N° d'ordre : ANNÉE 2026

Université de Rennes

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Louise DUFFOUR

Née le 14 mai 1997 à Mainvilliers (28)

Repérage des psychotraumatismes : attentes des patients envers le médecin généraliste

Thèse soutenue à Rennes le 24 septembre 2026

devant le jury composé de :

Florian NAUDET
Professeur des Universités – Psychiatrie ; Thérapeutique et Médecine de la douleur ; Addictologie, CHU Rennes / *Président du jury*

Benjamin BASTIAN
Maitre de Conférence Associé – Département de Médecine Générale, Rennes / *Examinateur*

Bérénice DOUAILLER
Praticienne Hospitalière – Psychiatrie, CH Guillaume Régnier, Rennes / *Examinatrice*

Éric MENER
Professeur Associé – Département de Médecine Générale, Rennes / *Directeur de thèse*

Liste des Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers

(au 1er septembre 2025)

NOM Prénom	Sous-section de CNU
AME Patricia	Immunologie
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
ARNAUD Alexis	Chirurgie infantile
AUFFRET Vincent	Cardiologie
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie hépatologie ; addictologie
BATAIL Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie, embryologie, et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BEUCHÉE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUGUEN Guillaume	Gastroenterologie ; hépatologie ; addictologie
BOUVET Renaud	Médecine légale et droit de la santé
BROCHARD Charlène	Physiologie
CASTELLI Joël	Cancérologie ; radiothérapie
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHAPRON Anthony	Médecine générale
COGNE Michel	Immunologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CORVOL Aline	Gériatrie
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DECAUX Olivier	Médecine Interne ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénérologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
EDELINE Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire

GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie, embryologie, et cytogénétique
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
KERBRAT Anne	Neurologie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAUNEY Yoann	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE JEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LESCOAT Alain	Médecine Interne ; addictologie
LEVÊQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MARCHAND Tony	Hématologie ; transfusion
MARTINS Pedro-Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MICHEL Laure	Neurologie
MIGEOT Virginie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MOIRAND Romain	Gastroenterologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
NAUDET Florian	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
NESSELER Nicolas	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
NYANGOH-TIMOH Krystel	Anatomie
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PASQUIER Laurent	Génétique
PEYRONNET Benoit	Urologie
RAVEL Célia-Nadège	Histologie, embryologie, et cytogénétique
REUTER Paul-Georges	Médecine d'urgence
REVEST Matthieu	Maladies Infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie

RIOUX LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes addictologie
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickael	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL Mikaël	Hématologie ; transfusion
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
SOMME Dominique	Gériatrie
SULPICE Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TERZI Nicolas	Médecine Intensive-réanimation
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie hygiène hospitalière
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Phillippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Liste des Praticiens Hospitaliers Universitaires

NOM Prénom	Sous-section de CNU
BESOMBES Juliette	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
KHENE Zine-Eddine	Urologie
REISSIER Sophie	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
ROLLIER Paul	Génétique
TRON Camille	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique ; Addictologie
VADUVA Patricia	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Liste des Maitres de Conférences Universitaires – Praticiens hospitaliers

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel	Médecine générale
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSELMI Amedeo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARTRU Florent	Gastroentérologie Hépatologie ; Addictologie
BELHOMME Nicolas	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillissement ; Addictologie
BOUZILLE Guillaume	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
COGNÉ Mélanie	Médecine physique et de réadaptation
CREFF Gwenaelle	Oto-rhino-laryngologie
DION Ludivine	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie, embryologie, et cytogénétique
FIQUET Laure	Médecine générale
GOUIN Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUEGAN Hélène	Parasitologie et mycologie
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
LE LOUS Maëla	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LEMAÎTRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LEROUX Stéphanie	Pédiatrie
LESOUHAITIER Mathieu	Médecine Intensive-réanimation
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
PALARD Xavier	Biophysique et médecine nucléaire
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
POIZEAU Florence	Dermato - vénéréologie
PRONIER Charlotte	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
RICORDEL Charles	Pneumologie addictologie
ROBERT Guillaume	Médecine palliative
ROBIN Fabien	Anatomie
ROBIN François	Rhumatologie
SCAILTEUX Lucie-Marie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale : pharmacologie clinique ; addictologie

Liste des Maitres de Conférences Associés

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ANDRES Emilie	Médecine générale
BASTIAN Benjamin	Médecine générale
COMMON Harold	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JAMAL Karim	Sciences de la rééducation et de réadaptation
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE DOUARON Pierre	Médecine générale
LE MOINE Gaëtan	Audioprothèse
LEVREL Vincent	Médecine d'urgence
LEBOUVIER Thomas	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri opératoire
MARCUCCI Laetitia	Philosophie
MOUSSOUNI-MARZOLF Fouzia	Informatique
MULTON Lucie	Orthophonie
POTEL Sina	Neurologie
MERDRIGNAC Aude	Chirurgie viscérale et digestive
RIDARD Elsa	Médecine Générale
VABRET Elsa	Néphrologie
VINATIER Marielle	Médecine générale
WALLENHORST Timothée	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MET Nsuni	Sciences Infirmières
WALLET Lucie	Orthophonie

Liste des Professeurs Associés

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ADELINE-DUFLOT Florence	Médecine générale
BERANGER Rémi	Département des formations paramédicales
CHHOR Sidonie	Médecine générale
EVAIN Sarah	Neurologie
FILLATRE Pierre	Médecine intensive-réanimation
CATHELAIN Jean-Baptiste	Médecine générale
LA COMBE Béatrice	Médecine intensive-réanimation
LUCAS Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MENER Éric	Médecine générale
MOREL Vincent	Médecine palliative
PESCHANSKI Nicolas	Médecine d'urgence
SOULAT Louis	Médecine d'urgence
TESSIER Christophe	Orthophonie

Université de Rennes

SCOLARITE SANTE
BUREAU 3EME CYCLE

Imprimé n° 6 - sujet

FACULTÉ DE MEDECINE

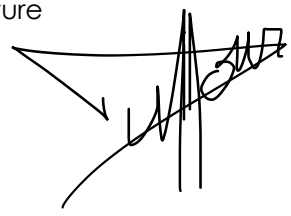
THÈSE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Déclaration sur l'honneur de non plagiat

Je soussignée, Madame Duffour Louise, certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon compte des propos, citations, ou illustrations déjà publiés (susceptibles d'être considérés comme un plagiat, y compris un auto-plagiat).

Rennes, le 11/07/2026

Signature



Remerciements

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Florian Naudet, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur Benjamin Bastian, je vous remercie de prendre part à ce jury. Merci pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale rennais.

