



Faculté de médecine

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

PRINTEMPS Louvaine

Née le 28/01/1995, aux Abymes (97139)

TITRE

Enquête transversale sur l'état des connaissances, des besoins et des pratiques d'orientation vers le CDP des professionnels impliqués dans la prise en charge des troubles de stress post-traumatiques dans le Loiret

Présentée et soutenue publiquement le **24/10/2024**

devant un jury composé de :

Président du Jury : Pr Vincent CAMUS, Psychiatre, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury : Pr Wissam EL HAGE, Psychiatre, Faculté de Médecine -Tours
Docteur Sophie LAPUJOLADE, Psychiatre, PH– Orléans
Docteur Anne-Sophie MAGIS, Psychiatre, PH – Orléans

Enquête transversale sur l'état des connaissances, des besoins et des pratiques d'orientation vers le CDP des professionnels impliqués dans la prise en charge des troubles de stress post-traumatiques dans le Loiret

RESUME :

Introduction. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente un enjeu majeur de santé publique, affectant significativement la qualité de vie des personnes touchées. La prise en charge efficace de ce trouble repose en grande partie sur les connaissances des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, ainsi que sur leur capacité à orienter les patients vers des structures spécialisées. Des lacunes dans la formation et une méconnaissance des services disponibles peuvent limiter l'accès aux soins appropriés. Un examen récent des soins offerts aux personnes traumatisées en Europe a révélé que de nombreux pays peinent à fournir des soins fondés sur des données probantes et adaptés aux traumatismes.

Objectif. Cette étude vise à évaluer l'état des connaissances et les besoins des professionnels de santé mentale et des travailleurs sociaux du Loiret impliqués dans la prise en charge des patients atteints de TSPT. Elle cherche également à identifier leurs pratiques d'orientation et leurs attentes vis-à-vis du Centre Départemental du Psychotraumatisme du Loiret (CDP 45).

Méthode. Il s'agit d'une étude descriptive et transversale utilisant une méthodologie mixte, combinant des approches quantitatives et qualitatives. L'enquête cible les professionnels de santé mentale (psychiatres, infirmiers spécialisés, psychologues) et les travailleurs médico-sociaux impliqués dans la gestion du TSPT dans le Loiret. Les données ont été recueillies via un questionnaire en ligne anonyme diffusé entre février et avril 2024. Celui-ci comportait des questions sur les données sociodémographiques, les connaissances du TSPT, les besoins en formation, ainsi que les pratiques d'orientation vers le CDP 45. Les données quantitatives ont été analysées avec Excel, tandis que les réponses qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats. L'enquête, menée auprès de 134 professionnels de santé mentale et médico-sociaux du Loiret, a mis en évidence des disparités importantes dans les connaissances et la prise en charge du TSPT. Bien que la majorité des répondants soit capable de reconnaître les principaux symptômes du TSPT, seulement 42,5% ont identifié avec précision l'ensemble des critères diagnostiques. Les thérapies recommandées, comme l'EMDR et la TCC, sont bien connues (93,3% et 76,1% respectivement), mais seulement 52,2% des participants savent que l'utilisation des benzodiazépines est déconseillée pour un traitement à long terme. L'auto-évaluation des connaissances montre que 20,9% des professionnels considèrent avoir une compréhension insuffisante du TSPT, tandis que seulement 11,9% se déclarent très bien informés.

L'enquête révèle également des besoins significatifs en matière de formation et d'information chez les professionnels de santé mentale et médico-sociaux concernant le TSPT. Près de 45% des répondants estiment ne pas avoir suffisamment d'informations pour repérer les cas de TSPT, et 68,7% se sentent mal préparés pour assurer une prise en charge adéquate.

Les principaux besoins exprimés concernent la formation continue, la supervision, une meilleure connaissance des dispositifs de soins existants, ainsi que l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle. De plus, une méconnaissance et une sous-utilisation du CDP 45 ont été observées. Bien que 57,7% des répondants connaissent les critères d'adressage, une majorité significative (71,6%) ignore le moment optimal pour orienter un patient, et la moitié ne connaît pas la procédure à suivre pour ce faire. Les attentes des professionnels envers le CDP 45 sont variées, avec une préférence marquée pour une prise en charge thérapeutique conjointe.

Conclusion. Cette enquête révèle des disparités importantes dans les connaissances et la prise en charge du TSPT chez les professionnels du Loiret. Bien que les symptômes principaux soient globalement reconnus, des lacunes persistent, notamment concernant les critères diagnostiques et les traitements recommandés. Les besoins en formation continue, l'amélioration des connaissances sur les dispositifs de soins disponibles, ainsi que l'optimisation des procédures d'orientation ont été clairement identifiés. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les ressources éducatives et de communication afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de TSPT dans le département du Loiret.

Cross-sectional survey on the state of knowledge, needs and practices of referral to the CDP of professionals involved in the management of post-traumatic stress disorders in Loiret

ABSTRACT :

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a major public health issue, significantly affecting the quality of life of those affected. Effective management of this disorder relies heavily on the knowledge of health professionals and social workers, as well as their ability to refer patients to specialized structures. Gaps in training and a lack of awareness of available services can limit access to appropriate care. A recent review of trauma care in Europe revealed that many countries struggle to provide evidence-based and trauma-informed care.

Objective: This study aims to assess the state of knowledge and needs of mental health professionals and social workers in Loiret involved in the care of patients with PTSD. It also seeks to identify their referral practices and expectations regarding the Loiret Departmental Psychotrauma Center (CDP 45).

Method: This is a descriptive and cross-sectional study using a mixed methodology, combining quantitative and qualitative approaches. The survey targets mental health professionals (psychiatrists, specialized nurses, psychologists) and medical-social workers involved in the management of PTSD in Loiret. The data were collected via an anonymous online questionnaire distributed between February and April 2024. This included questions on sociodemographic data, knowledge of PTSD, training needs, as well as referral practices to the CDP 45. Quantitative data were analyzed with Excel, while qualitative responses were subject to thematic analysis.

Results: The survey, conducted among 134 mental health and medical-social professionals in Loiret, highlighted significant disparities in the knowledge and management of PTSD. Although many respondents were able to recognize the main symptoms of PTSD, only 42.5% accurately identified all the diagnostic criteria.

Recommended therapies, such as EMDR and CBT, are well known (93.3% and 76.1% respectively), but only 52.2% of participants knew that the use of benzodiazepines is not recommended for long-term treatment. Self-assessment of knowledge shows that 20.9% of professionals consider that they have an insufficient understanding of PTSD, while only 11.9% declare themselves very well informed.

The survey also reveals significant needs in terms of training and information among mental health and medico-social professionals regarding PTSD. Nearly 45% of respondents feel that they do not have enough information to identify cases of PTSD, and 68.7% feel ill-prepared to provide adequate care.

The main needs expressed concern continuing education, supervision, better knowledge of existing care systems, and improved interprofessional collaboration. In addition, a lack of knowledge and underuse of CDP 45 were observed. Although 57.7% of respondents know the referral criteria, a significant majority (71.6%) do not know the optimal time to refer a patient, and half do not know the procedure to follow to do so. Professionals' expectations of CDP 45 are varied, with a marked preference for joint therapeutic management.

Conclusion: This survey reveals significant disparities in the knowledge and management of PTSD among professionals in Loiret. Although the main symptoms are generally recognized, gaps persist, particularly concerning the diagnostic criteria and recommended treatments. The needs for continuing education, improved knowledge of available care systems, and optimization of referral procedures have been clearly identified. These results highlight the importance of strengthening educational and communication resources to improve the care of patients suffering from PTSD in the Loiret department.

Mots clés :

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
Psychotraumatologie
Psychiatrie
Professionnels de santé mentale
Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R)
Centre Régional de Psychotraumatologie (CRP)
Centre Départemental de Psychotraumatologie (CDP)
Connaissances cliniques
Pratiques d'orientation
Besoins en formation
Loiret
France

Keywords :

Post-traumatic stress disorder (PTSD)
Psychotraumatology
Psychiatry
Mental health professionals
National Center for Resources and Resilience (CN2R)
Regional Center for Psychotraumatology (CRP)
Departmental Center for Psychotraumatology (CDP)
Clinical knowledge
Orientation practices
Training needs
Loiret
France

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pedagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Medecine generate*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Medicate Continue*

Pr Helene BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie etudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (t) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Medecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (t) - 1966-1972

Pr Andre GOUAZE (t) - 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 FAVARO

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frederic PATAT

Pr LoTc 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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moleculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Medecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopedique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancerologie ; radiotherapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopedique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Helene.....	Biochimie et biologie moleculaire
BONNET-BRILHAULT Frederique	Physiologie
BOULOUIS Gregoire	Radiologie et imagerie medicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopedique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie medicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Nephrologie
CAILLE Agnes	Biostat., informatique medical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancerologie, radiotherapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie medicale
DEQUIN Pierre-Francois.....	Therapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynecologie obstetrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabetologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Medecine intensive - reanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hepatologie - gastroenterologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthesiologie et reanimation, medecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Geriatric
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaelle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Nephrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bacteriologie-virologie, hygiene hospitaliere
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et medecine du developpement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Medecine intensive - reanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidemiologie, economie de la sante et prevention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hematologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Therapeutique
HANKARD Regis.....	Pediatric
HERAULT Olivier.....	Hematologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie medicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE Francois.....	Pediatric
LAFFON Marc	Anesthesiologie et reanimation chirurgicale, medecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Sa'id.....	Medecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frederique	Bacteriologie-virologie

LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romee	Cancerologie, radiotherapie
LECOMTE Thierry	Gastroenterologie, hepatologie
LEFORT Bruno	Pediatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Eric	Anesthesiologie et reanimation chirurgicale, medecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancerologie, radiotherapie
MACHET Laurent	Dermato-venereologie
MAILLOT Francois	Medecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARREL Henri	Gynecologie-obstetrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-venereologie
MEREGHETTI Laurent	Bacteriologie-virologie ; hygiene hospitaliere
MITANCHEZ Delphine	Pediatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pediatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-enterologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynecologie-obstetrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynecologie-obstetrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthesiologie et reanimation, medecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidemiologie, economie de la sante et prevention
SAINT-MARTIN Pauline	Medecine legale et droit de la sante
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-venereologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et medecine nucleaire
SAUTENET-BIGOT Benedicte	Therapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pediatrie
TOUTAIN Annick	Genetique
VOURCH Patrick	Biochimie et biologie moleculaire
WATIER Herve	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 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancerologie, radiotherapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adela'ide	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bacteriologie-virologie, hygiene hospitaliere
DUFOUR Diane	Biophysique et medecine nucleaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pedopsychiatrie
GOUILLEUX Valerie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hematologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Medecine d'urgence
PIVER Eric	Biochimie et biologie moleculaire
RAVALET Noemie	Hematologie, transfusion
ROUMY Jerome	Biophysique et medecine nucleaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFi C Karl	Bacteriologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hematologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Genetique

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 Cecile	Medecine Generale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Medecine Generale
BARBEAU Ludivine	Medecine Generale
CHAMANT Christelle	Medecine Generale
ETTORI Isabelle	Medecine Generale
MOLINA Valerie	Medecine Generale
PAUTRAT Maxime	Medecine Generale
PHILIPPE Laurence	Medecine Generale
RUIZ Christophe	Medecine Generale
SAMKO Boris	Medecine Generale

BECKER Jerome.....	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Herve.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Charge de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargee de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Charge 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.....	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargee de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frederic	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	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche emerite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Charge de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargee de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'ethique medicate

BIRMELE Beatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la medecine manuelle et l'osteopathie medicate

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
 CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
 HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
 IMBERT Melanie.....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
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
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

Au président de jury, Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Durant ma phase socle, j'ai pu profiter de vos enseignements, aussi bien cliniques que théoriques. Veuillez croire l'expression de mon profond respect.

Au juge, Madame le Docteur Anne-Sophie MAGIS,

Je suis honorée de votre présence dans mon jury de thèse. En tant que chef de pôle des soins spécifiques, incluant le Centre Départemental de Psychotraumatologie (CDP), votre expertise est particulièrement précieuse pour l'évaluation de ce travail. J'ai eu le privilège de travailler à vos côtés lors de gardes, et j'ai pu apprécier vos qualités professionnelles et humaines. Je vous exprime ma sincère gratitude pour le temps et l'attention que vous consacrez à l'évaluation de ce travail.

Au juge, Madame le Docteur Sophie LAPUJOLADE,

Je suis profondément honorée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury. Mon stage au CDP et au PRISM sous votre supervision a été une expérience particulièrement enrichissante et formatrice. Les connaissances et l'expérience que j'ai acquises à vos côtés ont considérablement enrichi ma pratique clinique et ma réflexion sur la prise en charge des patients traumatisés. Votre guidance a été déterminante dans le choix de mon sujet de thèse. Je vous suis infiniment reconnaissante pour votre mentorat et votre contribution à ma formation professionnelle.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE

Je tiens à vous exprimer ma plus profonde gratitude pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Votre disponibilité constante, votre réactivité, votre écoute bienveillante et vos encouragements ont été des piliers essentiels tout au long de ce travail. Dès mon premier stage d'internat à la CPU, ainsi qu'au cours de mes gardes, j'ai eu le privilège d'observer et d'apprendre de vos compétences cliniques. Votre expertise dans le domaine du psychotraumatisme a non seulement été une source d'inspiration, mais a également éveillé en moi une véritable passion pour ce domaine, dans lequel je me spécialise aujourd'hui. Votre rôle de mentor a été déterminant dans mon parcours professionnel. Je vous prie d'accepter l'expression de ma plus sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À MES MAITRES DE STAGE

Au Docteur Adolph OUEDRAGO, pour l'opportunité d'apprendre à vos côtés au bloc opératoire. Grâce à vos enseignements, je suis désormais devenue une experte en sutures. Votre accompagnement lors de mes stages durant mon externat a été inestimable.

Au Docteur Sandrine COGNET et au Docteur Valérian RAT, pour votre guidance bienveillante lors de mes premiers pas en tant qu'interne. Votre patience et votre humanité ont été précieuses.

Au Docteur Antoine FONTAINE, et au Docteur Alice ROUSSEAU, pour l'expérience enrichissante que j'ai vécue à vos côtés. Votre approche de la psychiatrie, profondément humaine et réflexive, m'a permis de découvrir une autre facette de cette belle spécialité. Les enseignements sur l'importance du soin de l'institution, au même titre que celui des patients, ont considérablement élargi ma vision de la psychiatrie. Je vous remercie sincèrement pour cette précieuse contribution à ma formation professionnelle et personnelle.

Au Docteur Coralie LANGLET, au Docteur Lucie LEROUX et au Docteur Clotilde DARDAINE, pour tout ce que j'ai appris à vos côtés. Votre gentillesse, votre implication dans ma formation et votre professionnalisme ont été inestimables. Grâce à votre confiance, j'ai pu progresser et développer mes compétences face aux situations complexes.

Au Docteur Stéphanie DUPUCH, pour tout ce que j'apprends à vos côtés. Votre empathie, votre ténacité et votre professionnalisme sont exemplaires. Votre mentorat m'inspire et a renforcé mon désir de me spécialiser en pédopsychiatrie. Merci pour votre confiance, je vous en suis profondément reconnaissante.

Ma gratitude s'étend à l'ensemble du personnel soignant et administratif - infirmiers, aides-soignants, ASH, assistants sociaux et secrétaires. Votre collaboration a été et reste une source d'enrichissement professionnel et personnel.

Je remercie également tous ceux qui m'ont soutenu, de près ou de loin, dans cette aventure.

Enfin, ma reconnaissance va aux patients et à leurs proches. Je m'efforcerai toujours d'être à la hauteur de votre confiance et de vos attentes.

À MA FAMILLE,

À mes parents, votre présence constante et votre soutien indéfectible ont été essentiels. Votre amour inconditionnel et vos sacrifices ont façonné mon chemin et la personne que je suis. Maman, ton amour, et ta tendresse sont inestimables. Ton dévouement et ta détermination m'inspire chaque jour. Papa, ta présence et ta confiance en moi m'ont toujours poussé à me dépasser.

À mes frères, Shayne, Ajami, Cédric, votre bienveillance et notre complicité sont des trésors. Nos échanges et votre soutien m'ont porté tout au long de ce parcours. Je vous aime profondément et vous serai éternellement reconnaissante.

À Audrey et Kevin, merci pour votre soutien sans faille. Je vous suis également reconnaissante que vous m'ayez confié le rôle de marraine pour Kayla, ma petite poupette. Votre confiance signifie beaucoup pour moi.

À mes oncles, tantes, cousins en Martinique et en France. Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour vos encouragements constants. Vous avez toujours eu foi en moi. Merci du fond du cœur !

