

# PLAN

<b>I- <u>Introduction</u></b>	p 06
<b>II- <u>Méthode</u></b>	p 10
A- <u>Objectifs</u>	p 11
B- <u>Sujets</u>	p 11
1- Critères d'inclusion et déroulement de l'étude	p 11
2- Critères de non-inclusion	p 12
C- <u>Procédures</u>	p 12
1- Etude de la prévalence de l'ESPT	p 12
2- Autres critères étudiés	p 14
a- Circonstances de l'accident	p 14
b- Niveau socio-économique	p 15
c- Situation familiale	p 15
d- Antécédents personnels	p 15
e- Consommation de produits toxiques	p 15
<b>III- <u>Résultats</u></b>	p 16
A- <u>Données sur la population étudiée</u>	p 17
1- données socio-démographiques	p 17
2- Sexe et âge	p 18
3- Antécédents personnels	p 20
B- <u>Données sur les circonstances de l'accident</u>	p 20

C- <u>Analyse statistique</u>	p 21
1- Prévalence de L'ESPT complet et partiel	p 21
2- Prévalence de l'exposition à un accident de la voie publique	p 23
3- Analyse des facteurs de risque	p 23
3-1- Facteurs de risque de développer un ESPT complet	p 23
a- L'âge et le sexe	p 24
b- Le niveau socio-économique	p 24
c- Situation familiale	p 25
d- Consommation d'alcool	p 26
e- Consommation de drogue	p 27
f- Circonstances de l'accidents	p 27
• Exposition à des blessures d'autrui	p 27
• Blessures personnelles	p 28
• Exposition à la mort d'autrui	p 28
• Patients indemnes	p 29
• Position dans le véhicule	p 29
• Modes de transport	p 30
g- Antécédents personnels	p 32
• Syndrome dépressif	p 32
• Antécédent de maltraitance	p 32
3-2- Facteurs de risque de développer un ESPT (complet et partiel)	p 32
a- L'âge et le sexe	p 33
b- Le niveau socio-économique	p 34
c- Situation familiale	p 35
d- Consommation d'alcool	p 36

e- Consommation de drogue	p 36
f- Circonstances de l'accidents	p 37
• Exposition à des blessures d'autrui	p 37
• Blessures personnelles	p 37
• Exposition à la mort d'autrui	p 38
• Patients indemnes	p 38
• Position dans le véhicule	p 38
• Modes de transport	p 40
g- Antécédents personnels	p 41
• Syndrome dépressif	p 41
• Antécédent de maltraitance	p 41
<b>IV- <u>Discussion</u></b>	p 42
A- <u>Résultats principaux et implications majeures</u>	p 43
1- Prévalence de l'ESPT et évolution	p 43
2- Facteurs de risque	p 46
a- Le sexe	p 48
b- La confrontation	p 49
c- Exposition à des blessures personnelles ou d'autrui et à la mort d'autrui	p50
B- <u>Biais principaux</u>	p 50
<b>V- <u>Conclusion</u></b>	p 53
<b>VI- <u>Bibliographie</u></b>	p 57



# I- INTRODUCTION

L'état de stress post traumatique (ESPT) se caractérise par l'apparition d'un ensemble de signes psychologiques suite à l'exposition d'un patient à un traumatisme psychique ressenti comme tel.

Plusieurs notions sont importantes dans l'ESPT, premièrement le stress, qui est un modèle de psyché tant qu'il ne fait pas effraction dans celle-ci. Si il y a effraction, on passe alors d'un état de stress adapté à un état de stress dépassé.

Deuxièmement, il y a la notion d'effroi. Le sujet est confronté de façon brutale et inattendue à sa propre mort entraînant un effondrement du sentiment d'invulnérabilité, «pas plus que le soleil, la mort ne peut se regarder en face» François Lebigot (psychiatre aux invalides).

Le diagnostic lui-même repose sur trois éléments, la reviviscence traumatique avec souvenirs intrusifs, l'évitement de tous les indices qui rappellent ou symbolisent le traumatisme, et l'hyper éveil.

Cette notion d'ESPT est décrite depuis l'antiquité sous diverses appellations, en 400 avant JC, Hippocrate le décrit dans le «traité des songes» où il évoque les «cauchemars des guerriers».

Puis au cours de l'Histoire, A. Paré écrit sur les hallucinations de Charles IX suite à la Saint Barthélémy, Napoléon quant à lui relate le «Vent des Boulets».

Plus récemment , les premiers grands travaux portant sur la névrose de guerre ont été développés par Oppenheim, Kraepelin et Charcot.

Au niveau des référentiels, la notion de «gross stress reaction» à été intégrée au DSM I en 1952, puis disparaît en 1968. Pour le retrouver dans le DSM III il faudra attendre 1980 et sa version actuelle est développé dans le DSM IV en 1987.