À Madame Bérénice Douailler, je te remercie sincèrement d'avoir permis la réalisation de cette étude au CRPB de Rennes et pour l'aide que tu m'as apportée. Merci également de faire partie de mon jury de thèse afin d'y apporter toute ton expertise.

À Monsieur le Professeur Éric Mener, je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci beaucoup pour ta relecture et ton aide avisée à la préparation de cette soutenance.

Aux personnes qui ont participé à ce travail,

Aux Centres régionaux du psychotraumatisme de Bretagne de Rennes et Brest et au Centre Psychotraumatisme de Quimper qui ont rendu ce travail possible.

À tous les patients qui ont répondu au questionnaire, merci de m'avoir accordé un peu de votre temps sur le chemin de la résilience.

À celles et ceux qui ont relu ce manuscrit, Maman, Mathilde, Manon, Thibaud, merci mille fois.

À ma famille,

À mes parents, merci pour votre amour infini et votre soutien indéfectible durant ce long parcours.

À mamie Clown, à **tonton Damien**, Pau et les petits, et à mes grands-parents là-haut.

À mes beaux-parents, **Aline** et **Nicolas**, et à mon frère **Jérôme** ainsi que ta joyeuse petite famille.

Merci à vous pour tous ces moments d'amour et de joie partagés, je vous aime.

À mes amis,

Aux copains de l'externat, Mathilde, Thibaud, Marlène, Mathieu, Théo, Marie et ceux dont les routes se sont séparées de la mienne mais qui ont compté. Merci pour tous les joyeux souvenirs, qu'est ce qu'on a rigolé !

À toutes les belles rencontres de l'internat, de Lorient à Saint-Malo, Ninon, Alex, Sarah, Arthur, Chloé, Manon, Paupau, Anto, Poline, Louis, Jo, Inès, Amélie, Augustine, Laure-Anne, Georget ... Merci d'avoir rendu ces années mémorables.

Aux copains d'avant, **Léo**, **Jeanne** et **Marc** qui sont toujours là, même de loin.

À **Siriane**, merci de m'avoir poussée à m'inscrire à la passerelle un dimanche soir, 30 minutes avant la fermeture des inscriptions, on peut vraiment dire que je suis ici aujourd'hui grâce à toi.

Aux personnes qui m'ont formée,

Aux **MSU** rencontrés au fil des années et m'ayant donné le goût de la médecine générale, Vincent Magdalena, Alice Ado-Chatal, Yves Bertin, Marie Penquerc'h, Laurent Trevoux, Anne Beauchaine, Thomas Guitton, Adeline Jouannin, Frédéric Mas, merci pour votre pédagogie et votre bienveillance.

Et à toutes les autres personnes ayant contribué à ce chemin.

Table des matières

Introduction **12**

Matériels et méthodes **14**

Population de l'étude **14**

Recueil de données **14**

Analyse de données **15**

Aspects réglementaires **15**

Résultats **16**

Description de la population **16**

Âge 16

Genre 16

Situation socio-professionnelle 16

Types d'évènements potentiellement traumatiques vécus 17

Objectif principal **17**

Objectifs secondaires **18**

Discussion **21**

Principaux résultats **21**

Forces de l'étude **21**

Limites de l'étude **21**

Réflexions et comparaisons avec la littérature **22**

Acceptabilité du repérage 22

Facteurs influençant l'abord des psychotraumatismes 22

Modalités du repérage 23

Perspectives **24**

Conclusion **24**

Références bibliographiques **26**

Glossaire **27**

Annexes **28**

Annexe 1 : auto-questionnaire en ligne **28**

Annexe 2 : affiche déposée en salle d'attente **29**

Annexe 3 : avis du comité d'éthique **30**

Table des figures

Figure 1 – Tranche d'âge des participants 16
Figure 2 – Nature des évènements potentiellement traumatiques vécus 17
Figure 3 – Acceptabilité de l'abord des psychotraumatismes par le médecin traitant 17
Figure 4 – Avis sur le rôle de dépistage des psychotraumatismes par le médecin généraliste 18

Table des tableaux

Tableau 1 – Situation socio-professionnelle des participants 16

Introduction

Le DSM-5 définit comme **évènement potentiellement traumatique** l'exposition, directe ou en tant que témoin, à « une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles » (1). L'exposition à un évènement traumatogène au cours de la vie concerne une part considérable de la population, estimée à 70,4 % de la population mondiale et à 30,2 % de la population française (2,3).

Les personnes exposées à ces évènements sont à risque de développer un **Trouble de Stress Post-Traumatique** (TSPT). Il se caractérise par la présence de reviviscences répétitives, de conduites d'évitement, de perturbations des cognitions et de l'humeur et de réactions neurovégétatives intenses (hypervigilance, irritabilité, difficultés de concentration, troubles du sommeil…) (1). Cette exposition augmente également le risque de développer d'autres pathologies psychiatriques comorbides ou indépendantes du TSPT comme les **troubles anxieux**, les **épisodes dépressifs**, les **conduites addictives** ou encore le **risque suicidaire** (3,4). Les patients atteints de TSPT présentent par ailleurs un surrisque de manifestations somatiques telles que le syndrome douloureux chronique, l'hypertension artérielle, les migraines ou encore certaines maladies auto-immunes (diabète de type 1, polyarthrite rhumatoïde, psoriasis…) (5,6).

La prévalence vie-entière du TSPT est estimée à **3,9 % dans la population mondiale** (7). Les études françaises à ce sujet sont rares. Selon l'enquête épidémiologique « Santé mentale en population générale » (SMPG) réalisée en France de 1999 à 2003, la prévalence instantanée du TSPT complet était de 0,7 % et 5,3 % des sujets présentaient des troubles psychotraumatiques sans TSPT (3).

Cependant, le recours aux soins des personnes souffrant de pathologies psychotraumatiques semble **insuffisant**. Selon l'étude SMPG, seules 44 % des personnes présentant des troubles psychotraumatiques au sens large et 55 % des patients présentant un TSPT complet déclaraient avoir consulté un professionnel de santé à ce sujet (3).

Les attentats survenus en France au cours de la dernière décennie ont contribué à une **meilleure reconnaissance** du psychotraumatisme. Cela a conduit à la création du Centre national de ressources et de résilience (Cn2r) ainsi qu'au développement de structures régionales dédiées à sa prise en charge (8). À Rennes, cette offre de soins spécialisée repose notamment sur le **Centre Régional du Psychotraumatisme Bretagne** (CRPB) ainsi que sur la **Cellule d'Urgence Médico-Psychologique** (CUMP) situés au sein du Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Le CRPB, ouvert en 2023, est composé de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'une assistante sociale et d'une chargée de mission. Leurs fonctions sont multiples : le soin, la formation des professionnels du territoire, le recensement des professionnels formés au psychotraumatisme et la recherche.