To all my uncles, aunts and cousins in Dominica. I would like to express my gratitude for your constant encouragement and unwavering support. You have always had faith in me and pushed me to surpass myself. I dedicate this work to my family, because without you, none of this would have been possible. Thank you from the bottom of my heart !

À MES AMIS, À MES PROCHES

À mes amis du collège et de section euro-caribéenne du lycée (Ellona, Cindy, Louise, Caroline, Dorinne, Wilhem, Gaël) je suis tellement heureuse de voir le chemin parcouru par chacun d'entre nous. Nous pouvons être fiers de nos évolutions respectives ! Merci pour tous ces moments de qualité passés ensemble. Notre amitié a traversé le temps et la distance.

À tous mes co-internes et amis de la promotion tourangelle 2021 (Clara, Mélusine, Jeanne, Sophie, Oliviana, Alain, Jacques-Yves, Antony, Pierre) merci pour les stages et moments partagés avec vous.

À Késiah (ma keke), et à Laurie (ma Tchoukouloukouroukoutou) nous avons parcouru un long chemin depuis Fouillole. Ces années de médecine n'auraient pas eu la même saveur sans vous. Merci pour nos sessions révisions, nos voyages, nos fous rires, nos échanges et votre présence. Votre sincère et authentique amitié m'est précieuse.

À Andy, depuis le lycée, tu es à mes côtés, partageant mes joies et mes peines. Tu as toujours été là pour m'encourager et me soutenir. Merci d'être cet être exceptionnel qui me pousse à me dépasser et à donner le meilleur de moi-même. Ton intelligence, ton calme et ta bienveillance font de toi un compagnon hors pair. Merci d'être toi, tout simplement.

Je veux exprimer ma profonde gratitude envers Toi. Merci d'être cette force tranquille qui me rassure et me guide. Merci d'avoir placé sur ma route des êtres aimants qui me soutiennent et m'encouragent. Merci pour le privilège de pouvoir étudier et exercer une profession au service des autres. Puissé-je toujours agir avec sagesse, humilité et empathie, suivant Ton exemple. De tout mon cœur, merci.

ABREVIATIONS

APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CDP : Centre Départemental du Psychotraumatisme

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies onzième révision

CMP : Centre Médico-Psychologique

CN2R : Centre National de Ressources et de Résilience

CRP: Centre Régional de Psychotraumatisme

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième édition

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EPSM : Établissement de Public de Santé Mentale

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
---------------------------	-----------

Première partie - Cadre théorique

1. Définition et critères diagnostiques du TSPT	19
2. Physiopathologie et mécanisme du TSPT	20
3. Épidémiologie du TSPT	21
3.1. Prévalence générale	21
3.1.1. Prévalence d'un évènement traumatique	21
3.1.2. Prévalence du TSPT	22
3.2. Facteurs de risque et de protection	23
3.2.1. Les facteurs de risques	23
3.2.2. Facteurs de résilience	23
4. Prise en charge du TSPT	24
4.1. Recommandations actuelles	24
4.2. Différentes approches psychothérapeutiques	25
4.2.1. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	25
4.2.2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	25
4.3. Approches pharmacologiques	26
5. Formation des professionnels de santé en psychotraumatologie	27
5.1. Rôles et responsabilités des différentes professions	27
5.2. Enjeux et obstacles dans la formation des professionnels	28
6. Organisation des soins en psychotraumatologie en France	29
6.1. Création et mission du Centre National de Ressources et de Résilience (CNRR)	29
6.2. Fonctionnement au niveau de la région Centre Val de Loire et du département du Loiret	30

Deuxième partie – étude descriptive

1. Objectifs	32
2. Matériels et Méthodes	32
2.1 Design de l'étude	32
2.2 Population cible	32
2.3 Instrument de collecte de données	33
2.4 Éthique	34
2.5 Collecte de données	34
2.6 Analyse des données	34
3 Résultats	35
3.1 Caractéristiques démographiques des répondants	35
3.2 Résultats de l'objectif primaire	37
3.2.1 État des connaissances concernant le trouble de stress post-traumatique ..	37

3.2.2	Difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en charge des TSPT	42
3.2.3	Besoins des professionnels	45
3.3	Résultat de l'objectif secondaire	50
3.3.1	État des connaissances des professionnels sur le CDP Loiret	50
3.3.2	Pratique d'orientation vers le CDP 45	52
4	Discussion	56
4.1	Interprétation des résultats principaux	56
4.2	Recommandations	61
4.3	Biais et limites de l'étude	62
4.4	Forces de l'étude	63
	Conclusion	64
	<i>Références bibliographiques</i>	<i>66</i>
	<i>Figures et tableaux</i>	<i>69</i>
	<i>Annexes</i>	<i>71</i>

Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente un défi majeur de santé publique, affectant significativement la qualité de vie des individus et générant des coûts sociétaux importants. En France, selon l'enquête mondiale sur la santé mentale, 72,7% de la population a été exposée à des événements traumatiques au cours de sa vie (1). Face à cette prévalence élevée, la mise en place de structures spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme est devenue une priorité nationale.

Dans ce contexte, les Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP) et le Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) ont été créés depuis 2019 pour mailler le territoire d'un réseau de centres régionaux dédiés à la prise en charge du psychotraumatisme. En complément de ces structures, certains CRP ont promu le développement d'antennes départementales. C'est dans ce contexte que le Centre Départemental de Psychotraumatologie d'Orléans (CDP 45) a vu le jour, soutenu par l'Agence Régionale de la Santé Centre Val de Loire et le Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP) de Tours. Le CDP 45 joue depuis sa création un rôle crucial dans la prise en charge des patients atteints de TSPT dans le département du Loiret (2,3).

Cependant, l'efficacité de ces centres dépend en partie sur la capacité des professionnels de santé du réseau à identifier, orienter et prendre en charge les patients souffrant de TSPT. Des études antérieures ont révélé que le manque de formation spécifique en psychotraumatologie peut avoir des conséquences graves, telles que la non-reconnaissance ou une mauvaise évaluation diagnostique du TSPT (4,5).

Le Loiret fait partie de la région Centre-Val de Loire, laquelle présente la plus faible densité de psychiatres en France métropolitaine, avec seulement 15 psychiatres pour 100 000 habitants (6). Cette pénurie souligne d'autant plus l'importance d'une coordination efficace entre les professionnels de santé mentale et les structures spécialisées comme le CDP 45.

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude. Cette enquête vise à évaluer la connaissance et le recours au CDP 45 par les professionnels de santé locaux, ainsi que leurs pratiques d'orientation des patients vers cette structure spécialisée.

Notre étude s'articule autour de trois axes principaux :

1. Évaluer le niveau de connaissance des professionnels de santé du Loiret concernant le TSPT et le CDP 45.
2. Identifier les besoins en formation et en ressources exprimés par ces professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients atteints de TSPT.
3. Analyser les pratiques actuelles d'orientation vers le CDP 45 et identifier les éventuels obstacles à une utilisation optimale de cette ressource.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons adopté une approche méthodologique de recueil des données à l'aide d'une enquête transversale auprès des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du TSPT dans le Loiret. Cette méthodologie nous permettra d'obtenir une vision globale et actuelle de la situation, tout en identifiant les axes d'amélioration potentiels.

Les résultats de cette étude contribueront à une meilleure compréhension des enjeux liés à la prise en charge du TSPT dans le Loiret et permettront de formuler des recommandations concrètes pour optimiser l'utilisation du CDP et améliorer la qualité des soins offerts aux patients atteints de TSPT dans le département.

Dans les chapitres suivants, nous présenterons en détails le contexte théorique de notre étude, la méthodologie employée, les résultats obtenus, avant une discussion approfondie de ces résultats et leurs implications pour la pratique clinique et la recherche future dans le domaine du psychotraumatisme.

Première partie - Cadre théorique

1. Définition et critères diagnostiques du TSPT

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est défini selon deux classifications majeures : le DSM-5 et la CIM-11. Ces deux systèmes, bien que visant à diagnostiquer le même trouble, présentent des différences notables dans leur approche et leurs critères (7,8).

Le DSM-5, publié en 2013 par l'Association Américaine de Psychiatrie, adopte une approche plus inclusive du TSPT. Il structure le diagnostic autour de quatre clusters symptomatiques : la reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, et l'hypervigilance. Pour établir un diagnostic de TSPT selon le DSM-5, le patient doit présenter au moins un symptôme de reviviscence, un d'évitement, deux d'altérations cognitives et de l'humeur, et deux d'hyperréactivité, persistant pendant plus d'un mois (8).

La CIM-11, adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2019 et entrée en vigueur en 2022, propose une définition plus restrictive du TSPT. Elle se concentre sur trois symptômes cardinaux : la reviviscence, l'évitement et l'hypervigilance. Cette approche vise à réduire le chevauchement diagnostique avec d'autres troubles et à simplifier le processus de diagnostic (9).

Une autre distinction importante entre ces deux classifications réside dans leur reconnaissance du TSPT complexe. Alors que le DSM-5 ne distingue pas formellement le TSPT simple du TSPT complexe, la CIM-11 reconnaît le TSPT complexe comme une entité diagnostique distincte. Le TSPT complexe, selon la CIM-11, se caractérise par les symptômes du TSPT simple auxquels s'ajoutent des perturbations sévères et persistantes de la régulation émotionnelle, un sentiment de dévalorisation, et des difficultés relationnelles (8,9).

Les deux classifications soulignent l'importance de l'exposition à un événement traumatique comme critère initial, mais diffèrent dans leur conceptualisation des symptômes nécessaires au diagnostic.

2. Physiopathologie et mécanismes neurobiologiques du TSPT

Les recherches en épidémiologie, biologie, génétique et imagerie cérébrale ont considérablement approfondi notre compréhension des bases neurobiologiques des troubles qui surviennent après une exposition à un événement traumatique. Les recherches ont mis en évidence plusieurs altérations neurobiologiques associées au TSPT (10).

Lors d'un stress aigu, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) est activé, entraînant une libération de cortisol et d'autres hormones de stress. Cette activation est accompagnée d'une stimulation du système nerveux sympathique, contribuant à la réponse "combat, sidération ou fuite" (11)(12). Chez certaines personnes ayant un TSPT, des altérations neuroendocriniennes, caractérisées par une dérégulation à long terme de l'axe HHS et des niveaux anormalement faibles de cortisol ont été observés.(13)

Les données d'une étude de l'INSERM, publiée en 2020, révèlent que les individus atteints de TSPT présentent une altération des processus neuronaux impliqués dans l'inhibition et la modulation de l'activité des zones cérébrales liées à la mémoire, en particulier lors de l'apparition de souvenirs intrusifs. Plus spécifiquement, on observe une perturbation dans la capacité à réguler l'activité de l'amygdale, une structure cérébrale jouant un rôle crucial dans la formation de nos expériences émotionnelles et de nos comportements, et de l'hippocampe, une structure cérébrale jouant un rôle crucial dans la formation et la récupération des souvenirs (14).

Les recherches en neuroimagerie ont révélé des modifications structurelles et fonctionnelles caractéristiques dans le cerveau des personnes souffrant de TSPT. Parmi les observations les plus constantes, on note une diminution du volume de l'hippocampe et du cortex cingulaire antérieur. Sur le plan fonctionnel, les études mettent en évidence une hyperactivité de l'amygdale et de la partie dorsale du cortex cingulaire antérieur, contrastant avec une hypoactivité du cortex préfrontal médian ventral. Ces altérations neurobiologiques semblent jouer un rôle clé dans les symptômes du TSPT, notamment la tendance à focaliser l'attention sur les stimuli menaçants, les difficultés de régulation émotionnelle, et la persistance des souvenirs traumatiques (13)(15)(16).

Les systèmes de neurotransmetteurs sont également affectés, avec des perturbations observées dans les systèmes sérotoninergique, noradrénergique et dopaminergique, ainsi que dans les systèmes GABAergique et glutamatergique. Ces modifications neurochimiques ont des implications importantes pour la symptomatologie du TSPT et offrent des cibles potentielles pour les interventions thérapeutiques (17)(15,18).

L'épigénétique est devenue un domaine de recherche prometteur pour mieux comprendre le TSPT. Zannas et al. ont démontré que les expériences traumatiques peuvent provoquer des modifications épigénétiques, impactant ainsi l'expression des gènes et augmentant la vulnérabilité au TSPT. Ces avancées offrent de nouvelles opportunités pour identifier des biomarqueurs et développer des cibles thérapeutiques (11)(19).

Enfin, la neuroplasticité joue un rôle crucial dans la récupération post-traumatique. Les travaux de Feder et al. sur la résilience et la récupération après un traumatisme soulignent la capacité du cerveau à se réorganiser, offrant des pistes prometteuses pour de nouvelles approches thérapeutiques dans le traitement du TSPT (20).

3. Épidémiologie du TSPT en France

3.1 Prévalence générale

3.1.1 Prévalence d'un évènement traumatique

Pour qu'un diagnostic de TSPT soit posé, l'exposition à un tel événement est nécessaire (11). En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réalisé une enquête dans 24 pays (incluant 68,894 participants), et 29 types de traumatismes vécus au cours de la vie et le TSPT ont été analysés. Il en ressort que 70,4% des personnes interrogées ont vécu des événements traumatiques, avec une moyenne de 3,2 événements traumatiques par personne au cours de leur vie (10,21).

Les événements traumatiques les plus fréquemment rapportés sont ceux impliquant des proches ou dont on a été témoin (35,7%), suivis par les accidents (34,3%), les décès inattendus de proches (31,4%), la violence physique (22,9%), la violence sexuelle avec un partenaire intime (14,0%), les traumatismes liés à la guerre (13,1%), et les maladies potentiellement mortelles (11,8%) (10,21).

Concernant l'âge de survenue, les expositions liés à la violence interpersonnelle apparaissent comme les plus précoces (âge médian de 17 ans), suivies par les violences sexuelles entre partenaires intimes (18 ans) et les traumatismes liés à la guerre (20 ans). Les accidents, décès inattendus et autres traumatismes surviennent généralement plus tard (24 à 31 ans) (21).

Selon l'enquête européenne ESEMeD, menée dans le cadre de l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de trois quarts de la population française (72,7%) ont été exposés à au moins un événement traumatique au cours de leur vie. Cette statistique souligne la prévalence élevée des expériences potentiellement traumatisantes dans la société française, mettant en lumière l'importance des enjeux liés à la santé mentale et à la prise en charge du stress post-traumatique dans le pays (1).

3.1.2 Prévalence du TSPT

Le risque global de développer un TSPT après une exposition traumatique est de 4,0%, mais ce risque varie considérablement selon la nature du traumatisme.

La mort inattendue d'un proche est un traumatisme fréquent, représentant 16,5% de tous les traumatismes, avec un risque modéré de TSPT (5,4%). En revanche, le viol et les agressions sexuelles, bien que moins fréquentes sont associées à un risque beaucoup plus élevé de TSPT. Les événements associés aux risques les plus élevés de TSPT sont le viol (19,0%), les abus physiques par un partenaire intime (11,7%), l'enlèvement (11,0%) et l'agression sexuelle autre que le viol (10,5%) (21,22).

En France, la prévalence du TSPT sur la vie entière se situe à 3,9%. Ce taux est intermédiaire par rapport à d'autres pays occidentaux, étant plus élevé qu'en Espagne ou en Italie, mais inférieur à celui observé aux États-Unis (7,8%), en Suède ou en Irlande du Nord.

L'étude a identifié trois types d'événements traumatiques associés aux risques les plus élevés de développer un TSPT : les violences conjugales, la maladie grave d'un enfant, et le viol. Ces événements présentaient respectivement des taux de risque de 25%, 23,5% et 21,5%.

En moyenne, la durée du TSPT chez les personnes affectées était de 5,3 ans, avec une grande variabilité allant de quelques mois à plus de 28 ans. Ces données soulignent l'impact durable que peut avoir ce trouble sur la vie des individus et l'importance d'une prise en charge adaptée (1).

3.2 Facteurs de risque et de protection

À la suite d'une exposition traumatique, de nombreuses personnes présentent diverses réactions psychophysiologiques. La plupart de ces réactions s'atténuent spontanément dans le temps suivant l'événement. Cependant, leur persistance peut conduire à des diagnostics tels que le trouble de stress aigu (TSA) ou le TSPT. La rémission de ces réactions est influencée par divers facteurs de risque et de résilience (11,23)

3.2.1 *Les facteurs de risques pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques*

Les facteurs influençant le développement du TSPT peuvent être classés en trois catégories temporelles : pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques.

Les facteurs pré-traumatiques englobent les caractéristiques individuelles préexistantes à l'événement traumatique. Selon plusieurs études publiées ces facteurs incluent notamment les antécédents psychiatriques personnels, l'âge et un faible niveau socio-économique (24)(25,26).

