mais n'enseigne pas vraiment comment gérer les «à-cotés» déclenchés par les séances qui peuvent être très éprouvantes autant pour le patient que pour le thérapeute. C'est pourquoi les médecins interrogés déplorent l'absence de formation sur ce sujet lors de la formation générale d'un médecin généraliste. Si tous les médecins ne conseillent pas forcément à leurs confrères de se former à la thérapie de reconsolidation™, tous estiment qu'une formation minimale en psychotraumatisme et en gestion de la détresse psychique de leurs patients devrait être systématiquement incluse dans la formation des médecins généralistes. Avoir des bases en psychothérapie paraît en effet indispensable pour des médecins qui seront en première ligne face à des patients parfois en grande détresse psychologique lorsqu'ils consultent. Actuellement, la plupart des praticiens se sentent plutôt démunis face à ces patients. Une formation de base permettrait un meilleur repérage des psychotraumatismes au sein de leur patientèle et éventuellement de leur proposer une prise en charge adaptée au lieu de seulement leur prescrire des psychotropes qui très souvent n'améliorent en rien leur quotidien en plus d'avoir de nombreux effets secondaires délétères. Ainsi, même si les médecins généralistes ne sont pas eux-mêmes formés à une thérapie spécifique du TSPT, cela permettra tout de même d'identifier correctement le diagnostic et d'orienter les patients vers une équipe dédiée, formée au traitement du TSPT, évitant les trop nombreuses errances diagnostiques chez des patients qui peuvent être très handicapés dans leur quotidien.

Solitude dans l'exercice

C'est également une limite qui est régulièrement revenue au fil des entretiens et qui peut être rattachée à la précédente. En effet, parmi les médecins qui pratiquent la reconsolidation, aucun ne pratique seul. Pour les médecins qui n'ont pas la possibilité de

travailler en binôme, cela est resté un frein important au fait d'inclure la thérapie au sein de leur pratique. Le travail en équipe permet de pouvoir discuter de l'indication avant de proposer la thérapie, de discuter de la pertinence de continuer les séances en cours de thérapie et surtout de pouvoir partager la charge émotionnelle qui découle de la thérapie notamment pour le thérapeute.

C'est pourquoi, proposer la formation à la thérapie de reconsolidation™ à des médecins qui exercent seul en cabinet de ville, semble difficile. Certains médecins ont proposé de se concentrer plutôt sur les centres de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires qui sont de plus en plus nombreux en France. Ces structures permettent en effet d'avoir accès au travail d'équipe pour un médecin généraliste de ville. Il semble donc préférable de proposer la formation à la reconsolidation plutôt à des médecins qui pourront exercer en collaboration étroite avec un autre médecin, une psychologue, une assistante médicale, ou une infirmière.

Il y a également la possibilité pour un médecin généraliste d'exercer conjointement avec un centre de psychotraumatisme, avec des heures allouées au centre et payées par un contrat de salarié. En effet, les exercices mixtes se pratiquent de plus en plus en France, notamment dans les cabinets de groupe où la patientèle peut être partagée entre plusieurs médecins. Cela permet aux médecins d'avoir des journées ou demi-journées avec une autre activité que la médecine générale tout en ayant toujours un médecin disponible au cabinet tous les jours pour recevoir les urgences de médecine générale. Cet exercice mixte peut permettre aux généralistes de pouvoir se spécialiser dans un domaine qui leur tient à cœur, comme par exemple le psychotraumatisme et la reconsolidation, tout en rentabilisant des pratiques qui demandent de prendre du temps et qui seraient difficiles à facturer en libéral.

Diffusion de l'information concernant la méthode Brunet

Tous ces freins à la pratique de la reconsolidation, notamment en libéral, expliquent en partie pourquoi seulement 8 médecins généralistes sont formés en France mais surtout, j'ai pu m'apercevoir, comme les médecins interrogés, que la plupart de nos confrères et consœurs généralistes ignorent complètement l'existence d'une telle thérapie et n'en ont jamais entendu parler. D'ailleurs, un des médecins a déclaré : «heureusement qu'on ne les identifie pas trop (les TSPT), parce qu'ils sont une petite équipe (au Centre de psychotraumatisme) et ils ne pourraient pas absorber toute la demande».