La Haute Autorité de Santé (HAS) considère la prise en charge des psychotraumatismes comme un **enjeu de santé publique majeur** (9). Le repérage précoce de ces situations améliore la prise en charge de leurs conséquences, tant physiques que psychiques. Dans cette perspective, la HAS a publié en 2020 une note de cadrage en vue de l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques portant

sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge du psychotraumatisme (9). Ces recommandations n'ont pas été publiées à ce jour.

Afin d'aider au repérage de ces situations, le Cn2r a publié récemment un guide à destination des professionnels de santé pour l'identification du TSPT (10). Parmi les outils proposés figurent le Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) et l'International Trauma Questionnaire (ITQ), tous deux validés en langue française et notamment utilisés au CRPB.

Malgré une évolution de la prise en compte du psychotraumatisme, son **repérage en soins primaires** est faible (4). En tant que premier recours du système de santé et interlocuteur privilégié des patients, le médecin généraliste peut pourtant occuper une place stratégique dans ce repérage. Cependant, sa mise en œuvre soulève plusieurs enjeux. L'évocation d'évènements traumatiques peut être perçue comme inconfortable par certains patients (11). Du côté des praticiens, elle suscite parfois la crainte de réactiver une souffrance psychique sans prise en charge adaptée (12). Les données disponibles suggèrent que ce questionnement est **globalement bien accepté** par les patients, bien qu'il puisse majorer transitoirement la détresse émotionnelle, notamment chez les personnes souffrant d'un TSPT (13,14). Ces travaux restent toutefois peu nombreux et principalement nord-américains. Aucune étude française ne semble s'être intéressée à la manière dont ce dépistage en soins primaires est perçu par les patients, alors même que son acceptabilité constitue une condition essentielle à sa mise en œuvre. Dans ce contexte, l'exploration des attentes des patients vis-à-vis du repérage des troubles psychotraumatiques en médecine générale apparaît nécessaire.

L'objectif principal est d'étudier **l'acceptabilité du repérage** des troubles psychotraumatiques par le médecin généraliste du point de vue des patients.
Les objectifs secondaires sont d'identifier les **facteurs influençant** l'abord des souffrances psychotraumatiques en consultation de médecine générale, et d'explorer les **modalités** de repérage jugées les plus favorables par les patients.

Matériels et méthodes

Cette **étude quantitative observationnelle descriptive** a été réalisée de décembre 2025 à août 2026 au sein du CRPB (antennes de Rennes et Brest) et de l'hôpital de jour du Centre Psychotraumatisme de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Quimper.

Population de l'étude

La population cible était les personnes ayant été exposées à un évènement potentiellement traumatique et présentant des troubles psychotraumatiques.

La réalisation de cette étude auprès d'un échantillon issu de la population générale a été initialement envisagée. Toutefois, cette méthodologie n'a pas été retenue pour des raisons éthiques. La population interrogée devait avoir pu bénéficier d'une prise en charge adaptée des éventuels troubles psychotraumatiques avant d'être interrogée à ce propos. Il a donc été choisi d'inclure des patients bénéficiant déjà d'une prise en charge spécialisée dans une structure telle que le CRPB de Rennes et Brest ou le Centre Psychotraumatisme de Quimper.

Les critères d'inclusion étaient : être majeur, avoir été exposé à un évènement potentiellement traumatique et présenter des troubles psychotraumatiques, être suivi par le CRPB ou le Centre Psychotraumatisme de Quimper, accepter de répondre au questionnaire et d'être inclus dans cette étude.

Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé par diffusion d'un auto-questionnaire anonyme à remplir en ligne sur la plateforme sécurisée LimeSurvey (Annexe 1). Aucune donnée identifiante n'a été collectée.

La construction du questionnaire s'est appuyée en partie sur celui utilisé dans la thèse de Morgane Oury, élaboré par un comité scientifique et traitant d'une problématique similaire appliquée aux femmes victimes de violences conjugales (15). Le questionnaire a été adapté à la population cible de notre étude.

Le questionnaire comportait 14 questions dont 11 questions à réponses fermées et 3 questions à réponses ouvertes. Ces questions ouvertes avaient pour but de pouvoir s'exprimer librement sur les modalités susceptibles de faciliter l'abord des psychotraumatismes. La durée de remplissage était courte, environ 5 minutes, pour favoriser le nombre de réponses. Le questionnaire a été relu par les professionnels du CRPB de Rennes avant sa diffusion afin de s'assurer de sa compréhension et de sa faisabilité.

Le questionnaire a été diffusé au moyen d'affiches comportant un QR code permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne sur LimeSurvey (Annexe 2). Ces affiches étaient disposées dans les salles d'attente des différents centres. Initialement mises en place uniquement au CRPB de Rennes, des affiches ont également été diffusées au CRPB de Brest et au Centre Psychotraumatisme de Quimper dans un second temps afin d'augmenter le nombre de réponses.

Les données ont ensuite été exportées sur le logiciel Microsoft Excel™.

Analyse de données

Les analyses statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel™.

Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par thématiques récurrentes, afin de compléter les résultats issus des questions fermées.

Aspects réglementaires

L'étude a été déclarée auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Rennes.

L'étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes le 10/10/2025 (Annexe 3).

Résultats

Le nombre de questionnaires entièrement complétés était de 44 sur un total de 87 QR codes flashés.

Description de la population

Âge

La médiane d'âge des répondants était de 36 ans.

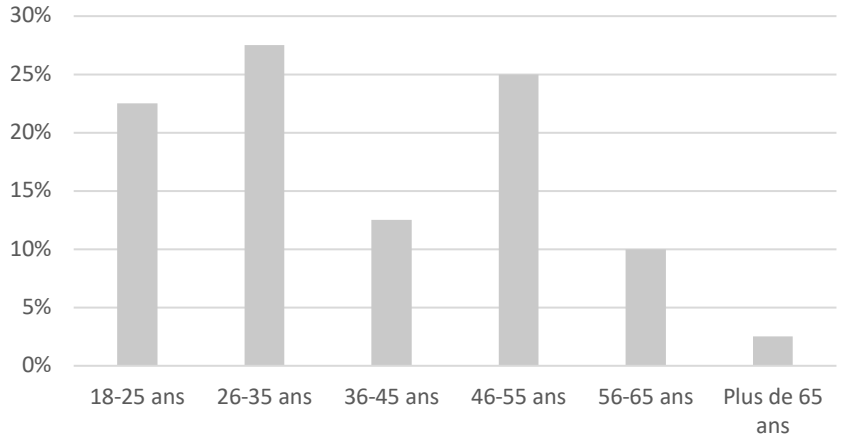


Figure 1 – Tranche d'âge des participants

Genre

Les femmes représentaient 84,1 % des participants.