Les facteurs péri-traumatiques sont liés à l'événement traumatique lui-même et à la réaction immédiate de l'individu. La réaction émotionnelle intense pendant l'événement, caractérisée par une peur extrême, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, ainsi que la dissociation péri-traumatique, sont également des prédicteurs importants du développement ultérieur d'un TSPT (27,28).

Enfin, les facteurs post-traumatiques concernent l'environnement et les réactions de l'individu après l'événement. Des études mettent en évidence l'importance du soutien social perçu, des stratégies d'adaptation utilisées comme éléments déterminants. Un faible soutien social, des stratégies d'évitement, et la présence de facteurs de stress additionnels peuvent entraver le processus de rétablissement et favoriser la chronicisation des symptômes (26,29).

3.2.2 *Facteurs de protection*

Les facteurs de résilience jouent un rôle crucial dans la prévention et l'atténuation du TSPT. La résilience, définie comme la capacité à s'adapter positivement face à l'adversité, est influencée par divers éléments personnels et environnementaux. Parmi les facteurs de protection (pré, péri et post-traumatiques) identifiés, on trouve le soutien social, qui s'avère particulièrement

important dans la réduction du risque de TSPT (30,31). Les stratégies de coping actif, telles que la planification et la recherche de solutions, sont également associées à une meilleure adaptation post-traumatique. De plus, certains traits de personnalité, comme l'optimisme et la flexibilité cognitive, semblent favoriser la résilience face aux événements traumatiques (24).

Sur le plan neurobiologique, des études ont montré qu'un fonctionnement adéquat de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et une régulation efficace du système noradrénergique contribuent à la résilience. Enfin, des interventions précoces, peuvent renforcer les capacités de résilience et réduire le risque de développement du TSPT (14). La compréhension de ces facteurs de résilience ouvre des perspectives prometteuses pour le développement de stratégies de prévention et d'intervention ciblées.

4. Prise en charge du TSPT

La gestion du TSPT s'articule autour d'une approche multidimensionnelle, intégrant diverses modalités de traitement. Cette prise en soins englobe des interventions psychothérapeutiques, des traitements pharmacologiques, ainsi qu'un soutien socio-judiciaire adapté. La temporalité de ces interventions est cruciale : elles peuvent être mises en œuvre de manière précoce, dans une optique préventive visant à réduire le risque de développement de troubles ultérieurs, ou être initiées plus tardivement pour traiter un TSPT déjà établi (10).

4.1 Recommandations actuelles

Les guidelines internationales pour la prise en charge du TSPT convergent vers une approche basée sur des preuves scientifiques robustes. L'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni, et l'American Psychological Association (APA) recommandent une approche par étapes, privilégiant les interventions psychologiques comme traitement de première intention. Ces guidelines préconisent généralement une approche commençant par une évaluation complète et une psychoéducation, suivies de thérapies psychologiques spécifiques au traumatisme. Les traitements pharmacologiques sont généralement considérés comme des options de seconde ligne ou en complément des thérapies psychologiques (32,33).

4.2 Différentes approches psychothérapeutiques

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) centrées sur le trauma et la désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) sont les approches psychothérapeutiques les plus recommandées pour le traitement du TSPT. Ces thérapies visent à traiter les souvenirs traumatiques et à modifier les schémas de pensée et de comportement associés au trauma.(15,34,35)

4.2.1 *La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une approche structurée qui examine les interactions entre pensées, émotions et comportements, en se concentrant sur les problématiques actuelles du patient plutôt que sur son passé.

Son objectif principal est de modifier les schémas cognitifs, émotionnels et comportementaux dysfonctionnels qui contribuent aux difficultés psychologiques. La TCC repose sur l'idée que des changements dans un domaine peuvent entraîner des améliorations dans les autres ; par exemple, la restructuration des pensées dysfonctionnelles peut favoriser des comportements plus adaptés et une meilleure régulation émotionnelle.

Généralement, la TCC se déroule sur 12 à 16 séances, en format individuel ou en groupe. Cette approche pragmatique vise à fournir au patient des outils concrets pour améliorer son fonctionnement quotidien et réduire ses symptômes, ce qui en fait une option particulièrement pertinente pour le traitement du TSPT (34).

4.2.2 *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

L'EMDR est une thérapie développée en 1987 pour traiter le TSPT. Construite sur le modèle de traitement adaptatif de l'information, cette approche considère que les symptômes du TSPT résultent de souvenirs traumatiques mal traités par le cerveau.

Contrairement à d'autres thérapies qui visent à modifier directement les pensées et émotions liées au trauma, l'EMDR se concentre sur la transformation du stockage mnésique de l'événement traumatique. La thérapie utilise des mouvements oculaires ou d'autres formes de stimulation bilatérale alternée pendant que le patient se focalise brièvement sur le souvenir traumatique.

Ce processus viserait à faciliter le traitement adaptatif de l'information, réduisant ainsi l'intensité émotionnelle et la vivacité du souvenir traumatique. L'EMDR est généralement administrée en 6 à 12 séances hebdomadaires ou bihebdomadaires, avec pour objectif de diminuer les symptômes du TSPT en modifiant la façon dont le cerveau stocke et traite les souvenirs traumatiques (34).

4.3 Approches pharmacologiques

Plusieurs médicaments ont montré une efficacité modérée dans la réduction des symptômes du TSPT. Parmi les options de traitement en monothérapie, on trouve certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme la Fluoxétine, la Paroxétine et la Sertraline, ainsi que la Venlafaxine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNA), et l'antipsychotique atypique Quétiapine. Ces médicaments ont démontré des effets bénéfiques légers mais significatifs sur la sévérité des symptômes du TSPT (36).

- Sertraline 50 mg à 200 mg par jour
- Paroxétine 20 à 60 mg par jour
- Fluoxétine 20 mg à 60 mg par jour (13)

En complément d'un traitement pharmacologique principal, deux autres molécules ont montré des résultats prometteurs :

- La Prazosine est un antagoniste des récepteurs alpha-1 adrénergiques, qui suscite un intérêt croissant dans le traitement du TSPT. Son mécanisme d'action repose sur l'atténuation des réponses noradrénergiques cérébrales en situation de stress. Des études cliniques ont démontré son efficacité dans l'amélioration de la qualité du sommeil chez les patients atteints de TSPT, notamment en réduisant la fréquence et l'intensité des cauchemars traumatiques.(18,36).
- Le Propranolol, un β -bloquant non sélectif, diminue l'encodage émotionnel et le renforcement des souvenirs liés à l'événement traumatique, offrant ainsi une certaine efficacité préventive. Cependant, son utilisation est limitée pour traiter les symptômes d'évitement et d'hypervigilance dans les TSPT déjà installés. De plus, l'usage des β -bloquants est souvent lié à des perturbations du sommeil. (18).

Ces médicaments, utilisés en association ou en monothérapie, peuvent apporter un bénéfice supplémentaire dans la gestion des symptômes

Par ailleurs, les benzodiazépines, malgré leur usage répandu comme anxiolytiques, ne sont pas recommandées pour le traitement des symptômes de stress aigu post-traumatique. Les preuves scientifiques actuelles ne soutiennent pas leur efficacité dans ce contexte et suggèrent même qu'elles pourraient prolonger le processus de récupération après un événement traumatique. L'OMS déconseille donc la prescription de benzodiazépines dans le mois suivant un événement potentiellement traumatisant pour traiter les symptômes aigus de stress post-traumatique, en particulier lorsque ces symptômes perturbent significativement le fonctionnement quotidien (37).

Bien que les approches psychothérapeutiques et médicamenteuses offrent des perspectives prometteuses dans le traitement du TSPT, leur efficacité repose en grande partie sur un dépistage précoce et une orientation adéquate des patients. Cependant, l'accès aux soins spécialisés reste un défi majeur, soulignant ainsi l'importance cruciale de la formation des professionnels de santé pour améliorer la détection et la prise en charge du TSPT à tous les niveaux du système de soins (32,38).

5. Formation des professionnels de santé en psychotraumatologie

5.1 Rôles et responsabilités des différentes professions

La prise en charge efficace du TSPT nécessite une approche multidisciplinaire impliquant divers professionnels de santé. Les psychiatres jouent un rôle crucial dans le diagnostic, la prescription de médicaments et la supervision du traitement global. Les psychologues cliniciens sont essentiels pour l'administration des thérapies psychologiques spécialisées (39).

Les médecins généralistes sont souvent le premier point de contact et jouent un rôle important dans le dépistage, l'orientation et le suivi à long terme. Les infirmiers spécialisés en santé mentale peuvent fournir un soutien continu et une gestion des symptômes. Les travailleurs sociaux sont cruciaux pour adresser les problèmes psychosociaux souvent associés au TSPT. Cette approche multidisciplinaire permet une prise en charge holistique, abordant non

seulement les symptômes du TSPT mais aussi les aspects psychosociaux et fonctionnels de la vie du patient (32,40).

La prise en charge continue des patients atteints de TSPT nécessite une coordination soigneuse entre les services de soins. Il est crucial qu'un plan de traitement soit établi avant tout transfert de patient (41,42).

5.2 Enjeux et obstacles dans la formation des professionnels

Le manque de formation adéquate des professionnels de santé mentale en matière d'évaluation et de traitement du TSPT peut conduire à des erreurs de diagnostic et de prise en charge. De nombreux praticiens ne possèdent pas les connaissances et compétences nécessaires pour appliquer les traitements recommandés. Plusieurs facteurs expliquent la sous-utilisation des traitements basés sur les preuves, notamment des idées reçues sur l'efficacité de certaines approches, des appréhensions quant à l'application de techniques d'exposition, et un manque de formations adaptées ou de soutien institutionnel (41,42).

Au cours des dernières décennies, des lignes directrices fondées sur des données probantes ont été développées pour le traitement du TSPT. Leur mise en œuvre dans la pratique clinique courante nécessite un renforcement continu des compétences des professionnels de santé mentale, notamment par le biais de formations spécialisées (43).

Bien que l'offre de formation en psychotraumatologie se soit accrue, des études ont montré que les cliniciens les plus expérimentés (plus de 10 ans de pratique) sont moins enclins à suivre ces formations, comparativement à leurs collègues moins expérimentés. Cette observation souligne l'importance de promouvoir la formation continue auprès de tous les praticiens, indépendamment de leur expérience, pour assurer une prise en charge optimale des patients souffrant de TSPT (43).

6. Organisation des soins en psychotraumatologie en France

En France, la prévalence élevée d'exposition aux événements traumatiques et les risques associés au développement du TSPT ont conduit à la mise en place d'une organisation des soins spécifique (39,44).

En 2023, l'institut française d'EMDR, une des 4 écoles certifiées en France, témoigne avoir formé plus de 11 300 thérapeutes depuis 2002. Cette communauté était composée de divers professionnels de la santé mentale, incluant psychiatres, médecins généralistes formés à la psychothérapie, psychologues et psychothérapeutes. Cette diversité dans la composition des membres souligne l'engagement de différents acteurs du secteur de la santé mentale à se former à la méthode EMDR, témoignant ainsi de l'intérêt croissant pour des approches thérapeutiques basées sur des données probantes pour le traitement des traumatismes (45)(46).

6.1 Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R)

La création du CN2R s'inscrit dans un contexte de prise de conscience croissante des enjeux liés aux traumatismes psychiques en France. Initiée en réponse aux attentats de 2015-2016, cette démarche a été élargie pour englober toutes les formes de violences, reconnaissant ainsi le traumatisme comme un problème de santé publique majeur (3,40).

En 2018, sous l'impulsion du président de la République et en réponse aux préoccupations sociétales concernant les violences domestiques et sexuelles, le gouvernement a mis en place une stratégie nationale de prise en charge du psychotraumatisme. Cette initiative s'est concrétisée par la création le 22 février 2019 du CN2R, piloté par l'APHP et le CHU de Lille, et le déploiement de dix centres régionaux spécialisés en psychotraumatologie. Cette initiative vise alors à offrir une prise en charge globale et accessible à toutes les victimes, indépendamment de la nature du traumatisme ou des caractéristiques individuelles (47–49). Cette évolution marque un tournant significatif dans l'approche des traumatismes psychiques en France, passant d'une réponse ponctuelle à une stratégie structurée et pérenne.

Carte
des CHU



La mission principale du CN2R est d'améliorer et de diffuser les connaissances sur les psychotraumatismes et la résilience pour le grand public, les professionnels et les chercheurs grâce au partage des savoirs scientifiques et expérimentiels.

« Ses 5 principales missions :

- Informer et sensibiliser les différents publics sur les psychotraumatismes et la résilience
- Élaborer et diffuser des outils pour renforcer les pratiques professionnelles
- Promouvoir et soutenir des projets de recherche
- Animer le réseau des centres régionaux du psychotrauma (CRP)
- Aider à fluidifier la prise en charge globale et continue des personnes concernées. »(50)

En 2024, la France compte 17 centres et leurs antennes, garantissant une couverture complète des régions (51).

6.2 Psychotraumatologie en Centre Val de Loire et le département du Loiret.

La région Centre-Val de Loire est confrontée à une pénurie significative de professionnels de santé, particulièrement en psychiatrie. Selon le rapport 2023 de l'Agence Régionale de Santé

(ARS), la région compte 387 psychiatres, soit une densité de 15 pour 100 000 habitants, la plaçant au dernier rang des régions métropolitaines françaises (6).

Dans le Loiret, la répartition des modes d'exercice des psychiatres se présente comme suit :

- 56,3% (45) exercent en tant que salariés ;
- 22,5% (18) ont une activité libérale ;
- 21,2% (17) pratiquent une activité mixte.

Cette faible densité de professionnels médicaux et paramédicaux est identifiée comme un obstacle majeur à l'accès aux soins et à la prévention dans la région. La situation en psychiatrie illustre les défis démographiques auxquels le système de santé régional est confronté (6).

En 2024, la prise en charge du psychotraumatisme dans la région Centre-Val de Loire s'articule autour de trois structures principales : le Centre Régional du Psychotraumatisme situé à Tours (CRP-CVL), le Centre Départemental de Psychotraumatologie du Loiret à Orléans (CDP 45), et le Centre Départemental de Psychotraumatologie du Cher à Bourges (CDP 18). Cette organisation reflète une volonté d'améliorer l'accessibilité des soins spécialisés dans la région.

Le CRP-CVL de Tours remplit les missions principales de prise en charge des patients, de formation des professionnels, et de participation à la recherche. Il sert de centre de référence pour la région. Le CDP 45 d'Orléans fonctionne comme une antenne départementale rattachée au CRP-CVL. Cette structure départementale permet d'offrir des soins spécialisés plus proches des habitants du Loiret, répondant ainsi à un besoin de proximité dans la prise en charge du psychotraumatisme (2,52). C'est dans ce contexte que mon enquête revêt une importance particulière.

Deuxième partie - étude descriptive

1. Objectifs :

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'état des connaissances et les besoins des professionnels de la santé mentale et sociaux du Loiret impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de trouble de stress post-traumatique (TSPT), ainsi qu'identifier leur pratique d'orientation et attente par rapport au Centre Départemental de Psychotraumatologie du Loiret (CDP).

2. Matériels et Méthodes

2.1 Design de l'étude

Nous avons opté pour une méthodologie mixte, combinant des approches quantitatives et qualitatives. Cette étude est de nature descriptive et transversale, et a été menée au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), des cliniques privées, des associations d'aide aux victimes, ainsi que des professionnels libéraux dans le département du Loiret.

2.2 Population cible

La population étudiée composée de professionnels de la santé mentale et des travailleurs sociaux impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans le département du Loiret.

Les critères d'inclusion étaient assez larges : psychiatres, IDE exerçant en psychiatrie, psychologues, assistants sociaux exerçant en psychiatrie ou au sein d'associations d'aide aux victimes, éducateurs travaillant directement avec cette population spécifique.

Les critères d'exclusion concernaient les professionnels retraités et les professionnels n'ayant pas répondu à la totalité du questionnaire.

2.3 Instrument de collecte de données

Le principal instrument de collecte de données était un questionnaire en ligne réalisé à l'aide du logiciel Google Formulaire, comprenant des questions à choix multiples et des questions ouvertes. Les réponses aux enquêtes étaient anonymes.

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec le directeur de thèse et validé par le Centre Départemental de Psychotraumatologie (CDP 45) du Loiret. La durée moyenne de passation était d'environ 10 minutes.

La structure du questionnaire était la suivante :

Partie 1 : Données Socio-Démographiques

Huit questions sur l'âge, le sexe, le statut professionnel, le lieu de travail, l'ancienneté du diplôme, et la formation en psychotraumatologie.

Partie 2 : Connaissances du TSPT

Le questionnaire comprenait treize questions (12 à choix multiples et une question ouverte) portant sur la sémiologie, le diagnostic, le traitement du TSPT, ainsi que sur le ressenti des participants concernant leurs connaissances.