Plusieurs des médecins expliquent bien qu'avec leur formation à la méthode Brunet, ils ont également découvert l'équipe du Centre de psychotraumatisme près de chez eux. Du coup, même ceux que ne pratiquent pas la thérapie, ont pu être sensibilisés au TSPT et peuvent leur adresser leurs patients afin qu'ils puissent bénéficier d'un traitement approprié. Cependant, les délais de prise en charge deviennent de plus en plus importants. Si les médecins généralistes dépistent plus le TSPT, il faudra également que plus de personnel soit formé afin de prendre en charge ces patients et de leur proposer un traitement dans des délais raisonnables

3) Formation des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge du syndrome post-traumatique : intérêt pour les médecins et pour les patients ?

Pendant longtemps, le syndrome post-traumatique a été très sous-diagnostiqué. Avec la libération de la parole, les mouvements d'associations de victimes de certains traumatismes, les réseaux sociaux, les forums, etc ... le syndrome post-traumatique devient un motif de consultation de plus en plus fréquent, qu'il soit connu par le patient ou qu'il soit dissimulé derrière des plaintes somatiques inexpliquées ou des symptômes anxio-dépressifs. Après une longue période plutôt stable depuis la Guerre Froide, notre monde change depuis plusieurs années avec l'arrivée des catastrophes naturelles dues au changement climatique, les attentats et les guerres qui sont de plus en plus fréquentes, des phénomènes qui risquent d'augmenter encore la prévalence du syndrome post-traumatique à l'avenir.

Le médecin 2, qui reçoit déjà beaucoup de patients allophones réfugiés, s'est montré particulièrement préoccupé par l'avenir de sa profession qui, d'après lui, sera de plus en plus souvent confrontée à ce genre de problématique, sans grande formation pour y faire face. Il décrit : «En fait, je pense que c'est la boîte de Pandore ce truc. Quand on a commencé à aller là-dedans, en fait, on trouve plein de psycho-traumas partout ! A une époque, j'avais l'impression qu'à chaque consultation, j'écrivais : diagnostic = psycho-trauma». C'est pourquoi, la question du psychotraumatisme est devenu quasi-systématique dans la prise en charge de ses patients.

Cependant, quand ils parlent de la thérapie ou du syndrome post-traumatique à leurs confrères autour d'eux, tous les médecins interrogés décrivent un manque d'intérêt ou de compréhension de la part de leurs collègues dont beaucoup semblent n'avoir jamais été sensibilisés à ce sujet au cours de leur cursus médical. Pourtant, le système de santé français a choisi de placer le médecin traitant au centre de la prise en charge médicale du patient depuis des années. En cela, il semble le mieux placé pour aborder le sujet du psychotraumatisme avec ses patients et sera souvent le premier interlocuteur pour des personnes présentant une grande détresse psychologique voire un véritable syndrome post-traumatique handicapant au quotidien. De plus, les Centres de psychotraumatisme et les services de psychiatrie sont actuellement submergés par les demandes de prise en charge et les délais sont de plus en plus longs. Il y a donc un réel intérêt à la prise en charge d'une partie de ces patients par les médecins généralistes qui malgré le déficit également présent en médecine générale, restent plus nombreux que les spécialistes. Cependant, comment demander à ces médecins de pouvoir repérer, orienter ou traiter correctement ces patients en grande détresse, sans leur accorder les armes pour y faire face ?

En effet, malgré un avis mitigé sur la pratique de la thérapie de reconsolidation™ auprès des médecins généralistes formés, ils sont, en revanche, tous d'accord pour dire que cette sensibilisation au syndrome post-traumatique a complètement transformé leur manière de voir leurs patients et de pratiquer la médecine générale au quotidien. Ils affirment tous avec

conviction que ces connaissances du syndrome post-traumatique, des bases de la psychologie et de la gestion de la détresse psychologique d'un patient devrait faire systématiquement partie de la formation de tous les médecins généralistes.

En cela, les Centres de Psychotraumatismes pourraient avoir un rôle central pour organiser des formations qui pourraient être incluses dans la formation des internes de médecins générale, en coopération avec les Universités de médecine françaises.

Par ailleurs, si la thérapie de reconsolidation™ semble être, de l'avis de tous, le traitement du TSPT le plus adapté à la médecine générale, certaines choses mériteraient d'être modifiées afin d'améliorer la compatibilité de la pratique de la reconsolidation et celle de la médecine générale. Pour cela, les médecins interrogés ont proposé plusieurs idées :

- La reconnaissance de la prise en charge psychologique par le médecin traitant à travers une cotation spécifique, qui pourrait inclure la pratique des séances de reconsolidation et permettrait de pouvoir facturer le temps passé lors de consultations plus longues. En effet, à l'heure actuelle, les psychothérapeutes sont peu remboursés et le médecin traitant fait souvent office de psychothérapeute de secours, souvent sans formation préalable et sans pouvoir facturer ces prises en charge longues et complexes.