Situation socio-professionnelle

La situation socio-professionnelle la plus représentée était celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (27,3 %).

Situation socio-professionnelle	Pourcentage de patients (n)
Agriculteur exploitant	0 % (0)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0 % (0)
Cadre, profession intellectuelle supérieure	27,3 % (12)
Profession intermédiaire	2,3 % (1)
Employé	18,2 % (8)
Ouvrier	0 % (0)
Autre catégorie	2,3 % (1)
À la recherche d'emploi	13,6 % (6)
Retraité	4,5 % (2)
En formation	6,8 % (3)
Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité)	20,5 % (9)
Au foyer, sans profession	4,5 % (2)

Tableau 1 – Situation socio-professionnelle des participants

Types d'évènements potentiellement traumatiques vécus

L'évènement potentiellement traumatique le plus fréquemment rapporté était **l'agression sexuelle** (45,5 %).

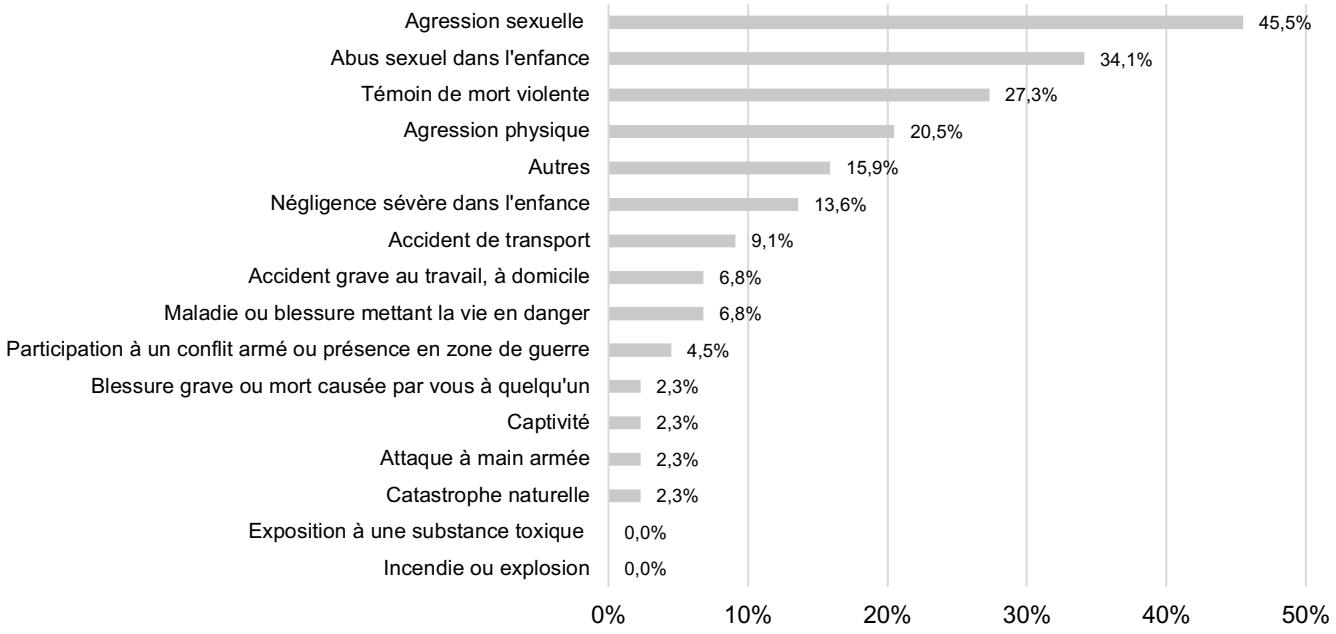


Figure 2 – Nature des évènements potentiellement traumatiques vécus (plusieurs réponses possibles)

Objectif principal

<u>Est-ce que vous auriez ou avez aimé que la question des psychotraumatismes soit abordée par votre médecin traitant ?</u>

Parmi les participants, 80 % ont répondu « oui » ou « plutôt oui » à la question.

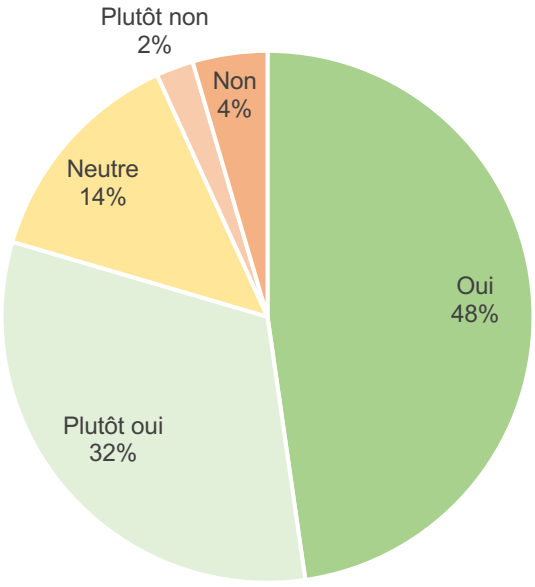


Figure 3 – Acceptabilité de l'abord des psychotraumatismes par le médecin traitant

Pensez-vous que cela fait partie du rôle de dépistage du médecin généraliste d'aborder la question des psychotraumatismes ?

98 % des répondants considéraient que le dépistage des psychotraumatismes fait partie du rôle du médecin généraliste.

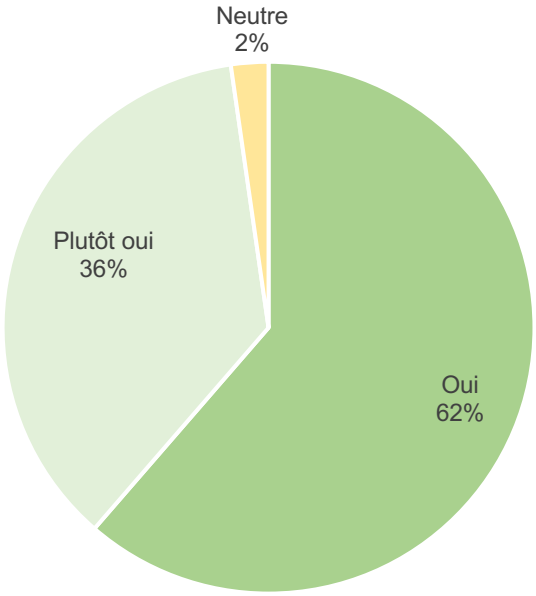


Figure 4 – Avis sur le rôle de dépistage des psychotraumatismes par le médecin généraliste

Objectifs secondaires

Avez-vous déjà parlé des psychotraumatismes que vous avez vécus avec un médecin ?