Partie 3 : Orientation vers le CDP 45 et Besoins

Le questionnaire comprenait seize questions sur l'orientation des patients vers le CDP du Loiret, les attentes des professionnels vis-à-vis de cette structure, ainsi que leurs besoins relatifs à la prise en charge des psychotraumatismes.

Toutes les questions du questionnaire étaient obligatoires.

L'ensemble des recherches nécessaires à la rédaction de la première partie a été réalisé sur PubMed, Google Scholar, Cairn.fr, Sudoc Abes, et LiSSa. Le logiciel Zotero a été utilisé pour le référencement des données bibliographiques.

2.4Éthique

Cette étude n'impliquait aucun patient et portait exclusivement sur une évaluation des pratiques professionnelles. En raison de l'absence de données sensibles collectées lors de l'enquête, il n'a pas été nécessaire de soumettre un dossier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

2.5Collecte de données

La collecte des données s'est déroulée de début février à fin avril 2024. Les psychologues et les psychiatres libéraux ont été contactés via les annuaires en ligne, tandis que les professionnels travaillant dans des structures telles que les cliniques privées et l'EPSM du Loiret ont été approchés par le biais des cadres de santé ou des secrétaires de service.

Les travailleurs sociaux ont été sollicités par le biais des associations d'aide aux victimes et des structures d'aide médicale ou sociale dans le Loiret. Afin de maximiser le taux de réponse, les participants ont été relancés à trois reprises. Les réponses au questionnaire en ligne ont été extraites dans un fichier Excel sécurisé, accessible uniquement au directeur de thèse, à la statisticienne de l'EPSM, et à moi-même.

2.6Analyse des données

Les données quantitatives extraites du questionnaire ont été analysées à l'aide de Microsoft Excel. En particulier, les tableaux croisés dynamiques ont été utilisés pour examiner les relations et tendances dans les réponses.

La statisticienne de l'EPSM a joué un rôle clé dans cette analyse, en exploitant les données du tableau Excel pour générer des tableaux croisés dynamiques qui permettent une compréhension approfondie des données. Ces tableaux ont permis d'établir des corrélations simples entre différentes variables sociodémographiques et les connaissances ou besoins relatifs au TSPT.

Les résultats qualitatifs des questions ouvertes ont été analysés de manière thématique pour identifier les motifs récurrents et les besoins spécifiques exprimés par les professionnels de santé mentale et sociaux.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques démographiques des répondants

134 professionnels ont répondu entièrement à notre questionnaire. Les données révèlent une prédominance de femmes parmi les professionnels, et ce, dans toutes les catégories étudiées.

Parmi les différentes structures représentées, l'EPSM du Loiret Georges Daumazon est la plus présente, avec 53,1 % des professionnels qui y travaillent exclusivement, suivie par l'exercice libéral exclusif, qui concerne 16,4 % des répondants.

Parmi les 14 professionnels exerçant dans un autre centre hospitalier, 4 ont précisé qu'ils travaillent au CUMP (Centre d'Urgence Médico-Psychologique).

Sur les 134 professionnels interrogés, 76 (56,7 %) n'ont bénéficié d'aucune formation en psychotraumatologie.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=134).

Caractéristiques	Nombre (%)
<i>Profession</i>	
Psychologues	47 (35,1)
Infirmiers diplômés d'état	38 (28,4)
Psychiatres	23 (17,2)
Travailleurs sociaux	14 (10,4)
Cadres de santé	8 (6,0)
Internes/stagiaires associés	3 (2,2)
Autre médecin spécialiste	1 (0,7)
<i>Age</i>	
18 – 29 ans	18 (13,4)
30 – 39 ans	41 (30,6)
40 – 50 ans	35 (26,1)
50 – 59 ans	30 (22,4)
50 – 65 ans	10 (7,5)
<i>Sexe</i>	
Féminin	107 (79,9)
Masculin	26 (19,4)
Indéterminé	1 (0,7)
<i>Année de diplôme d'exercice</i>	
Moins de 5 ans	26 (19,4)
Entre 5 et 10 ans	23 (17,2)
Plus de 10 ans	85 (63,4)
<i>Lieu d'exercice</i>	
Hospitalier exclusivement	88 (65,7)
<i>EPSM du Loiret</i>	71 (53,1)
<i>Autres Centres Hospitaliers</i>	14 (10,4)
<i>Mixte EPSM + autres CH</i>	3 (2,2)
Hospitalier et libéral	3 (2,2)
<i>Libéral exclusivement</i>	22 (16,4)
<i>Libéral et médico-social/social</i>	10 (7,5)
<i>Médico-social/social exclusivement</i>	11 (8,2)
<i>Formation en psychotraumatologie</i>	
Non, aucune formation	76 (56,7)
Oui, toute formation	58 (43,3)
<i>Psychothérapie spécifique</i>	23 (17,2)
<i>Initiation à la CUMP</i>	10 (7,5)
<i>Diplômes universitaires</i>	07 (5,2)
<i>Autres</i>	18 13,4)

3.2 Résultats de l'objectif primaire

Cette section examine l'état des connaissances et les besoins des professionnels de la santé mentale et médico-sociaux du Loiret concernant le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

3.2.1. État des connaissances concernant le trouble de stress post-traumatique

Pour la question du diagnostic du TSPT, seules les trois dernières propositions sont exactes. Seulement **42,5%* des participants ont correctement identifié les critères nécessaires pour un diagnostic de TSPT** (Tableau 2). Cela indique que moins de la moitié des répondants ont une compréhension précise des critères diagnostiques du TSPT tels que définis par le DSM-5.

Tableau 2. Diagnostic du TSPT.

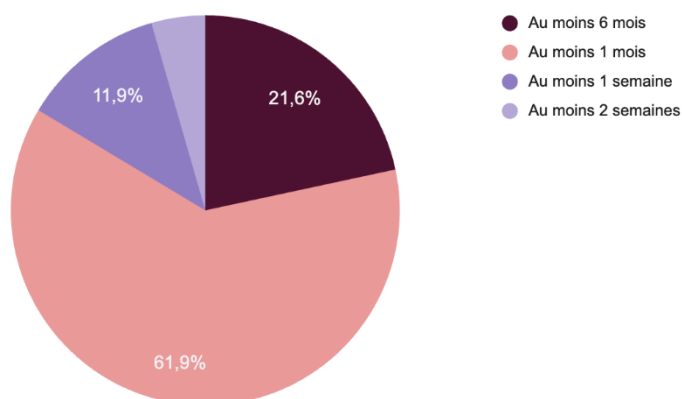
Question 9 : Pour être diagnostiqué d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), il faut avoir été exposé à un événement traumatique. Cet événement doit répondre à des critères, lesquels sont vrais ? (Plusieurs réponses possibles)	N (%)
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées.	45 (33,6)
La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel.	121 (90,3)
La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui.	112 (83,6)
La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.	111 (82,8)

La majorité des répondants (61,9%) pense que les symptômes du TSPT doivent être présents depuis au moins un mois après l'événement traumatique pour que le diagnostic de TSPT puisse être posé, ce qui est exact (Figure 1). Cependant, une proportion notable de répondants a des perceptions incorrectes.

*tableau croisé dynamique des réponses de la question 9 en annexe.

Figure 1. Critère temporel concernant le diagnostic de TSPT.

Les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) doivent être présents depuis combien de temps après l'évènement pour que le diagnostic soit posé ?

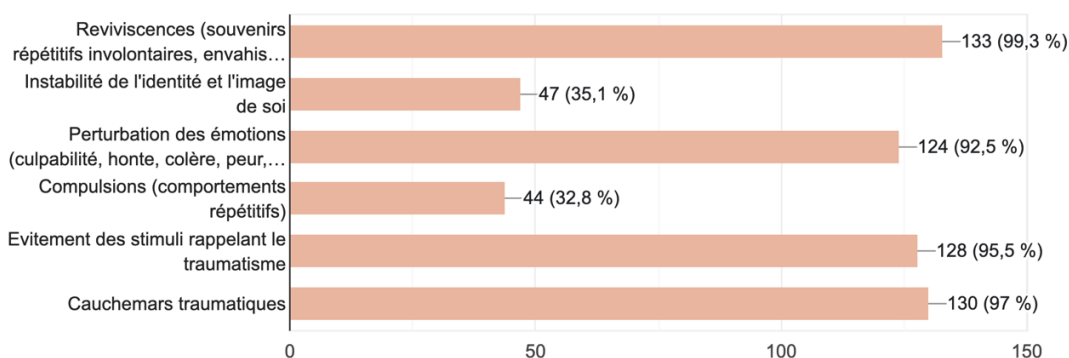


La quasi-totalité des répondants ont correctement identifié les reviviscences (99,3%) et les cauchemars traumatiques (97%), ce qui montre une bonne reconnaissance de ces caractéristiques centrales du TSPT (Figure 2). Une majorité significative des participants a également correctement identifié l'évitement des stimuli rappelant le traumatisme (95,5%) et la perturbation des émotions (92,5%) comme étant associés au TSPT, soulignant ainsi une compréhension adéquate de ces aspects du trouble. En revanche, un pourcentage non négligeable de répondants (32,8%) a incorrectement associé les compulsions au TSPT. Ces réponses erronées relèvent d'une confusion entre les symptômes du TSPT et ceux d'autres troubles, comme les troubles obsessionnels-compulsifs. Par ailleurs, une majorité **des participants (55,2%) a correctement identifié l'ensemble des réponses exactes.**

Figure 2. Symptômes du TSPT.

Quels sont les symptômes présents dans le TSPT ?

134 réponses



Parmi les répondants, 52,2% ont correctement identifié les benzodiazépines comme déconseillées dans le traitement du TSPT. Bien que les benzodiazépines puissent être efficaces pour les symptômes anxieux à court terme, leur utilisation prolongée n'est pas recommandée en raison des risques de dépendance et de troubles de mémoire (Tableau 3). **Les benzodiazépines étaient la seule réponse correcte attendue, mais seulement 35% des participants ont répondu correctement en excluant toutes les autres options.**

Tableau 3. Traitements déconseillés pour le traitement du TSPT.

Q12. Parmi les traitements suivants lequel ou lesquels sont déconseillés pour le traitement du TSPT ?	N (%)
Antidépresseurs	23 (17,2)
Neuroleptiques	36 (26,9)
Benzodiazépines	70 (52,2)
Hypnotiques non-benzodiazépines	34 (25,4)
Bêta-bloquants	28 (20,9)

La majorité des professionnels interrogés ont correctement identifié l'EMDR (93,3%) et la TCC (76,1%) comme étant fortement recommandées par l'OMS et d'autres organisations internationales pour le traitement du TSPT (Tableau 4). Ces deux psychothérapies sont largement reconnues pour leur efficacité dans la gestion du TSPT. Cependant, seulement **29,1% des répondants (39 personnes) ont sélectionné uniquement ceux 2 propositions.**

Tableau 4. Psychothérapies fortement recommandées pour traiter les TSPT.

Q13. Psychothérapies fortement recommandées pour traiter les TSPT (plusieurs réponses possibles)	N (%)
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	125 (93,3%)
TCC (Thérapie Cognitive et Comportementale)	102 (76,1%)
Thérapie de soutien	72 (53,7%)
Thérapie d'exposition prolongée	29 (21,6%)
Thérapie des processus cognitifs	27 (20,1%)
Psychanalyse	19 (14,2%)
ECT (Électroconvulsivothérapie)	3 (2,2%)

Parmi les professionnels interrogés, 28,4 % ont mentionné l'objectif d'identifier et d'éviter les situations traumatisantes, bien que ce ne soit pas une réponse attendue (Tableau 5). De plus, 6,7 % des répondants ont incorrectement indiqué que permettre à la personne d'oublier le traumatisme est un objectif des thérapies centrées sur le traumatisme. Pour cette question, **seulement 23,9 % des répondants ont correctement identifié les réponses attendues**, ce qui indique que moins d'un quart des professionnels ont une compréhension complète des objectifs des thérapies pour le TSPT.

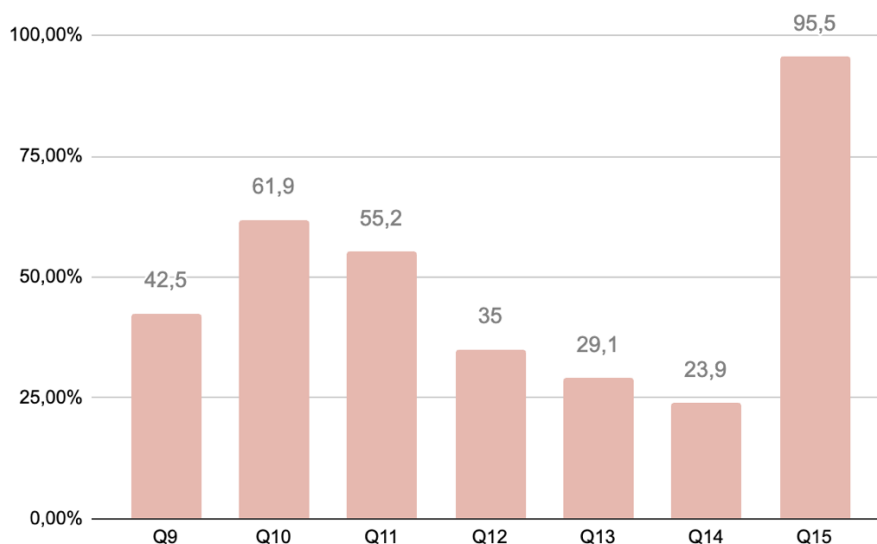
Tableau 5. Objectifs des thérapie centrés sur le TSPT.

Q14. Objectifs des thérapies centrées sur le traumatisme	Nombre de réponses	Pourcentage
Expliquer le trouble	99	73,9%
Identifier et modifier les pensées dysfonctionnelles	113	84,3%
Identifier et éviter les situations traumatisantes	38	28,4%
L'exposition progressive au vécu traumatique	76	56,7%
Réguler les émotions	117	87,3%
Permettre à la personne d'oublier le traumatisme	9	6,7%
Permettre à la personne de reprendre une vie normale	125	93,3%

Les résultats montrent de manière très claire qu'en situation de danger, la **grande majorité des professionnels de santé (95,5 %) considèrent que la priorité est de travailler sur la sécurisation** de la patiente. Ce résultat est conforme aux bonnes pratiques cliniques, qui privilégient dans ce cas, la sécurité immédiate des patients avant d'aborder les aspects traumatiques.

La Figure 3 représente le taux de réponses correctes des professionnels de santé à diverses questions (Q9 à Q15) relatives à leurs connaissances sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les résultats montrent une grande variation dans la maîtrise des différents aspects de la prise en charge du TSPT.

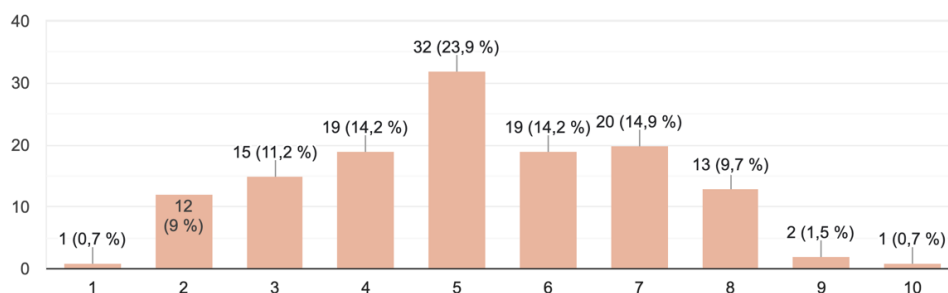
Figure 3. Taux de réussite aux questions (9 à 15) portant sur les connaissances du TSPT.



Les niveaux de connaissance plus bas (1 à 3) regroupent 20,9% des répondants, indiquant qu'environ un cinquième des professionnels se considèrent comme ayant une faible connaissance du TSPT (Figure 4). À l'opposé, les niveaux de connaissance plus élevés (8 à 10) ne regroupent que 11,9% des répondants, suggérant que peu de professionnels se considèrent comme très bien informés sur le TSPT.

Figure 4. Auto-évaluation du niveau de connaissance.

Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) entre 1 à 10
134 réponses



3.2.2 Difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en charge des TSPT

Q19 : Quand le diagnostic de TSPT est posé (ou suspicion de TSPT), avez-vous des difficultés dans l'accompagnement ou la prise en charge du patient ? Si oui, lesquelles ?

Analyse des réponses qualitatives

Tableau 6. Synthèse des thèmes récurrents.