La reconnaissance de ces prises en charge au niveau national permettrait de pouvoir inclure des bases de psychologie dans la formation des médecins généralistes ou au moins de permettre à ceux qui se sont investis dans une formation additionnelle de pouvoir exercer des actes de psychothérapie au sein du cabinet médical sans avoir besoin d'une autre entité juridique indépendante. Cela permettra également de pouvoir rentabiliser le temps passé en formation ainsi que le temps passé avec ses patients.

- La reconnaissance du syndrome post-traumatique comme une réelle pathologie handicapante, pouvant donner lieu à une déclaration en ALD pour les formes les plus sévères, permettant une prise en charge à 100% des soins pour les patients les plus handicapés pour leurs symptômes traumatiques. Ainsi, les patients en grande détresse avec de grosses conséquences sociales et financières de leurs troubles, pourront quand même avoir accès aux prises en charge proposées par les médecins généralistes sans attendre pendant des mois / années une place dans un CMP, pour un traitement pas toujours adapté, au vu du manque de personnel dans la plupart des CMP.

- La possibilité de former préférentiellement les médecins généralistes salariés, travaillant dans des centres ou des maisons de santé associatifs, même si cette solution n'est pas miraculeuse étant donné que les structures elles-mêmes sont toujours dépendantes du règlement à l'acte des médecins qu'elles emploient.

- Proposer la formation surtout aux médecins exerçant en centre pluridisciplinaire ou avec une assistante médicale afin que la pratique de la thérapie puisse se faire à plusieurs.

- La possibilité d'exercice mixte : exercice libéral de la médecine générale + exercice salarié de la thérapie de reconsolidation™ en association avec un CMP ou un Centre de psychotraumatisme, par exemple. Ce genre d'exercice mixte est de plus en plus courant et permet à des médecins libéraux de pouvoir rentabiliser des connaissances un peu plus spécialisées mais nécessite de trouver un autre lieu que le cabinet de médecine générale et de réserver des journées ou des demi-journées pour cet exercice particulier, ce qui crée des contraintes de planning. Cela nécessite également de trouver une structure qui accepte de financer des vacations de ce type.

Par ailleurs, deux des médecins interrogés ont déclaré envisager d'utiliser le propranolol en cas de symptômes traumatiques en dehors de la thérapie de reconsolidation™, voire en mixant l'utilisation du propranolol avec d'autres techniques qu'ils utilisent déjà pour traiter le syndrome post-traumatique.

CONCLUSION

Actuellement, seuls huit médecins généralistes français sont formés à la thérapie de reconsolidation™. Sur ces huit médecins, deux ont abandonné la médecine générale pour se tourner vers un exercice centré sur l'addictologie et la psychiatrie en tant que salariés après avoir passé un DU. Sur les six médecins restants exerçant toujours la médecine générale, seuls deux exercent régulièrement la thérapie de reconsolidation™, incluse au sein de leur pratique de la médecine générale. Les quatre autres médecins, malgré la certitude de l'efficacité de cette technique, n'ont jamais réussi à rendre la pratique de la thérapie compatible avec leur pratique de la médecine générale. Les deux médecins qui pratiquent les séances de reconsolidation aimeraient conseiller à leurs confrères généralistes de se former à la méthode Brunet car elles sont très contentes des résultats obtenus sur leurs patients traités. Cependant, elles sont conscientes des difficultés que présentent l'exercice de ce genre de thérapie en médecine générale et conseillent de ne pas se former seul et d'être suffisamment motivé par le sujet pour accepter un exercice pas forcément rentable des séances de reconsolidation sur le plan financier.

Les autres médecins, malgré le fait de penser que la thérapie de reconsolidation™ est la thérapie du syndrome post-traumatique qui serait la plus compatible avec la médecine générale, ne conseillent pas vraiment à leurs confrères de se former car la formation à la méthode Brunet a présenté un investissement très important qu'il sera très difficile de rentabiliser par la suite à cause du paiement à l'acte non adapté à ce type de pratique. Par contre, ils sont tous d'accord pour dire qu'une formation au psychotraumatisme et à la prise en charge de la détresse psychologique de leurs patients devrait être systématiquement incluse dans la formation d'un médecin généraliste au vu de la prévalence de cette pathologie et au fait que le médecin traitant est souvent le professionnel de première ligne qui devra identifier les troubles et orienter correctement son patient. En effet, actuellement, les patients atteints de TSPT sont probablement très sous-diagnostiqués et beaucoup de médecins généralistes ne sont pas à l'aise pour faire face à la détresse psychologique de leurs patients. Une formation adéquate généralisée permettrait une meilleure prise en charge de ces patients et éviterait les errances diagnostiques dont souffrent beaucoup de patients mis sous psychotropes pour des indications erronées.