Parmi les participants,

- 50 % des participants ont abordé d'eux-mêmes les psychotraumatismes avec un médecin ;
- 34,1 % ont été interrogés à ce sujet par un médecin. Parmi ces personnes, 13,3 % n'avaient pas souhaité répondre, soit 4,6 % de l'ensemble des participants ;
- 15,9 % n'en ont jamais parlé avec un médecin.

Parmi les personnes ayant déjà parlé des psychotraumatismes avec un médecin, celui-ci était majoritairement leur médecin traitant (56,8 %).

Est-ce que vous auriez ou avez aimé que la question des psychotraumatismes soit abordée lors de la première consultation avec votre médecin traitant ?

65,9 % des répondants ont répondu « oui » ou « plutôt oui » à cette question concernant spécifiquement la première consultation avec un médecin traitant.

Quelles sont, selon vous, les modalités de consultation avec votre médecin les plus propices à l'abord des psychotraumatismes vécus ? (série de 3 questions ouvertes).

À quel moment de la prise en charge par le médecin traitant (par exemple, après plusieurs consultations ou dès les premières consultations) ?

Parmi les 42 répondants à cette question,

- 52,4 % ont répondu que les premières consultations avec un médecin généraliste étaient les plus favorables à l'abord des psychotraumatismes ;
- 35,7 % préféraient que le sujet soit abordé après plusieurs consultations ;
- 9,5 % ont mis en avant la nécessité d'établir une relation de confiance au préalable. L'un d'eux indiquait : « *sinon la vision des médecins est souvent biaisée : peu importe la pathologie, c'est une réponse psy* » ;
- Une personne (2,4 %) a écrit que le moment opportun était « *dès qu'il constate un changement* ».

En échangeant directement ou via un questionnaire ?

Parmi les 42 répondants à cette question,

- 40,5 % préféraient un échange direct ;
- 35,7 % préféraient un questionnaire ;
- 23,8 % étaient favorables aux deux modalités.

Une personne suggérait l'utilisation de mots masqués ou d'acronymes dans les questionnaires (« *je suis quelqu'un qui réagit au mot viol, donc un questionnaire avec des mots masqués ou des acronymes connus de type VSS »* (violences sexistes et sexuelles)).

Autres modalités vous semblant nécessaires pour favoriser l'échange ?

Les réponses à cette question, après regroupement par thématiques similaires, étaient :

- Une **relation de confiance** avec une écoute bienveillante, **sans jugement,** dans un cadre rassurant (8 personnes – « *poser des questions sans jugement* », « *mise en confiance* », « *un cadre moins formel assis à un bureau* », « *cadre rassurant, médecin à l'écoute*, *non jugeant* »).
- Une **formation des médecins généralistes** aux psychotraumatismes (6 participants – « Formation des médecins, surtout aux VSS »). L'un des participants témoignait d'une amélioration récente dans ce domaine : « *J'ai aussi remarqué une évolution de la considération du psychotraumatisme entre 2019 et 2025 : je suis beaucoup plus écoutée et mieux prise en charge aujourd'hui. En 5 ans les prises de conscience et la reconnaissance de la souffrance semblent plus admises* ».
- Une aide à la **prise de conscience** des troubles psychotraumatiques (2 participants – « *Poser les bonnes questions car la parole n'est pas toujours évidente, certaines personnes n'ayant pas conscience d'avoir un traumatisme* », « *Toutes les personnes concernées n'ont pas conscience d'avoir des psychotraumatismes, une approche par les symptômes me semble pertinente* »).
- Un **temps en consultation suffisant** (3 participants – « *difficile de parler sur un créneau de 15 minutes* »).
- L'abord **par écrit** (2 participants).
- La mise à disposition de **documentations** à ce sujet en salle d'attente ou pendant la consultation (4 participants – « *Petits prospectus simples et explicatifs comme celui fait sur le degré de violence subie* », « *Laisser des prospectus en salle d'attente ou en distribuer aux patients pendant la consultation*. »).

- Une **orientation adaptée** après repérage des psychotraumatismes (3 participants – « *avoir une liste de centres d'écoute ou de prise en charge* », « *proposition d'orientation vers des spécialistes* »).

Votre médecin traitant est-il le même que celui de la personne autrice de vos psychotraumatismes ?

Parmi les répondants, 9,1 % déclaraient avoir le même médecin traitant que la personne à l'origine de leurs troubles psychotraumatiques.

L'échantillon étant insuffisant pour permettre une analyse en sous-groupes, ce résultat n'a pas pu être exploité davantage.

Est-ce que vous auriez ou avez aimé que la question des psychotraumatismes soit abordée par un autre professionnel de santé ?

63,6 % des participants ont répondu « oui » ou « plutôt oui » à cette question.

Les professionnels de santé les plus cités étaient les psychiatres, les psychologues, les gynécologues, les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les médecins de la douleur.

Discussion

Principaux résultats

Ce travail met en évidence la **bonne acceptabilité** des patients présentant des troubles psychotraumatiques concernant leur repérage par le médecin généraliste. La majorité des participants (80 %) étaient favorables à cet abord, tandis que presque tous (98 %) considéraient qu'il relève du **rôle du médecin traitant.**

Si la **relation de confiance**, un **temps de consultation adapté** et une **formation adéquate** des médecins généralistes sont des prérequis fréquemment évoqués pour favoriser l'abord des psychotraumatismes, certaines modalités pratiques comme la **temporalité** et le **moyen** de réaliser ce questionnement apparaissent en revanche **variables d'un patient à l'autre**.

Forces de l'étude

À notre connaissance, **aucune étude française** ne s'est intéressée à l'acceptabilité par les patients de l'abord des troubles psychotraumatiques en consultation de médecine générale, ce qui constitue l'originalité de ce travail.

Les **questions ouvertes** ont par ailleurs permis aux patients de s'exprimer librement sur les facteurs susceptibles d'influencer l'abord des psychotraumatismes, enrichissant ainsi les données quantitatives.

Le recueil dans trois centres spécialisés de la région (Rennes, Quimper et Brest) a permis une diversification géographique des profils inclus, tout en augmentant le nombre de réponses. La distribution par âge et par sexe de notre échantillon est cohérente avec les données du rapport d'activité 2025 du CRPB, ce qui suggère une représentativité satisfaisante de la population source malgré un faible effectif (16). 84,1 % des répondants étaient des femmes, contre 81 % de patientes suivies au CRPB de Rennes en 2025. Le genre féminin est un facteur de risque reconnu de TSPT, en partie du fait d'une probabilité plus élevée d'exposition à certains évènements potentiellement traumatiques tels que le viol ou d'autres formes de violences interpersonnelles, notamment conjugales (1).