Thème	N
Manque de connaissances et formation, N (%)	25 (17,9)
Difficultés d'orientation	20 (14,3)
Accès et disponibilité des soins	15 (10,7)
Manque de ressources et de collaboration	15 (10,7)
Prise en charges des cas complexes	10 (7,1)
Pas de difficultés	55 (39,3)
Total	140

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

1. Manque de Connaissances et Formation

Un des thèmes les plus récurrents est le manque de connaissances et de formation spécifiques sur le TSPT. Plusieurs professionnels ont exprimé le besoin de se former davantage pour mieux comprendre et traiter ce trouble.

Exemples de Réponses :

- « Je ne connais pas les dernières techniques hormis l'EMDR. »
- « Pas suffisamment de connaissances sur le sujet, manque de formation. »
- « Manque de connaissances pour accompagner au mieux la personne. »
- « Pas sûre d'avoir les bonnes pratiques, pas de connaissances autour des techniques d'apaisement (cohérence cardiaque, ré-ancrage, etc.). »
- « Formation psychothérapeutique encore insuffisante pour le traitement du TSPT. »

2. Difficultés d'orientation

Les professionnels ont également mentionné des difficultés d'orientation des patients vers les services appropriés. Les critères d'orientation sont parfois perçus comme trop restrictifs, et il y a souvent un manque de clarté sur les structures vers lesquelles diriger les patients.

Exemples de Réponses :

- « L'orientation vers des services aptes à la prise en soins. »
- « Je ne sais pas vers qui orienter la personne. »
- « Les critères d'orientation me semblent trop restrictifs. »
- « La plus grande difficulté est l'orientation et la posture à adopter face à la personne accompagnée. »
- « Oui, difficultés à l'orientation vers une structure adaptée »

3. Accès et disponibilité des soins

Les délais de prise en charge et la disponibilité des soins sont également des problèmes majeurs. Les professionnels signalent des délais longs et des difficultés à trouver des professionnels disponibles pour les consultations.

Exemples de Réponses :

- « Délai de prise en charge long. »
- « Oui, parcours d'orientation long et non simplifié. »
- « Oui, difficulté à trouver des RDV pour les suivis. »
- « L'orientation vers un professionnel disponible rapidement. »
- « Difficultés à trouver des partenaires de soins formés à ce type de prise en charge. »
- « Oui, j'ai des difficultés à orienter vers un psychiatre pour évaluer la nécessité d'un traitement. »

4. Manque de ressources et de collaboration

Le manque de collaboration interdisciplinaire et de ressources spécialisées est un autre thème récurrent. Les professionnels signalent le besoin de collaborateurs expérimentés en psychotraumatologie et des difficultés à travailler en équipe.

Exemples de Réponses :

- « Manque de collaborateur (Psycho) avec une expérience en psycho trauma. »
- « Les délais de prises en charge et le travail avec CMP difficile car orientation vers psychotrauma. »
- « Savoir à quel moment proposer une prise en charge en psychotrauma quand le trauma est plus ancien et qu'il y a d'autres soins à proposer aussi. »
- « Oui du fait du manque d'information sur les structures. »

5. Prise en charge des cas complexes

La prise en charge des cas complexes, notamment ceux impliquant des enfants et des adolescents, est un autre défi mentionné. Les professionnels expriment des incertitudes quant aux méthodes appropriées et aux meilleures pratiques pour ces cas.

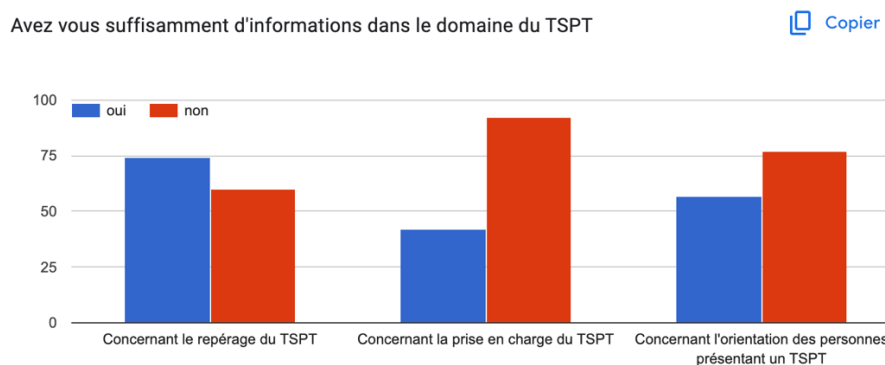
Exemples de Réponses :

- « Accompagnement de traumas complexes chez des enfants et adolescents. »
- « Surtout en cas de traumas complexes chez des enfants et adolescent, quels accompagnements et quelle prise en charge possible ? »
- « En cas de traumas complexes et/ou d'autres comorbidités psychiatriques et addictologiques la prise en charge peut s'avérer plus compliquée. »

3.2.3 Besoins des professionnels

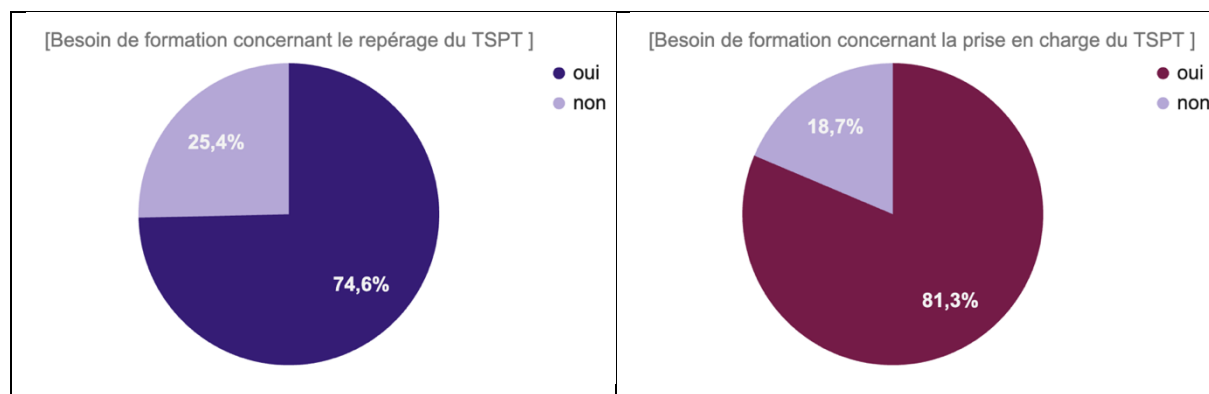
Parmi les répondants, 55,2 % (74 personnes) estiment avoir suffisamment d'informations pour repérer les cas de TSPT, tandis qu'une proportion significative de 44,7 % (60 personnes) estime ne pas en avoir assez (Figure 5). Seuls 31,3 % (42 personnes) se considèrent suffisamment informés pour prendre en charge les patients souffrant de TSPT, tandis que 68,7 % (92 personnes) pensent manquer d'informations dans ce domaine. De plus, 42,5 % (57 personnes) des professionnels se sentent suffisamment informés pour orienter les patients présentant un TSPT, contre 57,5 % (77 personnes) qui estiment ne pas avoir assez d'informations.

Figure 5. Niveau d'information des professionnels sur le TSPT.



Concernant la formation sur le repérage du TSPT, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux manifestent un intérêt marqué pour la formation dans le domaine du TSPT. L'analyse montre que 81,3% des répondants sont intéressés par des formations sur la prise en charge du TSPT, tandis que 74,6% souhaitent des formations spécifiques sur l'orientation des personnes présentant un TSPT (Figure 6).

Figure 6. Besoins de formation pour le repérage du TSPT.



Une majorité de psychologues (63,8%), de psychiatres (47,8%) et d'IDE (97,4%) manifestent un intérêt pour la formation sur le repérage du TSPT (Tableau 7). Les travailleurs médico-sociaux sont également très intéressés, avec 92,9% des répondants exprimant leur désir de suivre cette formation. En revanche, une petite fraction (25,4%) des professionnels n'est pas intéressée par ce type de formation.

Tableau 7. Intérêt pour une formation en repérage du TSPT, par profession.

Profession	Non	Oui	Total
Psychologue, n	17	30	47
Psychiatre, n	12	11	23
Interne/ FFI de psychiatrie, n	1	2	3
Infirmier diplômé d'état, n	1	37	38
Médecin spécialiste, n	1	0	1
Cadre de santé, n	1	7	8
Travailleur social, n	1	13	14
Total, n (%)	34 (25,4%)	100 (74,6%)	134

Un intérêt marqué pour la formation sur la prise en charge du TSPT est observé chez les IDE (92,1%), les psychologues (72,3%) et les travailleurs sociaux (78,6%). Les psychiatres montrent un intérêt notable, avec 78,3% d'entre eux souhaitant suivre cette formation. Seulement 18,7% des professionnels ne sont pas intéressés par cette formation (Tableau 8).

Tableau 8. *Intérêt pour une formation sur la prise en charge du TSPT, par profession.*

Profession	Non, n	Oui, n	Total, n
Psychologue	13	34	47
Psychiatre	5	18	23
Interne/ FFI de psychiatrie	0	3	3
Infirmier diplômé d'état	3	35	38
Médecin spécialiste	0	1	1
Cadre de santé	1	7	8
Travailleur social	3	11	14
Total	25 (18,7%)	109 (81,3%)	134

Concernant l'orientation des personnes présentant un TSPT, un intérêt significatif est également observé chez les IDE (86,8%), les psychologues (72,3%) et les travailleurs sociaux (78,6%). Les psychiatres ne sont pas en reste, avec 65,2% d'entre eux montrant un intérêt pour cette formation. Une minorité (22,4%) des professionnels ne manifeste pas d'intérêt pour cette formation.

Tableau 9. *Intérêt pour une formation sur l'orientation des patients, par profession.*

Profession	Non, n	Oui, n	Total, n
Psychologue	13	34	47
Psychiatre	8	15	23
Interne/ FFI de psychiatrie	0	3	3
Infirmier diplômé d'état	5	33	38
Médecin spécialiste	0	1	1
Cadre de santé	1	7	8
Travailleur social	3	11	14
Total	30 (22,4%)	104 (77,6%)	134

Question 30 : De quoi auriez-vous besoin pour mieux prendre en charge vos patients ?

Question à réponse libre : champs textuel qualitatif

Tableau 10. Synthèse des thèmes récurrents.

Thème	N
Formation et supervision	68
Connaissance sur les dispositifs de soin	14
Collaboration entre partenaires	12
Temps (temps clinique, temps médical)	8
Pas de besoins particuliers	19
Autres	13

Chaque nombre correspond au nombre de fois qu'un thème est évoqué par différentes personnes.

La formation et la supervision sont les besoins principaux exprimés par les professionnels pour améliorer leur prise en charge des patients avec TSPT. Exemples :

- *“Ce que j'aurais besoin d'abord ce sont vraiment des clés pour le repérage notamment dans les traumas complexes. Puis savoir à quel moment il faut passer le relai sur le CDP.”*
- *« Techniques d'entretiens pour l'évaluation de la symptomatologie post traumatique, pour être plus exhaustive »*
- *« Des outils pour axer le travail avec le patient qui amènerait à un mieux-être. »*
- *« Des échanges cliniques, d'intervision. Exemple, j'ai une jeune victime de viols. »*
- *« Meilleures formations et soutien dans des situations complexes. »*
- *« Mieux comprendre les TSPT et accompagner au mieux. »*

De plus, il y a une demande évidente pour une connaissance approfondie des dispositifs de soins disponibles. Exemples :

« Plus d'outils diagnostiques et de communication sur le CDP. »

« Me renseigner davantage sur ce qui est possible au CDP afin d'effectuer des orientations pertinentes et aider au mieux les patients. »

« Mieux savoir quand cela nécessite une prise en charge en psychotrauma ou en CMP ou en libéral. »

« Meilleur fléchage dans le parcours de soins spécifique PT CUMP / CDP ? »

« D'avoir des repères sur les lieux et personnes formées à ce type de prise en charge. »

« Une plaquette explicative du CDP. »

La collaboration entre partenaires a été un autre point mentionné par 11 professionnels, indiquant un besoin d'améliorer la coordination interprofessionnelle. Exemples :

« Contacts pour les orientations et quelles sont les prises en charge qui existent. »

« Simplification de l'adressage des patients, notamment via les urgences. Disponibilité pour les demandes de formation ou d'aide au diagnostic. »

« Plus de communication entre les services. »

« Des réunions de concertation entre les différents CMP et le CDP, formation continue. »

« Meilleur accordage et orientation facilitée ; temps cliniques communs pour certains adressages. »

3.3 Résultat de l'objectif secondaire

Cette section examine l'état des connaissances des professionnels de santé du Loiret concernant le CDP du Loiret et les critères d'orientation des patients vers celui-ci.

3.3.1 État des connaissances des professionnels sur le CDP Loiret

L'analyse des données indique que la majorité des orientations vers le Centre de Départemental de Psychotraumatologie du Loiret (CDP 45) proviennent de la demande des patients eux-mêmes, qui représentent 54,5% des cas. Cette tendance met en évidence que les patients sont souvent les principaux acteurs dans la recherche de soins spécialisés pour le TSPT.

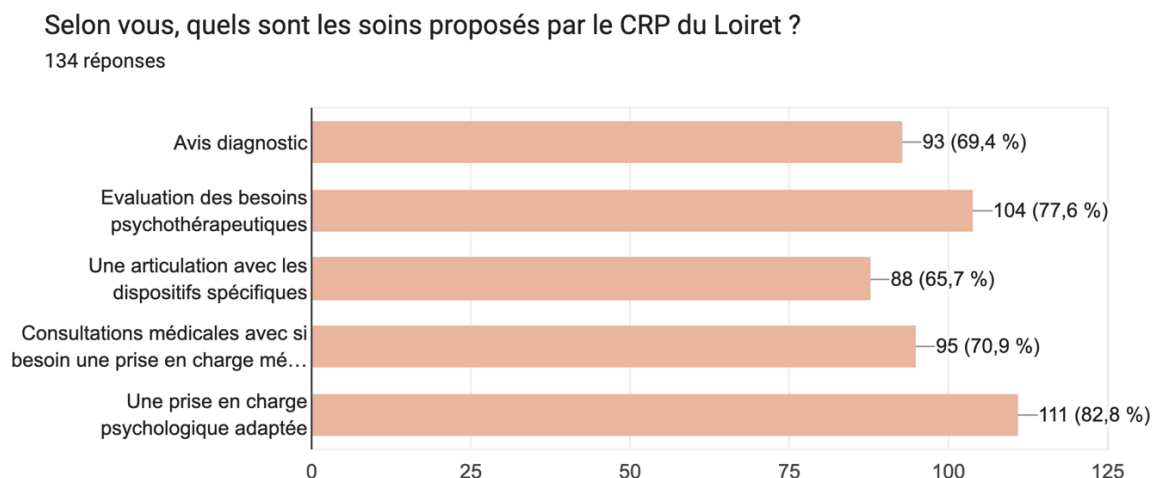
Les professionnels de santé, quant à eux, initient 42,5% des orientations, reflétant leur rôle essentiel dans la détection des besoins des patients et l'orientation vers des ressources appropriées. Les travailleurs sociaux, contribuant à 3% des orientations, jouent également un rôle, bien que plus limité, dans ce processus.

Parmi les professionnels interrogés (n=134), 57,7% (n=80) semblent connaître des critères d'adressage, mais il reste une proportion significative qui pourrait bénéficier de plus d'informations à ce sujet. Concernant le moment optimal pour adresser un patient au CDP 45, 71,6% (n=96) des professionnels ne savent pas quand il est préférable de le faire. Ce résultat souligne un besoin critique de formation et de communication sur le timing approprié pour l'orientation des patients vers le CDP.

En ce qui concerne la procédure d'adressage des patients au CDP 45, les réponses sont assez partagées. La moitié des professionnels (50,7%) ne savent pas comment adresser un patient. Ce partage presque égal montre qu'il y a un besoin important d'améliorer la diffusion des informations sur les procédures d'adressage pour assurer une orientation fluide et efficace des patients nécessitant des soins spécialisés pour le TSPT.

Une majorité relative, soit 49,3% des répondants, admet ne pas très bien connaître les soins offerts par le CDP 45. Un seul professionnel a indiqué très bien connaître les soins offerts par le CDP 45.

Figure 7. Connaissance des soins proposés par le CDP du Loiret.



Pour cette question, toutes les réponses proposées sont exactes (Figure 7). Les professionnels de santé ont une perception relativement précise des services offerts par le CDP du Loiret, comme le montre la répartition des réponses. Cependant, **seuls 31,4% (42) des professionnels ont correctement identifié tous les services proposés**, indiquant qu'une minorité de professionnels possède une connaissance complète des soins offerts par le CDP du Loiret.