Inclure des bases de psychologie, une sensibilisation au psychotraumatisme et à sa prise en charge permettrait déjà aux médecins généralistes de pouvoir identifier et orienter les patients atteints de TSPT. Cependant, les Centres de psychotraumatisme sont déjà submergés par les demandes de prise en charge et les délais de RDV sont de plus en plus longs, malgré une pathologie sous-diagnostiquée. Si le dépistage et l'identification du syndrome post-traumatique est amélioré, il faudra également prévoir du personnel formé aux thérapies de cette pathologie qui risque d'être de plus en plus fréquente au vu des événements mondiaux en cours. Pour cela, il sera utile de faire appel aux médecins généralistes pour traiter certains de ces patients mais la médecine générale nécessitera

quelques adaptations pour favoriser la pratique, par exemple, de la thérapie de reconsolidationTM au sein des cabinets de médecins traitants.

En l'état actuel, les médecins interrogés ont proposé de former plutôt les médecins exerçant dans des structures pluridisciplinaires afin de pouvoir pratiquer la thérapie en équipe et de favoriser la formation des médecins généralistes salariés qui ne seront pas trop impactés par la tarification à l'acte non adaptée. Il y a également la possibilité pour un médecin libéral d'avoir un exercice mixte avec des vacations salariées en partenariat avec un CMP ou un Centre de psychotraumatisme.

Cependant, pour rendre la pratique de la reconsolidation vraiment compatible avec celle de la médecine générale et généraliser ces prises en charge sur le territoire, il faudrait envisager des changements au niveau national. Les médecins interrogés ont émis plusieurs idées : reconnaissance des prises en charge psychologiques des médecins généralistes avec création d'une cotation adaptée, reconnaissance du syndrome post-traumatique en tant qu'ALD avec une prise en charge à 100% des soins pour les patients les plus handicapés, diffusion de l'information concernant les nouvelles thérapies existantes.

Au final, cette étude pose plusieurs autres questions, plus vastes : la médecine générale française telle qu'elle est pratiquée en 2024, est-elle toujours adaptée à une prise en charge globale et optimale de chaque patient ? Le paiement à l'acte motivant une pratique de nombreux petits actes rapides était-il vraiment adapté à la fonction de pilier central de la prise en charge que le système de santé français souhaite donner aux médecins traitants depuis plusieurs années ? La prise en charge des médecins traitants doit-elle être contrainte par leur rentabilité financière, ce qui semble en complète opposition au Serment d'Hippocrate ?

La réalisation de cette étude aura permis de renforcer l'idée que, pour une prise en charge optimale du syndrome post-traumatique comme pour beaucoup d'autres pathologies qui prennent du temps, une refonte importante du système de santé français semble nécessaire et notamment une modification des modalités d'exercice de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Brunet A, Orr SP, Tremblay J, Robertson K, Nader K, Pitman RK. Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *J Psychiatr Res.* 1 mai 2008;42(6):503-6.
2. Boriello C. Étude de l'impact du protocole `` Paris Mémoire Vive ' ' chez des victimes souffrant de Trouble de Stress Post Traumatique: traitement par blocage de la reconsolidation mnésique ou thérapie d'exposition. 2018;117.
3. Inserm. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* juin 2005;62(6):593-602.
5. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord.* avr 2011;25(3):456-65.
6. Carli P, Pons F, Levraut J, Millet B, Tourtier J-P, Ludes B, et al. The French emergency medical services after the Paris and Nice terrorist attacks: what have we learnt? *Lancet Lond Engl.* 16 déc 2017;390(10113):2735-8.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* déc 1995;52(12):1048-60.
8. Etten MV, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis [Internet]. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1998 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67406/>
9. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry.* févr 2005;162(2):214-27.
10. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. New York, NY, US: Oxford University Press; 2007. viii, 146 p. (Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide).
11. Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7:167-81.
12. Etat de stress post-traumatique : une nouvelle thérapie révolutionnaire efficace [Internet]. Thérapie de la reconsolidation. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.reconsolidationtherapy.com/soigner-stress-post-traumatique>

ANNEXES :

Critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (« Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders »), publié par l'American Psychiatric Association en 2013.

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers).

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.)
4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).
3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécificateurs

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).

2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé). Avec expression retardée Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

PCL-S : Évaluation d'un État de Stress Post Traumatique (ESPT)

Nom: _____ Prénom: _____ Age: _____ Sexe : _____ Date: ____ / ____ / ____.