Limites de l'étude

Le **faible effectif,** malgré une file active conséquente dans les CRPB (358 patients à Rennes et 150 à Brest en 2025), constitue une limite importante de ce travail. Il n'a notamment pas permis de réaliser d'analyses en sous-groupes avec une puissance suffisante. Ce taux de participation pourrait s'expliquer par la méthode de diffusion du questionnaire via des affiches placées en salles d'attente, probablement peu consultées par les patients. La mise en place des affiches dans les centres de Brest et Quimper dans un second temps a permis de recueillir des réponses supplémentaires.

Il existe un **biais de sélection** lié au critère d'inclusion imposant d'être suivi par un centre spécialisé, prérequis nécessaire d'un point de vue éthique. Les patients inclus étaient donc des personnes déjà engagées dans un parcours de soins spécialisés et donc probablement plus favorables au repérage par le médecin généraliste que ne le serait un échantillon issu de la population générale.

Enfin, la méthodologie par auto-questionnaire expose à un **biais de désirabilité sociale,** c'est-à-dire une tendance à répondre ce qui est jugé comme la réponse attendue.

Réflexions et comparaisons avec la littérature

Acceptabilité du repérage

Dans cette étude, 80 % des participants étaient favorables à l'abord des psychotraumatismes par leur médecin traitant et 98 % considéraient que ce repérage fait partie de son rôle. Cette bonne acceptabilité est **cohérente avec la littérature.** Dans une étude américaine menée en soins primaires, Goldstein et al. rapportaient que 79 % des participants se déclaraient à l'aise pour être interrogés sur des évènements traumatiques de l'enfance et 82 % sur les symptômes de TSPT (13). Cette étude, qui quant à elle s'intéressait spécifiquement aux traumatismes de l'enfance, constitue à notre connaissance la référence la plus proche de notre population et de notre question de recherche.
Nos résultats peuvent également être mis en perspective avec ceux du travail de Morgane Oury, mené en Bretagne, au sujet de l'acceptabilité par les patients du dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste. Les résultats étaient similaires à ceux de notre étude : 79,8 % étaient favorables à cet abord et 91 % considéraient que ce dépistage relevait du rôle du médecin traitant. Ces résultats convergents, bien que s'intéressant à deux problématiques différentes, confortent la place du médecin généraliste comme interlocuteur privilégié face aux sujets les plus sensibles.

Par ailleurs, 63,6 % des participants étaient favorables à ce que la question des psychotraumatismes soit également abordée par d'autres professionnels de santé, notamment les psychiatres, psychologues, gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes et médecins de la douleur. Ce résultat suggère l'importance d'une approche pluriprofessionnelle, le médecin généraliste ayant une place centrale en raison de son rôle de premier recours et de coordination du parcours de soins.

Toutefois, la complexité inhérente au repérage des psychotraumatismes rend sa mise en œuvre difficile en pratique. Une revue systématique de la littérature publiée en 2016 estimait le taux de détection du TSPT en soins primaires entre 0 et 52 % (4). Dans notre étude, seuls 34,1 % des participants avaient été interrogés par un médecin à ce sujet, principalement leur médecin traitant. Parmi les personnes ayant été interrogées par un médecin, seules 13,3 % n'avaient pas souhaité répondre. Ces résultats mettent en évidence l'**écart entre l'acceptabilité des patients et la réalisation effective** de ce repérage par les praticiens.

Facteurs influençant l'abord des psychotraumatismes

Cet écart pourrait s'expliquer notamment par les difficultés identifiées par les médecins généralistes eux-mêmes dans une étude menée dans le Pas-de-Calais en 2022 (17). 76,6 % des médecins interrogés s'estimaient en difficulté dans ce type de prise en charge, notamment en raison d'un **manque de formation**, du **temps de consultation limité**, de la gestion de la **charge émotionnelle** et des difficultés d'**orientation secondaire**. En effet, 77,3 % des participants ne connaissaient pas l'existence de consultations du psychotraumatisme. Cette méconnaissance des filières de soins spécialisées se reflète dans la répartition des adresseurs au CRPB avec 19 % de médecins généralistes selon leur dernier rapport d'activité (16).

Ce constat rejoint les attentes exprimées par les participants de notre étude, pour qui une **formation adéquate** des médecins généralistes, un **temps de consultation suffisant** et une **orientation adaptée** figuraient parmi les facteurs favorisants régulièrement cités. Cela suggère des freins communs liés à des difficultés organisationnelles plutôt qu'à une divergence de perception entre médecins et patients. Au-delà de ces aspects organisationnels, plusieurs patients ont également évoqué des freins plus psychologiques à l'expression de leur vécu traumatique, notamment la **peur d'être jugé** ou de voir tout symptôme systématiquement rattaché à ce vécu. D'autres évoquaient la potentielle difficulté à faire initialement le lien entre les symptômes présents et l'évènement traumatique, soulignant l'importance du rôle du médecin pour poser les questions permettant de faire ce cheminement. Ainsi, les difficultés exprimées par les patients ne semblent pas remettre en cause l'acceptabilité du repérage mais requièrent une attention particulière du praticien. Une personne soulignait néanmoins une **amélioration** perçue de la reconnaissance et de la prise en charge du psychotraumatisme ces dernières années.

Modalités du repérage

Si la HAS s'est positionnée en faveur du dépistage systématique des violences faites aux femmes, **aucune recommandation française** n'existe à ce jour pour le dépistage systématique des psychotraumatismes (18). Une note de cadrage en vue de l'élaboration de recommandations sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques est parue en 2020, sans que celles-ci n'aient encore été publiées (9). Dans l'attente de recommandations françaises orientant les modalités de ce repérage, les préférences exprimées par les patients eux-mêmes peuvent constituer un repère utile pour guider la pratique des médecins généralistes.

Concernant le moment jugé le plus propice pour aborder les psychotraumatismes, la moitié des participants (52,4 %) privilégiait les **premières consultations,** tandis que 35,7 % préféraient attendre **plusieurs consultations**. Enfin, 9,5 % ont spontanément mis en avant la nécessité d'établir une **relation de confiance**, suggérant que ce lien prime sur une temporalité prédéfinie.
L'intégration d'une question sur d'éventuels évènements traumatogènes lors du recueil des antécédents en première consultation avec un médecin généraliste pourrait constituer une porte ouverte à l'abord de la question, permettant aux patients de se saisir directement ou ultérieurement de cet espace de parole. De plus, comme suggéré dans les commentaires libres, la mise à disposition de documentations à ce sujet en salle d'attente peut également indiquer aux patients que le médecin est disponible pour cet échange.