Parmi les psychologues, 40,4 % ont correctement identifié les soins proposés par le CDP. Cependant, une majorité de ceux ayant répondu correctement admettent avoir une connaissance insuffisante des soins (9 estimant "Pas du tout" et 5 "Pas très bien"), ce qui souligne une disparité entre leur connaissance objective et leur perception subjective de leur propre compréhension des services offerts.

Chez les IDE, bien que seulement 21,1 % aient correctement identifié les soins, un nombre significatif ressent également un manque de connaissance sur les services (2 déclarant "Pas du tout" et 5 "Pas très bien").

Enfin, 34,8 % des psychiatres possèdent une bonne connaissance des soins proposés, mais leur auto-évaluation montre une perception mitigée, avec 6 psychiatres estimant connaître "Pas très bien" et 2 "Plutôt bien" les soins offerts par le CDP.

Tableau 11. Connaissance et perception des soins proposés par le CDP du Loiret.

	N=134
Bonne connaissance des soins proposés par le CDP 45, n (%)	42 (31,4%)
Perception des soins proposés par le CDP 45 (n=42)	
Autre médecin spécialiste	1/1
Plutôt bien	1
Cadre de santé	1/8
Pas très bien	1
Infirmier diplômé d'état	8/38
Pas du tout	2
Pas très bien	5
Plutôt bien	1
Psychiatre	8/23
Pas très bien	6
Plutôt bien	2
Psychologue	19/47
Pas du tout	9
Pas très bien	5
Plutôt bien	5
Stagiaire associé/ interne / FFI	1/3
Pas du tout	1
Travailleur social (éducateur, assistance sociale...)	4/14
Pas très bien	4

3.3.2 Pratique d'orientation vers le CDP 45

La majorité des professionnels de santé (76,1 %) n'orienteraient pas un patient présentant un trouble de la personnalité borderline, sans TSPT actif, vers le CDP. Cependant, 23,9 % des répondants considèrent qu'une orientation vers le CDP est appropriée dans ce cas.

En outre, 76,9 % des professionnels jugent la gravité des symptômes du TSPT comme un facteur déterminant pour l'orientation vers le CDP. Parmi les répondants, 6 % ont mentionné, sous la catégorie 'autre', des barrières économiques qui empêchent certains patients d'accéder à un suivi privé, ainsi qu'une méconnaissance du CDP (Tableau 16).

Tableau 12. Critères d'orientation du patient vers le CDP.

Quels critères influencent votre décision d'adresser un patient au CDP ?	N (%)
La motivation du patient	80 (59,7)
La présence d'un ou plusieurs traumatismes dans le parcours de vie, TSPT actif ou non	84 (62,7)
La gravité des symptômes du TSPT	103 (76,9)
La résistance au traitement de premier niveau	47 (35,1)
L'incapacité de l'établissement à fournir un traitement complet au patient	42 (31,3)
Le sentiment de manque de compétences et d'expériences dans le psychotraumatisme	79 (59,0)
Autre	8 (6,0)

Une minorité de professionnels a déjà adressé un patient au CDP 45 (Tableau 17).

Tableau 13. Types de patients adressés au CDP 45.

Quels types de patients adressez-vous habituellement au CDP	N (%)
Je n'ai jamais adressé de patient	75 (56)
Adultes victimes d'évènements traumatiques dans l'enfance	34 (25.4)
Survivants d'évènements traumatiques multiples récents	37 (27.6)
Survivants d'un évènement traumatique	36 (26.6)
Adultes ayant un parcours migratoire traumatique	29 (21.6)
Autre (parcours migratoire, patients souffrant de TSA ou de TDAH)	11 (8.2)

Des professionnels ont également souligné des lacunes dans leur connaissance du CDP, révélant à la fois une méconnaissance des ressources disponibles et des besoins spécifiques non couverts. La majorité des professionnels de santé (75,4 %) attendent une prise en charge thérapeutique conjointe avec le CDP. En outre, 47 % des répondants recherchent un avis thérapeutique, tandis que 42,5 % attendent un relai intégral de la prise en charge. Un avis diagnostique est attendu par 24,6 % des professionnels, et une supervision spécifique est souhaitée par 15,7 %. Seuls 1,5 % des répondants indiquent n'avoir aucune attente spécifique envers le CDP, et moins de

1 % sont incertains de leurs attentes.

Q27 : Rencontrez-vous des difficultés à adresser des patients vers le CDP, si oui lesquelles ? *Question à réponse libre*

Parmi les professionnels interrogés concernant les difficultés d'adressage des patients vers le CDP, plusieurs thèmes principaux ont émergé. Le faible taux d'adressage indique un manque d'engagement ou une inadéquation perçue des services du CDP (Tableau 18).

Tableau 14. *Difficultés d'adressage des patients vers le CDP.*

Difficultés à adresser des patients vers le CDP	N=134 (%)
Pas d'adressage/ non concerné	89 (66,4)
Méconnaissance du CDP	14 (10,4)
Par rapport aux conditions d'adressage, organisation du CDP	10 (7,5)
Par rapport au délai de prise en charge	13 (9,7)
Divers	8 (6,0)

Q 28 : Comment évalueriez-vous la facilité de collaboration et de communication entre vous et le CDP ?

- a. Très satisfaisante
- b. Satisfaisante
- c. Neutre
- d. Insatisfaisante
- e. Très insatisfaisante

La majorité des professionnels (64,2%) reste neutres quant à leur collaboration et communication avec le CDP, ce qui peut refléter une ambivalence ou des expériences mitigées. Environ un quart (23,9%) évalue positivement cette collaboration, la qualifiant de satisfaisante, tandis qu'une minorité significative (6,0%) la trouve insatisfaisante. Ces observations suggèrent que bien que certains professionnels reconnaissent une valeur dans cette interaction, il existe des défis notables qui empêchent une expérience plus positive.

Question 31 : Avez-vous des recommandations pour que le CRP puisse mieux accompagner les soignants, thérapeutes et partenaires sociaux prenants en prise en charge des patients souffrants de TSPT ? *Question à réponse libre : champs textuel qualitatif*

Une portion considérable des répondants (n=70) n'a exprimé aucune recommandation spécifique pour améliorer l'accompagnement offert par le CDP. Néanmoins, 29 professionnels ont souligné l'importance de renforcer la communication sur les services disponibles, suggérant l'utilisation de flyers, de plaquettes d'information, et la nécessité d'une présence plus marquée du CDP dans les services par des visites et des présentations. De plus, un même nombre de répondants (29) a recommandé que le CDP propose des formations régulières, des séminaires et des conférences thématiques, notamment pour aborder la gestion des cas complexes et favoriser les échanges interdisciplinaires. Exemples :

« J'oriente actuellement vers la CUMP ou l'unité de psychotraumatologie par méconnaissance de l'existence du CDP (et pas de visibilité sur internet). »

« Une communication sur vos missions. Proposer des rencontres, formation pour rencontrer les différents acteurs du CDP et vous identifier. »

« La mise en place de formation afin de mieux comprendre le TSPT, les PEC possibles et de découvrir davantage le CDP. »

« Des formations et des conseils sur comment accompagner les personnes à notre niveau de travailleur social. »

« Plaquettes, protocoles d'adressage + complets. »

« Une aide au repérage de TSPT disponible sur SESAME. »

« Faire des rappels / cours réguliers notamment aux nouveaux soignants et médecins pour coordonner les prises en charge. »

« Livret d'informations détaillé pour les soignants, formations ou journées tout au long de l'année avec thématiques différentes en lien avec le TSPT. »

4. Discussion

4.1 Interprétation des résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et les besoins en formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux du Loiret concernant le TSPT, afin d'optimiser la prise en charge des patients dans ce département. Nous nous sommes également intéressés aux critères d'orientation vers le CDP 45.

Notre étude, menée auprès de 134 professionnels de santé mentale et médico-sociaux du Loiret, a mis en lumière des disparités importantes dans les connaissances et la prise en charge du TSPT. Ces résultats soulèvent des questions cruciales sur la formation des professionnels et l'organisation des soins dans le département.

4.1.1 Connaissances sur le TSPT

Diagnostic et symptômes

Notre étude révèle des disparités importantes dans les connaissances des professionnels concernant le TSPT. Bien qu'une majorité (55,2%) des répondants estime avoir suffisamment d'informations pour repérer les cas de TSPT, seulement 42,5% ont identifié avec précision l'ensemble des critères diagnostiques. Du point de vue de la symptomatologie du TSPT, plus de la moitié des répondants (55,2%) ont correctement identifié l'ensemble des symptômes, cependant le fait qu'un tiers des répondants ait incorrectement associé les compulsions au TSPT est préoccupant. Cette confusion pourrait être due à une méconnaissance des différences entre le TSPT et d'autres troubles anxieux, comme le trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Ces chiffres indiquent qu'une proportion importante de professionnels ne maîtrise pas complètement l'ensemble des symptômes, ce qui pourrait potentiellement conduire à des errances diagnostiques ou de prise en charge.

Cette discordance entre la perception des compétences et les connaissances réelles souligne la nécessité d'une formation continue ciblée.

Un point très positif est la reconnaissance presque unanime (95,5%) de l'importance de la sécurisation du patient en situation de danger. Cette priorité accordée à la sécurité du patient est en accord avec les meilleures pratiques en matière de prise en charge du TSPT, où la

stabilisation et la sécurisation sont considérées comme des étapes cruciales avant d'entamer un travail thérapeutique plus approfondi.

Approches thérapeutiques

Du point de vue thérapeutique, les faibles taux de réussite aux questions Q12 à Q14 révèlent des lacunes importantes dans les connaissances des options psychothérapeutiques et médicamenteuses pour le TSPT. Bien que la majorité des professionnels ait correctement identifié l'EMDR (93,3%) et la TCC (76,1%) comme étant fortement recommandées par l'OMS, seulement un tiers ont sélectionné exclusivement ces deux approches. D'autre part, la méconnaissance des recommandations concernant l'utilisation des benzodiazépines (seulement 52,2% savent qu'elles sont déconseillées pour un traitement à long terme) et des antidépresseurs (17,2% pensent incorrectement qu'ils sont déconseillés) est préoccupante. Ces carences peuvent avoir un impact direct sur la qualité de la prise en charge des patients. Cette situation pourrait être attribuée à un manque de formation spécifique en psychotraumatologie, ce que confirment nos données montrant que 56,7% des professionnels interrogés n'avaient reçu aucune formation en psychotraumatologie.

Ces observations sont en accord avec la littérature scientifique, laquelle souligne souvent l'insuffisance de la formation en psychotraumatologie parmi les professionnels de santé, même dans des contextes où l'incidence des traumatismes est élevée. Cette insuffisance peut conduire à une prise en charge partielle ou inadéquate des patients atteints de TSPT. Pour pallier ces lacunes, il serait nécessaire de mettre en place des programmes de formation ciblés, permettant non seulement de combler les déficits de connaissances, mais aussi de standardiser les pratiques pour améliorer les soins (41)(44)(38).

4.1.2 Difficultés rencontrées par les professionnels et les besoins exprimés

Il est important de noter que 39,3% des répondants n'ont pas signalé de difficultés particulières, cependant ce chiffre implique également que plus de 60% des professionnels rencontrent des obstacles dans leur pratique, soulignant l'ampleur des défis à relever.

Les principaux problèmes identifiés incluent le manque de formation et de connaissances, les difficultés d'orientation, les obstacles à l'accès et à la disponibilité des soins, la complexité des cas spécifiques et le manque de collaboration interdisciplinaire.

En effet, un cinquième des professionnels se considèrent comme ayant une faible connaissance du TSPT (Figure 4). À l'opposé, les niveaux de connaissance plus élevés (8 à 10) ne regroupent que 11,9% des répondants, ce qui suggère que peu de professionnels se considèrent comme très bien informés sur le TSPT. Presque la moitié (45%) des répondants estiment ne pas avoir suffisamment d'informations pour repérer les cas de TSPT, et deux tiers se sentent mal préparés pour assurer une prise en charge adéquate.

Les résultats révèlent un besoin clair et largement partagé de formation continue chez les professionnels de santé et les travailleurs sociaux dans le domaine du TSPT, notamment en ce qui concerne le repérage (74,6%), la prise en charge (81,3%) et l'orientation (77,6%).

Il est intéressant de noter que le besoin de formation semble transcender les catégories professionnelles.

Les IDE manifestent le plus grand intérêt pour la formation (97,4% pour le repérage, 92,1% pour la prise en charge), ce qui pourrait refléter un manque de formation initiale spécifique au TSPT dans leur cursus.

Les travailleurs médico-sociaux (avec 92,9% des répondants) ont exprimé surtout un fort désir de suivre une formation sur le repérage du TSPT.

Même parmi les psychiatres et les psychologues, qui sont supposés avoir une formation plus approfondie, une proportion importante exprime un intérêt pour des formations supplémentaires (respectivement 78,3% et 72,3% pour la prise en charge du TSPT). Cela suggère que le TSPT est perçu comme un domaine complexe nécessitant une expertise spécifique, au-delà de la formation générale en psychiatrie/psychologie.

De plus, le fait que 56,7% des répondants n'aient reçu aucune formation en psychotraumatologie, malgré une expérience professionnelle souvent longue (63,4% ont plus de 10 ans d'expérience), souligne un besoin crucial de formation continue dans ce domaine.

Ces résultats font écho aux travaux de Kumar et al. (4) qui ont souligné l'importance cruciale de la formation continue dans l'amélioration de la prise en charge du TSPT. Ils mettent également en lumière la nécessité d'une meilleure intégration de la formation sur les psychotraumatismes dans les cursus initiaux des différentes professions de santé mentale, comme l'ont suggéré Courtois & Gold (53).

Par ailleurs, notre étude met également en évidence un besoin d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et de la connaissance des dispositifs de soins existants.

4.1.3 État de connaissance et orientation vers le CDP 45

La méconnaissance et la sous-utilisation du CDP 45 sont des points critiques révélés par cette étude. Bien que deux tiers des répondants connaissent les critères d'adressage, une majorité significative (71,6%) ignore le moment optimal pour orienter un patient, et la moitié ne connaît pas la procédure à suivre. Ces chiffres suggèrent un besoin urgent d'améliorer la communication sur les soins prodigués par le CDP 45 et de clarifier les procédures d'orientation.

Les attentes élevées vis-à-vis du CDP 45, particulièrement en ce qui concerne une prise en charge thérapeutique conjointe, soulignent l'importance cruciale de ces centres pour soutenir les professionnels confrontés à des cas complexes de TSPT. Le besoin marqué pour des avis thérapeutiques et un relais complet de la prise en charge indique une demande de soutien continu et de solutions intégrées dans la gestion des traumatismes. Par ailleurs, le souhait exprimé par un nombre significatif de professionnels pour un avis diagnostique et une supervision met en évidence un besoin de renforcer les compétences et la confiance dans l'approche clinique du TSPT. Cela suggère que le CDP 45 pourrait jouer un rôle central en formant et en outillant davantage les professionnels de première ligne en psychiatrie.

L'analyse des réponses indique que beaucoup de professionnels restent neutres ou indécis concernant leur interaction avec le CDP 45, ce qui pourrait suggérer une méconnaissance ou un manque d'engagement direct. Il est donc nécessaire de prendre des mesures pour clarifier les procédures d'interaction, améliorer la communication, et traiter les sources de mécontentement. Une meilleure collaboration pourrait non seulement accroître la satisfaction des professionnels, mais aussi optimiser les soins aux patients souffrant de TSPT.

Les professionnels interrogés ont également formulé des suggestions pour améliorer le soutien offert par le CDP 45. Parmi ces recommandations figurent une meilleure communication, l'organisation de séminaires réguliers et la fourniture de ressources pédagogiques claires. Ces suggestions reflètent une demande claire pour un soutien accru et continu de la part du CDP, particulièrement dans les cas complexes où l'expertise est essentielle. Une meilleure

communication entre le CDP et les professionnels de première ligne pourrait renforcer les pratiques d'orientation et de prise en charge des patients.

Les défis liés aux délais de prise en charge prolongés et aux complexités d'adressage soulèvent des questions sur l'efficacité et l'accessibilité du CDP, indiquant peut-être la nécessité d'adapter la gestion des flux de patients et l'organisation des soins.

À la suite de la présentation des résultats de l'étude au Centre Départemental de Psychotraumatologie (CDP 45), l'équipe a apporté un éclairage complémentaire sur leur situation actuelle. Ils reconnaissent la nécessité d'améliorer la communication sur les soins proposés et les missions, tout en soulignant les défis auxquels ils sont confrontés en termes de ressources humaines.

Jusqu'à présent, la stratégie de communication du CDP 45 s'est principalement concentrée sur l'environnement intra-hospitalier de l'EPSM du Loiret Georges Daumazon. L'échange a permis une prise de conscience quant à l'importance d'élargir cette communication au-delà de l'établissement. Cependant, l'équipe exprime des préoccupations légitimes concernant leur capacité à gérer une éventuelle augmentation des demandes résultant d'une visibilité accrue, compte-tenu de leurs effectifs limités.