Mode d'emploi

Veuillez trouver ci-dessous une liste de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque question avec soin puis entourer le chiffre qui vous semble le plus juste pour vous : théoriquement à quel point avez vous été perturbé par ce problème dans le mois précédent¹ et, plus largement, s'il s'agit d'événements plus anciens, voire très anciens, à combien ils restent perturbants à l'heure actuelle. Il peut arriver qu'il n'y ait aucune mémoire d'un événement quelconque ; dans ce cas, noter comme perturbant tous les comportements, ressentis, gestes, émotions qui se manifestent de façon souvent incompréhensible ou inopinée (ex : brusque saute d'humeur, réactions démesurées d'abattement ou de colère, sentiment aiguë d'impuissance, d'incapacité à changer, etc.

Date de l'événement (s'il y en a un) : ____ / ____ / ____

	pas du tout	un peu	parfois	souvent	très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt pour des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si l'avenir était raccourci ou bouché.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive en permanence	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

44 = Seuil pour un ESPT classique tel que décrit dans le DSM

Plancher : 17 – plafond : 85

Score total | _ | _ | _ | _

Lettre d'information

Pour un enregistrement audio

Bonjour, je suis PREAU Anne-Marie, interne de médecine générale en région Centre (faculté de Tours). Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur « L'intérêt de la thérapie de reconsolidation™ en médecine générale, dans le traitement du syndrome post-traumatique ». Il s'agit d'une analyse qualitative ayant pour but de déterminer si la pratique de la thérapie de consolidation est compatible avec la pratique de la médecine générale à travers des entretiens avec des médecins traitants formés à cette thérapie.

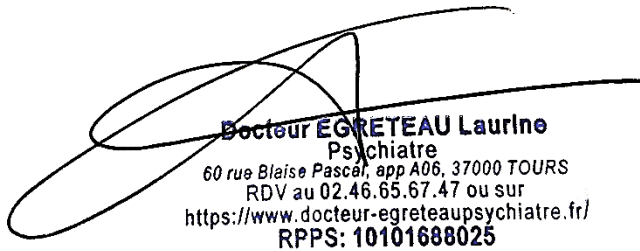
Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Merci beaucoup pour votre participation !

Vu, le Directeur de Thèse



Docteur EGRETEAU Laurine
Psychiatre
60 rue Blaise Pascal, app A06, 37000 TOURS
RDV au 02.46.65.67.47 ou sur
<https://www.docteur-egreteaupsychiatre.fr/>
RPPS: 10101688025

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

PRÉAU Anne-Marie

68 pages – 2 tableaux

Résumé :

Le trouble de stress post-traumatique est un sujet d'étude complexe et un vrai problème de santé publique. Le traitement actuellement recommandé est la psychothérapie (TCC ou EMDR). Plus récemment, la thérapie de reconsolidation™, méthode Brunet propose d'utiliser un bêta-bloquant pour bloquer la reconsolidation et améliorer les symptômes.

Les médecins généralistes semblent être en première ligne pour le dépistage des ESPT. L'objectif de ce travail de thèse est de déterminer si la pratique de la thérapie de reconsolidation™ par les médecins traitants est compatible avec la pratique de la médecine générale. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes français formés à la méthode Brunet.

En France, en 2024, seuls 8 médecins généralistes sont formés et seulement 2 ont réussi à intégrer la pratique de cette thérapie au sein de leur pratique de médecine générale. Les autres, malgré leur intérêt évident pour cette technique, ne recommandent pas aux généralistes de se former pour de nombreuses raisons dont la plus importante semble financière avec un paiement à l'acte non adapté. Par contre, tous pensent qu'une formation au psychotraumatisme et à la prise en charge de la détresse psychologique des patients devrait être systématiquement incluse dans la formation d'un médecin généraliste. Ils ont aussi proposé plusieurs solutions pour faciliter la pratique de ce genre de thérapie en médecine générale. Certaines nécessiteraient une refonte importante du système de Santé français pour s'adapter au plus près des besoins des patients, notamment pour le dépistage et la prise en charge des troubles psychologiques en ambulatoire.

**Mots clés : [médecine générale] [thérapie reconsolidation]
syndrome post-traumatique, propranolol, Brunet**

Jury :

Président du Jury : Professeur Wissam ELHAGE

Directeur de thèse : Docteur Laurine EGRETEAU

Membres du Jury : Docteur Boris SAMKO
Docteur Estelle DUCHESNE
Docteur François COULON

Date de soutenance : 13 novembre 2024