De même, concernant le moyen d'aborder les psychotraumatismes, les préférences étaient **partagées** entre un **échange informel** (40,5 %) et l'utilisation d'un **questionnaire** (35,7 %), sans qu'une modalité ne se démarque nettement.

Cette **diversité des préférences**, en termes de temporalité ou de moyen de réalisation, suggère qu'il n'existe pas de modalité unique adaptée à l'ensemble des patients. Ces résultats soulignent ainsi l'importance d'une **approche individualisée**, compétence centrale du médecin généraliste.

Perspectives

Une étude menée auprès d'une population plus large, incluant également des personnes n'ayant pas engagé de parcours de soins spécialisé, permettrait de limiter le biais de sélection de ce travail et de mieux apprécier l'acceptabilité du repérage en population générale.

Par ailleurs, une étude qualitative reposant sur des entretiens individuels pourrait approfondir les différentes perceptions des patients, notamment en explorant les réticences à ce repérage par le médecin traitant exprimées par certains participants.

Ces résultats pourront être mis en perspective avec les futures recommandations de la HAS sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des psychotraumatismes. Celles-ci pourraient notamment préciser les pratiques à privilégier, tout en laissant une place aux préférences des patients.

Conclusion

Cette étude suggère que les patients présentant des troubles psychotraumatiques sont majoritairement favorables à ce que leur médecin généraliste aborde la question. Ils considèrent que ce repérage relève de ses missions, confortant ainsi la place du médecin généraliste dans l'identification des psychotraumatismes.

Les préférences concernant le moment et la manière d'aborder les psychotraumatismes restent néanmoins hétérogènes, soulignant l'importance d'une démarche individualisée, respectueuse du rythme et des attentes de chaque patient. La relation de confiance, la disponibilité du médecin, sa formation et sa capacité à proposer une orientation adaptée, notamment vers des structures spécialisées telles que les CRPB, apparaissent comme des conditions essentielles à ce repérage.

Imprimé n° 5

Université de Rennes

FACULTE DE MEDECINE

SCOLARITE SANTE
BUREAU 3ÈME CYCLE

NOM et Prénom : DUFFOUR Louise

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : **Repérage des psychotraumatismes : attentes des patients envers le médecin généraliste**

Rennes, le 9 juillet 2026	Rennes, le **8 aout 2026**
Pr Eric MENER - Directeur de thèse	**Président de jury**

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le **- 3 SEP. 2026**

Le Président de l'Université de Rennes
P/ Le Président et par délégation
Le Directeur de la DEVE
Erwan KERVEADOU

D. ALIS

Références bibliographiques

1. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

2. 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. European Journal of Psychotraumatology. 27 oct 2017;8(sup5).

3. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale. 1 déc 2008;34(6):577-83.

4. Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. J Clin Psychol Med Settings. juin 2016;23(2):160-80.

5. Boscarino J. Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies. Annals of the New York Academy of Sciences. 1 janv 2005;1032:141-53.

6. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. Journal of Anxiety Disorders. janv 2013;27(1):33-46.

7. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychol Med. oct 2017;47(13):2260-74.

8. À propos du Centre national de ressources et de résilience [Internet]. 26 mai 2022 [cité 27 juin 2026]. Disponible sur: https://cn2r.fr/qui-sommes-nous/

9. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 août 2024]. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes - Note de cadrage. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage

10. Dossier bonnes pratiques - Identifier un trouble de stress post-traumatique [Internet]. [cité 10 juin 2026]. Disponible sur: https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2025/04/Dossier_identifier_TSPT.pdf

11. van den Berk-Clark C, Gallamore R, Barnes J, Oberle A, Meyer D, Schneider FD. Identifying and overcoming barriers to trauma screening in the primary care setting. Families, Systems, & Health. 2021;39(2):177-87.

12. Tomaz T, Castro-Vale I. Trauma-Informed Care in Primary Health Settings—Which Is Even More Needed in Times of COVID-19. Healthcare. 14 sept 2020;8.

13. Goldstein E, Athale N, Sciolla AF, Catz SL. Patient Preferences for Discussing Childhood Trauma in Primary Care. Perm J. 15 mars 2017;21:16-055.

14. Jaffe AE, DiLillo D, Hoffman L, Haikalis M, Dykstra RE. Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. Clinical Psychology Review. 1 août 2015;40:40-56.

15. Oury M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste étude AVIC-MG dans les départements bretons 22, 35 et 56. [Thèse].

16. Rapport d'activité CRPB Rennes-Brest 2025.

17. Rougegrez L, Rousseau B, Bachschmidt D, Machichi O. Prise en charge du psychotraumatisme en médecine générale : état des lieux dans le Pas-de-Calais et élaboration d'un temps de formation destiné aux professionnels. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2022;180(4):301-6.

18. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 août 2024]. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

Glossaire

DSM-5 = Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth edition

TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique

SMPG = Santé mentale en population générale

Cn2r = Centre national de ressources et de résilience

CRPB = Centre Régional du Psychotraumatisme Bretagne

CUMP = Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

HAS = Haute Autorité de Santé

PCL-5 = Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

ITQ = International Trauma Questionnaire

EPSM = Établissement Public de Santé Mentale

VSS = Violences Sexistes et Sexuelles

Annexes

Annexe 1 : auto-questionnaire en ligne

1. Quel est votre âge ?
.....

2. Êtes-vous ?
Une femme ☐ Un homme ☐ Sans réponse ☐

3. Quel est votre situation socio-professionnelle ?
☐ Agriculteur exploitant
☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
☐ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin …)
☐ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier, technicien …)
☐ Employé
☐ Ouvrier
☐ Autre catégorie
☐ A la recherche d'emploi
☐ Retraité
☐ En formation
☐ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité)
☐ Au foyer, sans profession

4. Quelle est la nature de l'événement potentiellement traumatique vécu ?
☐ Catastrophe naturelle (inondation, tremblement de terre, etc.)
☐ Incendie ou explosion
☐ Accident de transport (voiture, bateau, train, avion, etc.)
☐ Accident grave à domicile, au travail ou pendant des occupations de loisirs
☐ Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)
☐ Agression physique
☐ Attaque à main armée (par une arme à feu, un couteau, une bombe, etc.)
☐ Agression sexuelle (viol, tout acte sexuel par la force ou sous menaces)
☐ Abus sexuel dans l'enfance
☐ Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre
☐ Captivité
☐ Maladie ou blessure mettant la vie en danger
☐ Témoin de mort violente (homicide, suicide, mort subite et accidentelle etc.)
☐ Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un
☐ Négligence sévère dans l'enfance
☐ Autre