La priorité actuelle du CDP 45, axée sur la prise en charge des patients et la consolidation de leur structure, est compréhensible. Néanmoins, cette situation met en évidence la nécessité d'élaborer une stratégie de communication plus étendue, accompagnée potentiellement d'un renforcement raisonné des ressources humaines. Par ailleurs, il est important de noter que le CDP 45 n'a pas actuellement vocation à proposer des formations continues, orientant les professionnels vers le Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP) de Tours pour ces besoins spécifiques.

Cette situation souligne les défis complexes auxquels sont confrontés les services spécialisés comme le CDP 45, devant équilibrer la qualité des soins, la communication externe et la gestion des ressources, tout en s'intégrant dans un réseau plus large de prise en charge du psychotraumatisme.

4.2 Recommandations

À la lumière de ces résultats et des informations fournies par le CDP d'Orléans, plusieurs recommandations peuvent être formulées :

- a) Développer des programmes de formation continue ciblés sur le TSPT (adaptés aux différents profils professionnels), incluant les critères diagnostiques et les approches thérapeutiques recommandées ; en collaboration avec le Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP) de Tours, comme suggéré par le CDP 45.
- b) Faciliter l'utilisation des ressources existantes sur la plateforme en ligne du CN2R regroupant un ensemble de ressources disponibles (fiches pratiques, vidéos, articles scientifiques, etc.).
- c) Clarifier les procédures d'orientation vers le CDP 45, en fournissant des guidelines claires sur le moment optimal pour l'orientation et les critères d'adressage.
- d) Améliorer la communication sur les soins proposés par le CDP 45, notamment par la diffusion de flyers, de plaquettes d'information, et l'organisation de visites et présentations dans les services.
- e) Mettre à disposition des professionnels des fiches pratiques sur les différents aspects du TSPT (diagnostic, traitement, orientation).
- f) Encourager la collaboration interprofessionnelle, notamment à travers des prises en charge conjointes entre les professionnels de première ligne et le CDP 45.
- g) Organiser des séminaires et des conférences thématiques réguliers, proposés par le CDP 45, pour aborder la gestion des cas complexes et favoriser les échanges interdisciplinaires.
- h) Envisager un renforcement des effectifs du CDP 45 pour permettre une meilleure réponse aux besoins de formation et de communication, en plus de la prise en charge des patients.

Cette enquête constitue une première étape d'analyse approfondie des besoins. Cela peut être complété par la tenue de groupes de travail avec les professionnels pour discuter de leurs difficultés rencontrées au quotidien et coconstruire des solutions, dont en particulier le développement des programmes de formation continue adaptés aux différents profils de professionnels et à leurs niveaux de connaissances (formats, thématiques prioritaires, ...).

Ces recommandations visent à combler les lacunes identifiées et à optimiser l'utilisation des ressources spécialisées disponibles dans le Loiret pour la prise en charge du TSPT. Leur mise en œuvre pourrait significativement améliorer la qualité des soins offerts aux patients souffrant de TSPT dans le département.

4.3 Biais limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, le caractère monocentrique de l'étude limite la généralisation des résultats à d'autres régions. La moitié des participants provient de l'EPSM du Loiret, ce qui peut introduire un biais dans la représentativité des résultats. De plus, l'exclusion volontaire des médecins généralistes, en raison de contraintes logistiques, restreint la portée de l'étude, car ces professionnels jouent souvent un rôle crucial dans le repérage et la prise en charge initiale des patients souffrant de TSPT.

La taille de l'échantillon constitue également une limitation. Avec seulement 23 sur 80 psychiatres et 47 sur 160 psychologues libéraux inclus dans l'étude, les résultats ne permettent pas de tirer des conclusions généralisables sur l'ensemble des professionnels de santé mentale dans le Loiret. De plus, des biais de sélection sont possibles, étant donné que l'échantillon est composé de sujets volontaires, potentiellement plus sensibilisés aux problématiques du TSPT.

L'absence d'analyse multivariée dans la présentation des résultats croisés limite également la profondeur de l'interprétation des interactions entre les différents facteurs étudiés. L'absence de suivi longitudinal limite également l'évaluation de l'évolution des connaissances et des pratiques dans le temps, notamment suite à l'ouverture récente du CDP 45.

Enfin, il existe un potentiel biais de déclaration car il est impossible de vérifier l'authenticité des réponses : aide extérieure d'un tiers, ou d'un support externe (internet, ...).

4.4 Forces de l'étude

L'un des principaux atouts de cette étude réside dans son caractère novateur. En effet, aucune recherche antérieure en France n'a examiné l'état des connaissances sur le TSPT parmi les professionnels de santé mentale. De plus, cette étude constitue la première de ce type dans le département du Loiret, fournissant ainsi des données inédites sur les besoins et l'utilisation des ressources du CDP, qui a ouvert ses portes en 2021. Ce contexte unique permet d'évaluer l'intégration d'une nouvelle structure dans le paysage des soins en santé mentale.

Un autre point fort de l'étude est l'utilisation d'un questionnaire numérique, qui a facilité la collecte des données en permettant un temps de réalisation court. L'échantillon est composé d'une majorité de femmes, ce qui correspond à la tendance actuelle de la féminisation des professions en santé. L'inclusion de divers professionnels de santé mentale, tels que des psychiatres, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux, enrichit également les résultats en offrant une perspective multidisciplinaire sur la problématique du TSPT.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont des implications directes pour la formation continue et l'organisation des soins en psychiatrie dans le Loiret, offrant ainsi des pistes concrètes d'amélioration.

En résumé, bien que cette étude présente des forces significatives, notamment son caractère novateur et sa méthodologie adaptée, elle comporte également des limites qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Ces forces et limites soulignent l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine, afin d'améliorer la formation continue et la prise en charge des patients souffrant de TSPT en France.

Conclusion

Cette étude transversale sur l'état des connaissances, des besoins et des pratiques d'orientation vers le Centre Départemental de Psychotraumatologie (CDP) des professionnels impliqués dans la prise en charge des TSPT dans le Loiret a mis en lumière plusieurs aspects cruciaux de la situation actuelle.

Nos résultats révèlent que, bien que les professionnels de santé mentale et les travailleurs médico-sociaux du Loiret possèdent une connaissance générale du TSPT, des lacunes significatives persistent, particulièrement en ce qui concerne les critères diagnostiques précis et la prise en charge. Ces insuffisances sont particulièrement marquées dans la compréhension de la prise en charge médicamenteuse, notamment l'usage inapproprié des benzodiazépines, ainsi que dans la connaissance des approches psychothérapeutiques fondées sur les preuves.

L'étude a également mis en évidence un besoin prononcé de formation continue, soulignant l'importance de renforcer les compétences des professionnels pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de TSPT. Ce besoin est d'autant plus crucial dans le contexte de la région Centre-Val de Loire, qui présente la plus faible densité de psychiatres en France métropolitaine.

Un autre constat majeur concerne le manque de familiarité avec les procédures d'orientation et le moment optimal pour diriger un patient vers le CDP 45. Cette méconnaissance souligne un besoin urgent d'améliorer la communication et l'éducation des professionnels sur les ressources disponibles pour une prise en charge optimale du TSPT. Les attentes exprimées par les professionnels concernant une prise en charge thérapeutique conjointe révèlent également un besoin de renforcer la collaboration interprofessionnelle et d'assurer une meilleure intégration des services offerts par le CDP 45.

En réponse aux constats établis par cette étude, plusieurs recommandations émergent pour améliorer la prise en charge du TSPT dans le Loiret. Il apparaît crucial de mettre en place des programmes de formation continue ciblés, abordant les aspects les moins bien maîtrisés du TSPT, tels que les critères diagnostiques selon le DSM-5 et la CIM-11, les protocoles de traitement fondés sur des preuves, et les indications précises des différentes approches thérapeutiques. Parallèlement, le renforcement du rôle central du CDP 45 dans la diffusion des connaissances et le soutien aux professionnels du département s'avère essentiel, notamment par l'organisation de séminaires réguliers et la mise à disposition de ressources pédagogiques

spécifiques. L'amélioration de la communication sur les services offerts par le CDP et la clarification des procédures d'orientation permettraient d'optimiser l'utilisation de cette ressource spécialisée. Enfin, encourager et faciliter la collaboration interprofessionnelle, en mettant en place des protocoles de prise en charge conjointe entre les professionnels de première ligne et le CDP, contribuerait à une approche plus intégrée et efficace.

Pour approfondir ces résultats et évaluer l'impact des mesures proposées, de futures recherches pourraient se concentrer sur l'évaluation prospective de l'impact des formations sur la qualité des soins ou encore l'exploration des pratiques d'orientation dans d'autres régions françaises.

En conclusion, bien que cette étude ait mis en lumière des aspects positifs dans la prise en charge des TSPT dans le Loiret, elle a également révélé des zones d'amélioration importantes. Les efforts pour combler ces lacunes, notamment par le biais de formations ciblées et d'une meilleure communication des ressources disponibles, contribueront à optimiser les soins offerts aux patients souffrant de TSPT dans le Loiret et, potentiellement, au-delà.

Références bibliographiques

1. Husky MM, Lépine JP, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey. *J Trauma Stress*. août 2015;28(4):275-82.
2. [plaquette-psycho-trauma-avril-2023.pdf](https://www.epsm-loiret.fr/wp-content/uploads/2023/04/plaquette-psycho-trauma-avril-2023.pdf) [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.epsm-loiret.fr/wp-content/uploads/2023/04/plaquette-psycho-trauma-avril-2023.pdf>
3. Qui sommes-nous ? – Cn2r [Internet]. [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://cn2r.fr/qui-sommes-nous/>
4. Kumar SA, Brand BL, Courtois CA. The need for trauma training: Clinicians' reactions to training on complex trauma. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. nov 2022;14(8):1387-94.
5. Courtois CA, Gold SN. The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2009;1(1):3-23.
6. [download.pdf](https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/127534/download?inline) [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/127534/download?inline>
7. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
8. <https://www.apa.org> [Internet]. [cité 13 août 2024]. American Psychological Association (APA). Disponible sur: <https://www.apa.org>
9. Outil de Codage en CIM-11 Statistiques de mortalité et de morbidité (SMM) [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/fr/release
10. Leroy A, Genon M, Baubet T, Vaiva G. Psychotraumatismes. *EMC - Psychiatr*. juill 2022;38(3):1-17.
11. Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Post-Traumatic Stress Disorder—a Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Dtsch Arztebl Int*. janv 2014;111(5):59-65.
12. McEwen BS, Bowles NP, Gray JD, Hill MN, Hunter RG, Karatsoreos IN, et al. Mechanisms of stress in the brain. *Nat Neurosci*. oct 2015;18(10):1353-63.
13. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological Studies of Posttraumatic Stress Disorder. *Nat Rev Neurosci*. nov 2012;13(11):769-87.
14. Cara G. Stress post-traumatique : Nouvelles pistes pour comprendre la résilience au trauma [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2020 [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/stress-post-traumatique-nouvelles-pistes-pour-comprendre-la-resilience-au-trauma/38240/>
15. Inserm [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
16. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. juill 2006;1071:67-79.
17. Krystal JH, Neumeister A. Noradrenergic and serotonergic mechanisms in the neurobiology of posttraumatic stress disorder and resilience. *Brain Res*. 1 oct 2009;1293:13-23.
18. Simon PYR, Rousseau PF. Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mars 2017;62(3):186-98.
19. Jiang S, Postovit L, Cattaneo A, Binder EB, Aitchison KJ. Epigenetic Modifications in Stress Response Genes Associated With Childhood Trauma. *Front Psychiatry*. 8 nov

2019;10:808.

20. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci.* juin 2009;10(6):446-57.
21. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatology.* 27 oct 2017;8(sup5):1353383.
22. Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al. Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry.* 1 mars 2017;74(3):270-81.
23. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults: (501872017-001) [Internet]. 2017 [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e501872017-001>
24. Marchand A, Boyer R, Nadeau C, Martin M. Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers : volet prospectif.
25. Suliman S, Stein DJ, Seedat S. Clinical and Neuropsychological Predictors of Posttraumatic Stress Disorder. *Medicine (Baltimore).* 7 nov 2014;93(22):e113.
26. Yaşan A, Guzel A, Tamam Y, Ozkan M. Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology.* 2009;42(4):236-41.
27. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* janv 2003;129(1):52-73.
28. Vance MC, Kovachy B, Dong M, Bui E. Peritraumatic distress: A review and synthesis of 15 years of research. *J Clin Psychol.* sept 2018;74(9):1457-84.
29. Feki R, Zouari L, Majdoub Y, Omri S, Gassara I, Smaoui N, et al. Prévalence et facteurs prédicteurs des troubles post-traumatiques chez les accidentés de la voie publique. *Pan Afr Med J.* 26 févr 2024;47:89.
30. Bartone PT, Ursano RJ, Wright KM, Ingraham LH. The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. A prospective study. *J Nerv Ment Dis.* juin 1989;177(6):317-28.
31. Zoellner LA, Foa EB, Brigidi BD. Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *J Trauma Stress.* oct 1999;12(4):689-700.
32. Recommendations | Post-traumatic stress disorder | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2018 [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>
33. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *J Trauma Stress.* août 2019;32(4):475-83.
34. <https://www.apa.org> [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Treatments for PTSD. Disponible sur: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments>
35. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1 févr 2016;43:128-41.
36. Hoskins MD, Bridges J, Sinnerton R, Nakamura A, Underwood JFG, Slater A, et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur J Psychotraumatology.* 12(1):1802920.
37. L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme

- [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
38. Espeleta HC, Peer SO, Are F, Hanson RF. Therapists' Perceived Competence in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Client Outcomes: Findings From a Community-Based Learning Collaborative. *Child Maltreat*. août 2022;27(3):455-65.
 39. Aide psychologique : traitements et thérapies du TSPT - Cn2r [Internet]. 2022 [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/chercher-de-laide/>
 40. Estelle L. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. 2020;
 41. Kasparik B, Saupe LB, Mäkitalo S, Rosner R. Online training for evidence-based child trauma treatment: evaluation of the German language TF-CBT-Web. *Eur J Psychotraumatology*. 13(1):2055890.
 42. Kazlauskas E, Jovarauskaite L, Gelezelyte O. Measuring mental health professionals' trauma care competencies: Psychometric properties of the novel readiness to work with trauma-exposed patients scale. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. sept 2023;15(Suppl 2):S427-35.
 43. Gelezelyte O, Nomeikaite A, Kazlauskas E. Longitudinal changes in mental health professionals' perceived trauma care competencies after participation in a brief online training programme. *Eur J Psychotraumatology*. 14(2):2251779.
 44. Schäfer I, Hopchet M, Vandamme N, Ajdukovic D, El-Hage W, Egretteau L, et al. Trauma and trauma care in Europe. *Eur J Psychotraumatology*. 20 déc 2018;9(1):1556553.
 45. pecoul delphine. IFEMDR. 2015 [cité 8 sept 2024]. Rapport INSERM sur l'EMDR : l'EMDR en France. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/rapport-inserm-sur-lemdr-lemdr-en-france/>
 46. L'association [Internet]. Association EMDR France. [cité 14 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.emdr-france.org/lassociation-emdr-france/presentation/>
 47. Rapport_activite_DIAV_2018-2019.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/Rapport_activite_DI_AV_2018-2019.pdf
 48. Quels sont les acteurs de la prise en charge des victimes de terrorisme ? [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/quels-sont-les-acteurs-de-la-prise-en-charge-des-victimes-de-terrorisme>
 49. El-Hage W, Birmes P, Jehel L, Ferreri F, Benoit M, Vidailhet P, et al. Improving the mental health system for trauma victims in France. *Eur J Psychotraumatology*. 10(1):1617610.
 50. À propos du Centre national de ressources et de résilience [Internet]. 2022 [cité 14 sept 2024]. Disponible sur: <https://cn2r.fr/qui-sommes-nous/>
 51. Cartographie des centres régionaux du psychotraumatisme CRP [Internet]. 2022 [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/localiser-les-structures-de-soin/>
 52. ptsm_loiret_011220.pdf [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm_loiret_011220.pdf
 53. Courtois CA, Gold SN. The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2009;1(1):3-23.

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tableau 2. Diagnostic du TSPT

Tableau 3. Traitements déconseillés pour le traitement du TSPT

Tableau 4 : Psychothérapies fortement recommandées pour traiter les TSPT

Tableau 5. Objectifs des thérapie centrés sur le TSPT

Tableau 6. Synthèse des thèmes récurrents

Tableau 7. Intérêt pour une formation en repérage du TSPT, par profession.

Tableau 8. Intérêt pour une formation sur la prise en charge du TSPT, par profession.

Tableau 9. Intérêt pour une formation sur l'orientation des patients, par profession.

Tableau 10. Synthèse des thèmes récurrents.

Tableau 11. Connaissance et perception des soins proposés par le CDP du Loiret.

Tableau 12. Critères d'orientation du patient vers le CDP.

Tableau 13. Types de patients adressés au CDP 45.

Tableau 14. Difficultés d'adressage des patients vers le CDP.

Liste des figures

Figure 1. Critère temporel concernant le diagnostic de TSPT

Figure 2. Les symptômes du TSPT

Figure 3. Taux de réussite aux questions (9 à 15) portant sur les connaissances du TSPT

Figure 4 : Auto-évaluation du niveau de connaissance

Figure 5. Niveau d'information des professionnels sur le TSPT.

Figure 6. Besoins de formation pour le repérage et prise en charge du TSPT.

Figure 7. Connaissance des soins proposés par le CDP du Loiret.

ANNEXE 1

DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre profession ?

- a) Cadre de santé
- b) Infirmier diplômé d'état
- c) Psychiatre
- d) Psychologue
- e) Médecin généraliste
- f) Autre médecin spécialiste
- g) Stagiaire associé/ interne / FFI
- h) Travailleur social (éducateur, assistance sociale...)
- i) Autre :

2. Quel est votre tranche d'âge ?

- a) 18 - 29 ans
- b) 30 - 39 ans
- c) 40 - 49 ans
- d) 50 - 59 ans
- e) Plus de 60 ans

3. Quel est votre sexe ?

- a) Féminin
- b) Masculin
- c) Indéterminé

4. Dans quel type d'établissement de santé ou organisation exercez-vous ?

- a. Association (AVL, Equalis, LAE, Mission Locale ...)
- b. Cabinet libéral
- c. Centre de douleur
- d. CHU d'Orléans
- e. Clinique privée
- f. CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique)
- g. EPSM du Loiret George Daumazon
- h. UMJ (Unité médico-judiciaire)
- i. Autre :

5. Si vous exercez dans l'EPSM du Loiret, dans quelle filière ? *

- a. Je n'y exerce pas
- b. Filière d'addictologie
- c. Filière ambulatoire adulte (CMP, HDJ)

- d. Filière gérontopsychiatrie
- e. Filière intra crise (Chaslin, Corbaz A et B, Van Gogh)
- f. Filière psychothérapies (PRISM 45)
- g. Filière réhabilitation psychosociale
- h. Filière réinsertion
- i. Filière urgences (CPAU)
- j. Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- k. Pôle de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent

6. Si vous exercez dans un CMP du Loiret, lequel ?

Question à choix multiple dont je n'y exerce pas.

7. Depuis combien d'années êtes-vous diplômés ?

- a. Moins de 5 ans
- b. Entre 5 à 10 ans
- c. Plus de 10 ans

8. Avez-vous déjà eu une formation spécifique en psychotraumatologie ? *

- a. Non
- b. Oui, formation initiale des CUMP
- c. Oui, DU de psychotraumatologie
- d. Oui, DU de victimologie
- e. Oui, formation de psychothérapie spécifique
- f. Autre :

ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES

Les items en vert correspondent aux « bonnes » réponses

9. Pour être diagnostiqué d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), il faut avoir été exposé à un événement traumatique. Cet événement doit répondre à des critères, lesquels sont vrais ?

- a. La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées.
- b. La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel.
- c. La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui.
- d. La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

10. Les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) doivent être présents depuis combien de temps après l'évènement pour que le diagnostic soit posé ?

Au moins 1 semaine

- a. Au moins 2 semaines
- b. Au moins 1 mois
- c. Au moins 6 mois

11. Quels sont les symptômes présents dans le TSPT ?

- a. Reviviscences (souvenirs répétitifs involontaires, envahissants)
- b. Instabilité de l'identité et l'image de soi
- c. Perturbation des émotions (culpabilité, honte, colère, peur, tristesse)
- d. Compulsions (comportements répétitifs)
- e. Évitement des stimuli rappelant le traumatisme
- f. Cauchemars traumatiques

12. Parmi les traitements suivants lequel ou lesquels sont déconseillés pour le traitement du TSPT ?

- a. Antidépresseurs
- b. Neuroleptiques
- c. Benzodiazépines
- d. Hypnotiques non benzodiazépine
- e. Béta bloquants

13. Parmi les psychothérapies suivantes lesquelles sont fortement recommandées par l'OMS (et d'autres organisations internationales) pour traiter les TSPT ?

- a. Thérapie de soutien
- b. EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- c. ECT : électroconvulsivothérapie
- d. TCC : thérapie cognitive et comportementale
- e. Thérapie d'exposition prolongée
- f. Thérapie des processus cognitifs
- g. Psychanalyse

14. Quels peuvent être les objectifs des thérapies centrées sur le traumatisme ?

- a. Expliquer le trouble
- b. Identifier et modifier les pensées irrationnelles
- c. Identifier et éviter les situations évoquant le traumatisme
- d. L'exposition progressif au vécu traumatique
- e. Réguler les émotions
- f. Permettre à la personne d'oublier le traumatisme
- g. Permettre à la personne de reprendre le cours de sa vie

15. Vous rencontrez une patiente victime de violences conjugales présentant un TSPT datant de six mois, toujours en situation de danger, quelle est votre priorité ?

- a. Travailler l'évènement traumatique pour diminuer les symptômes
- b. Travailler la sécurisation avec la patiente
- c. Travailler la gestion des émotions

16. Vous rencontrez une patiente présentant un trouble de la personnalité borderline, sans TSPT actif. L'orientez-vous vers le CRP ?

- a. Oui
- b. Non

17. Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) entre 1 à 10 ?

Question numérotée de 0 (pas de connaissance) à 10 (expert)

18. Avez-vous suffisamment d'informations dans le domaine du TSPT

Concernant le repérage du TSPT	oui	non
Concernant la prise en charge du TSPT	oui	non
Concernant l'orientation des personnes présentant un TSPT	oui	non

19. Quand le diagnostic de TSPT est posé (ou suspicion de TSPT), avez-vous des difficultés dans l'accompagnement ou la prise en charge du patient ? Si oui, lesquelles?

Question à réponse libre : champs textuel qualitatif

ORIENTATION VERS LE CRP DU LOIRET

20. L'orientation du patient vers le CRP se fait ?

- a. à la demande du patient
- b. à la demande des travailleurs sociaux
- c. à la demande de la famille
- d. à la demande de l'équipe soignante

21. Quels critères influencent votre décision d'adresser un patient au CRP ?

- a. La motivation du patient
- b. La présence d'un ou plusieurs traumatismes dans le parcours de vie, TSPT actif ou non
- c. La gravité des symptômes du TSPT
- d. La résistance au traitement de premier niveau
- e. L'incapacité de l'établissement à fournir un traitement complet au patient
- f. Le sentiment de manque de compétences et d'expériences dans le psychotraumatisme
- g. Autre :

22. Quels types de patients adressez-vous habituellement au CRP ?

- a. Je n'ai jamais adressé de patient

- b. Adultes victimes d'évènements traumatiques dans l'enfance
- c. Survivants d'évènements traumatiques multiples récents
- d. Survivants d'un évènement traumatique
- e. Adultes ayant un parcours migratoire traumatique
- f. Autre :

23. Quelles sont vos attentes ?

- a. Un avis diagnostic
- b. Un avis thérapeutique
- c. Une supervision
- d. Une prise en charge thérapeutique conjointe
- e. Un relai intégral de la prise en charge
- f. Aucune
- g. Autre :

24. Par rapport à l'adressage au CRP

- | | |
|--|-----|
| a. Savez-vous qui vous pouvez adresser au CRP ? | OUI |
| NON | |
| b. Savez-vous à quel moment il est préférable d'adresser un patient au CRP ? | OUI |
| NON | |
| c. Savez-vous comment adresser un patient au CRP ? | OUI |
| NON | |

25. Dans quelle mesure connaissez-vous les soins offerts par le CRP du Loiret ?

- a. Très bien
- b. Plutôt bien
- c. Pas très bien
- d. Pas du tout

26. Selon vous, quels sont les soins proposés par le CRP du Loiret ? *

- a. Avis diagnostic
- b. Evaluation des besoins psychothérapeutiques
- c. Une articulation avec les dispositifs spécifiques
- d. Consultations médicales avec si besoin une prise en charge médicamenteuse
- e. Une prise en charge psychologique adaptée

27. Rencontrez-vous des difficultés à adresser des patients vers le CRP, si oui lesquelles ?

Question à réponse libre : champs textuel qualitatif

28. Comment évalueriez-vous la facilité de collaboration et de communication entre vous et le CRP ?

- f. Très satisfaisante
- g. Satisfaisante
- h. Neutre
- i. Insatisfaisante
- j. Très insatisfaisante

29. Etes vous intéressé(e) pour suivre une formation dans le domaine du TSPT ?

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| a. | Concernant le repérage du TSPT | oui | |
| | non | | |
| b. | Concernant la prise en charge du TSPT | oui | non |
| c. | Concernant l'orientation des personnes présentant un TSPT | oui | |
| | non | | |

30. De quoi auriez-vous besoin pour mieux prendre en charge vos patients ?

Question à réponse libre : champs textuel qualitatif

31. Avez-vous des recommandations pour que le CRP puisse mieux accompagner les soignants, thérapeutes et partenaires sociaux prenants en prise en charge des patients souffrants de TSPT ? *Question à réponse libre : champs textuel qualitatif*

Annexe 2 Tableau croisée dynamique en lien avec la question 9

Question 9			
		Nombre de Pour être diagnostiqué d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), il faut avoir été exposé à un	2
Étiquettes de lignes		Nombre de Pour être diagnostiqué d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), il faut avoir été exposé à un	
La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui., La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		3	2,2 %
Psychologue		3	2,2 %
La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		5	3,7 %
Infirmier diplômé d'état		2	1,5 %
Psychologue		3	2,2 %
La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel.		2	1,5 %
Psychiatre		1	0,7 %
Psychologue		1	0,7 %
La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel., La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui.		13	9,7 %
Cadre de santé		2	1,5 %
Infirmier diplômé d'état		2	1,5 %
Psychiatre		4	3,0 %
Psychologue		5	3,7 %
La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel., La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui., La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		57	42,5 %
Cadre de santé		1	0,7 %
Infirmier diplômé d'état		19	14,2 %
Psychiatre		12	9,0 %
Psychologue		16	11,9 %
Stagiaire associé/ interne / FFI		1	0,7 %
Travailleur social (éducateur, assistance sociale...)		8	6,0 %
La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel., La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		9	6,7 %
Autre médecin spécialiste		1	0,7 %
Cadre de santé		2	1,5 %
Psychiatre		1	0,7 %
Psychologue		4	3,0 %
Stagiaire associé/ interne / FFI		1	0,7 %
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées .		3	2,2 %
Cadre de santé		1	0,7 %
Psychiatre		1	0,7 %
Travailleur social (éducateur, assistance sociale...)		1	0,7 %
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées . La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui.		1	0,7 %
Psychiatre		1	0,7 %
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées . La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		1	0,7 %
Psychologue		1	0,7 %
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées . La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel., La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui.		4	3,0 %
Cadre de santé		1	0,7 %
Infirmier diplômé d'état		1	0,7 %
Psychologue		2	1,5 %
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées . La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel., La personne a été témoin de manière directe ou indirecte, à un événement qui a menacé l'intégrité physique d'autrui., La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		34	25,4 %
ASSISTANTE MEDICO-ADMINISTRATIVE		1	0,7 %
Cadre de santé		1	0,7 %
Cheffe de service Structure Hébergement		1	0,7 %
Infirmier diplômé d'état		13	9,7 %
Psychiatre		2	1,5 %
Psychologue		12	9,0 %
Stagiaire associé/ interne / FFI		1	0,7 %
Travailleur social (éducateur, assistance sociale...)		3	2,2 %
La personne a vécu un événement particulièrement stressant, sa vie ou son intégrité ne sont pas menacées . La personne a vécu ou été confrontée à un événement qui a mis sa vie en danger réel., La personne a ressenti, pendant l'événement ou immédiatement après, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.		2	1,5 %
Infirmier diplômé d'état		1	0,7 %
Psychiatre		1	0,7 %
Total général		134	100,0 %

	FAUX	2,20 %
	une réponse fausse avec des vraies	31,30 %
	les 3 réponses vraies	42,50 %
	réponses correctes mais pas coché l'ensemble des réponses correctes	23,80 %

Vu, le Directeur de Thèse :



Pr. Wissam El-Hage

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

PRINTEMPS Louvaine

80 pages – 14 tableaux – 7 figures

Résumé : Introduction. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représente un enjeu majeur de santé publique, affectant significativement la qualité de vie des personnes touchées. La prise en charge efficace de ce trouble repose en grande partie sur les connaissances des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, ainsi que sur leur capacité à orienter les patients vers des structures spécialisées. Des lacunes dans la formation et une méconnaissance des services disponibles peuvent limiter l'accès aux soins appropriés. Un examen récent des soins offerts aux personnes traumatisées en Europe a révélé que de nombreux pays peinent à fournir des soins fondés sur des données probantes et adaptés aux traumatismes. **Objectif.** Cette étude vise à évaluer l'état des connaissances et les besoins des professionnels de santé mentale et des travailleurs sociaux du Loiret impliqués dans la prise en charge des patients atteints de TSPT. Elle cherche également à identifier leurs pratiques d'orientation et leurs attentes vis-à-vis du Centre Départemental du Psychotraumatisme du Loiret (CDP 45).

Méthode. Il s'agit d'une étude descriptive et transversale utilisant une méthodologie mixte, combinant des approches quantitatives et qualitatives. L'enquête cible les professionnels de santé mentale (psychiatres, infirmiers spécialisés, psychologues) et les travailleurs médico-sociaux impliqués dans la gestion du TSPT dans le Loiret. Les données ont été recueillies via un questionnaire en ligne anonyme diffusé entre février et avril 2024. Celui-ci comportait des questions sur les données sociodémographiques, les connaissances du TSPT, les besoins en formation, ainsi que les pratiques d'orientation vers le CDP 45. Les données quantitatives ont été analysées avec Excel, tandis que les réponses qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique. **Résultats.** L'enquête, menée auprès de 134 professionnels de santé mentale et médico-sociaux du Loiret, a mis en évidence des disparités importantes dans les connaissances et la prise en charge du TSPT. Bien que la majorité des répondants soit capable de reconnaître les principaux symptômes du TSPT, seulement 42,5% ont identifié avec précision l'ensemble des critères diagnostiques. Les thérapies recommandées, comme l'EMDR et la TCC, sont bien connues (93,3% et 76,1% respectivement), mais seulement 52,2% des participants savent que l'utilisation des benzodiazépines est déconseillée pour un traitement à long terme. L'auto-évaluation des connaissances montre que 20,9% des professionnels considèrent avoir une compréhension insuffisante du TSPT, tandis que seulement 11,9% se déclarent très bien informés. L'enquête révèle également des besoins significatifs en matière de formation et d'information chez les professionnels de santé mentale et médico-sociaux concernant le TSPT. Près de 45% des répondants estiment ne pas avoir suffisamment d'informations pour repérer les cas de TSPT, et 68,7% se sentent mal préparés pour assurer une prise en charge adéquate. Les principaux besoins exprimés concernent la formation continue, la supervision, une meilleure connaissance des dispositifs de soins existants, ainsi que l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle. De plus, une méconnaissance et une sous-utilisation du CDP 45 ont été observées. Bien que 57,7% des répondants connaissent les critères d'adressage, une majorité significative (71,6%) ignore le moment optimal pour orienter un patient, et la moitié ne connaît pas la procédure à suivre pour ce faire. Les attentes des professionnels envers le CDP 45 sont variées, avec une préférence marquée pour une prise en charge thérapeutique conjointe. **Conclusion.** Cette enquête révèle des disparités importantes dans les connaissances et la prise en charge du TSPT chez les professionnels du Loiret. Bien que les symptômes principaux soient globalement reconnus, des lacunes persistent, notamment concernant les critères diagnostiques et les traitements recommandés. Les besoins en formation continue, l'amélioration des connaissances sur les dispositifs de soins disponibles, ainsi que l'optimisation des procédures d'orientation ont été clairement identifiés. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les ressources éducatives et de communication afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de TSPT dans le département du Loiret.

Mots clés : Trouble de stress post-traumatique (TSPT), Psychotraumatologie, Psychiatrie, CN2R, CDP, Connaissances cliniques, Pratiques d'orientation, Besoins en formation, Loiret, France

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Professeur Wissam EL HAGE

Membres du Jury : Docteur Sophie LAPUJOLADE

Docteur Anne-Sophie MAGIS