5. Avez-vous déjà parlé des psychotraumatismes que vous avez vécu avec un médecin ?
☐ Oui, un médecin vous a déjà demandé si vous aviez subi des psychotraumatismes
☐ Oui, c'est vous-même qui avez abordé la question
☐ Un médecin vous a déjà posé la question mais vous n'avez pas souhaité répondre
☐ Non
☐ Vous ne vous rappelez pas

6. Si oui, quel était ce médecin ?
☐ Votre médecin traitant
☐ Un autre médecin généraliste
☐ Autre spécialité médicale

7. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des psychotraumatismes soit abordée par votre médecin traitant ?
Oui ☐ Plutôt oui ☐ Neutre ☐ Plutôt non ☐ Non ☐

8. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des psychotraumatismes soit abordée lors de la première consultation avec votre médecin traitant ?
Oui ☐ Plutôt oui ☐ Neutre ☐ Plutôt non ☐ Non ☐

9. Quelles sont, selon vous, les modalités de consultation avec votre médecin les plus propices à l'abord des psychotraumatismes vécus ?
- À quel moment de la prise en charge par le médecin traitant (par exemple, après plusieurs consultations ou dès les premières consultations ?) ……. (saisie libre)
- En échangeant directement ou via un questionnaire ? ……. *(saisie libre)*
- Autres modalités vous semblant nécessaires pour favoriser l'échange au sujet des psychotraumatismes ……. *(saisie libre)*

10. Est-ce que vous auriez (avez) aimé que la question des psychotraumatismes soit abordée par un autre professionnel de santé ?
Oui ☐ Plutôt oui ☐ Neutre ☐ Plutôt non ☐ Non ☐
Si oui, lequel ……

11. Votre médecin traitant est-il le même que celui de la personne autrice de vos psychotraumatismes ?
Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

12. Pensez-vous que cela fait partie du rôle de dépistage du médecin généraliste d'aborder la question des psychotraumatismes ?
Oui ☐ Plutôt oui ☐ Neutre ☐ Plutôt non ☐ Non ☐

Annexe 2 : affiche déposée en salle d'attente

Centre régional du psychotraumatisme Bretagne

CHU Rennes

A l'attention des patients du CRPB

Questionnaire de thèse
Dépistage des psychotraumatismes par le médecin traitant : ressenti des patients

Actuellement interne en Médecine Générale à l'Université de Rennes, je réalise, sous la supervision du Pr Mener, un travail de recherche s'intéressant à la prise en charge des psychotraumatismes par le médecin traitant.
Nous cherchons à identifier quelles sont les attentes des personnes victimes de psychotraumatismes vis-à-vis des médecins généralistes concernant les psychotraumatismes, afin d'améliorer nos pratiques.
Pour cela, nous vous invitons à répondre anonymement au questionnaire en ligne (durée <5min) en flashant le QR-code ci-dessous :

Merci d'avance pour votre précieuse participation,

Louise Duffour, interne en médecine générale à Rennes
Pr Eric Mener, département de médecine générale, Faculté de Rennes, directeur de thèse

Annexe 3 : avis du comité d'éthique



COMITE D'ETHIQUE DU CHU

Dr Vincent MOREL
Praticien Hospitalier
☏ 02 99 87 35 53
Fax 02 99 87 35 54
comite.ethique@chu-rennes.fr

Docteur Louise DUFFOUR
Interne en médecine générale

Avis n° 25.152

Rennes, le 10/10/25

Chère Consœur,

Après étude du projet de recherche

« Dépistage des psychotraumatismes par le médecin traitant : ressenti des patients »

Le comité d'éthique du CHU de Rennes estime que ce projet de recherche ne contrevient pas à l'éthique médicale.

Cet avis du comité d'éthique a été émis à l'unanimité de ses membres présents.

En vous souhaitant bonne réception.

Veuillez agréer, Chère Consœur, l'expression de ma considération la meilleure.

Pour le comité d'éthique
Vincent MOREL

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES	N°

DUFFOUR, Louise. - Repérage des psychotraumatismes : attentes des patients envers le médecin généraliste.

Thèse : Médecine ; Université de Rennes : 2026

Introduction : Les troubles psychotraumatiques sont fréquents, mais restent insuffisamment repérés en soins primaires. Le médecin généraliste peut occuper une place privilégiée dans leur identification, sous réserve que cet abord soit accepté par les patients. L'objectif est d'étudier l'acceptabilité du repérage des troubles psychotraumatiques en consultation de médecine générale du point de vue des patients et d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser cet abord.
Méthode : Étude quantitative descriptive menée par auto-questionnaire auprès de patients suivis dans trois centres du psychotraumatisme (Rennes, Quimper, Brest) de décembre 2025 à août 2026.
Résultats : 44 questionnaires ont été analysés. Parmi les participants, 80 % étaient favorables à l'abord par le médecin traitant et 98 % estimaient que ce repérage relevait de son rôle. La relation de confiance, la formation du médecin et un temps de consultation adapté étaient les principaux facteurs facilitants. Les préférences concernant le moment et la manière d'aborder le sujet étaient cependant hétérogènes.
Conclusion : La bonne acceptabilité observée contraste avec la faible proportion de patients interrogés sur leurs psychotraumatismes. La diversité des préférences souligne l'importance d'une approche individualisée, respectueuse du rythme et des attentes de chaque patient. Ces résultats confortent la place du médecin généraliste dans ce repérage.

Introduction : Psychotraumatic disorders are common, but remain under-recognised in primary care. General practitioners can play a key role in identifying them, provided that this approach is accepted by patients. The aim is to investigate the acceptability of screening for psychotraumatic disorders in general practice consultations and to identify factors likely to facilitate this approach.
Method : A descriptive quantitative study conducted using a self-administered questionnaire among patients attending three psychotraumatic centers (Rennes, Quimper, Brest) from December 2025 to August 2026.
Results : 44 questionnaires were analysed. Among the participants, 80 % were in favour of the GP raising the issue, and 98 per cent believed that such screening was part of the GP's role. The relationship of trust, the GP's training and an appropriate consultation time were the main facilitating factors. However, preferences regarding when and how to raise the subject varied considerably.
Conclusion : The high level of acceptability observed contrasts with the low proportion of patients who were asked about their psychological trauma. The diversity of preferences highlights the importance of an individualised approach that respects each patient's pace and expectations. These results reinforce the role of the general practitioner in this screening process.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés français : Traumatisme psychologique, troubles de stress post-traumatique, médecine générale

Mots-clés anglais : Psychological Trauma, stress disorders, post-traumatic, general practice

JURY :	Président :	Monsieur le Professeur Florian Naudet
	Assesseurs :	Monsieur le Professeur Associé Éric Mener, directeur de thèse
		Monsieur le Docteur Benjamin Bastian
		Madame la Docteure Bérénice Douailler