Récemment les études se sont multipliées, portant sur les victimes d'attentats, la guerre du Viet Nam, les catastrophes naturelles ou accidentelles, les victimes de tortures...

En tenant compte de notre environnement immédiat, la source d'ESPT la plus fréquente est

l'accident de la voie publique.

Un accident corporel, mortel ou non mortel, provoque au moins une victime, survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique au moins un véhicule. Parmi les individus impliqués, on distingue les sujets indemnes (personnes non décédées et ne nécessitant aucun soin médical), les victimes non indemnes se définissent par les personnes blessées et les personnes tuées.

Malgré une diminution significative des AVP depuis 2002 ( baisse de 29,3%) selon les données de l'observatoire national de la sécurité routière {41}, leur nombre reste conséquent. En effet en 2008 en France métropolitaine et DOM, 76767 accidents corporels ont été recensés. 4443 personnes ont été tuées lors de ces accidents, 96905 ont été blessées (dont 36179 ont été hospitalisés). Lors de l'analyse de ces données, il est montré que le mode de transport le plus dangereux est le deux roues, moto en tête.

La catégorie d'âge la plus touchée est la tranche 25-44ans. Les quatre infractions principales à l'origine des accidents sont l'abus d'alcool, les excès de vitesse, le non port de la ceinture de sécurité et la distraction ( téléphone portable...).

Lors de ces accidents, la prise en charge médicale est conduite par le SAMU et aux urgences où la priorité est de maintenir le patient en vie. Le bilan physique est donc logiquement mené en premier, mais qu'en est-il du bilan psychologique. Le stress psychique est théoriquement évoqué dans le certificat initial, mais en pratique celui-ci n'est qu'exceptionnellement recherché. Il est pourtant connu que l'ESPT est d'autant plus fréquent que le traumatisme n'est ni nommé, ni reconnu {23}.

D'autres part les victimes indemnes, les témoins et les personnes proches des victimes ne sont pas reçus de façon immédiate par un médecin, leur traumatisme psychologique est souvent méconnu. Il en résulte une sous évaluation de l'impact psychologique lié au traumatisme.

Le but de l'étude à suivre est de mettre en avant la réalité de l'ESPT post accident de la voie



publique (AVP) dans notre environnement immédiat, le cabinet de médecine générale.

Les données liées aux AVP recensées par l'observatoire national de la sécurité routière, qui ont pour but d'améliorer la sécurité routière, sont précises et renouvelées chaque année. Au niveau du retentissement psychologique aucune base de donnée nationale n'a été mise en place.

Des études ont été menées dont une similaire à celle ci par le Dr Sophie KRIEF en 2007<sup>{40}</sup>. Lors de cette étude avait été retrouvé une prévalence d'ESPT de 6,8% sur la population consultant un cabinet de médecine générale du Val d'Oise (Ermont).

La mission du médecin généraliste est de s'occuper de l'être humain dans sa globalité, tout au long de sa vie. La connaissance d'un événement traumatique important au cours de la vie de son patient est capitale.

Pour un meilleur dépistage de l'ESPT, il faut améliorer nos connaissances le concernant.

Lors de cette étude seront étudiés les facteurs de risques et les comorbidités, permettant d'améliorer le dépistage et le suivi de ces comorbidités.

## II- METHODE

## A- Objectifs

Cette thèse est une étude descriptive portant sur mille sujets.

Le nombre de 1000 sujets a été choisi en se basant sur une étude antérieure {40} dans le but de retrouver un nombre suffisant de patients ayant souffert d'un ESPT.

Le but de ce travail est:

- d'évaluer la prévalence de syndrome de stress post-traumatique au sein d'une population consultant dans un cabinet de médecine générale,
- d'ouvrir des pistes sur de possibles facteurs de risque ou sur des facteurs de protection.

L'évènement traumatisant choisi est l'accident de la voie publique.

## B- Sujets

### 1- Critères d'inclusion et déroulement de l'étude

Mille patients ayant consulté dans un cabinet de médecine générale à Menucourt (ville du Val d'Oise) ont été inclus dans cette étude. Tous ces patients y ont un dossier médical informatisé. Ce cabinet comprend cinq médecins généralistes, deux hommes et trois femmes, associés qui y travaillent de façon permanente ainsi que plusieurs remplaçants. Il s'agit d'un cabinet situé en zone semi-rurale. Deux secrétaires sont à l'accueil.

Tous les patients volontaires suivis au cabinet consultant les lundi, mercredi et vendredi, ayant plus de 15 ans et n'ayant pas de déficit des fonctions supérieures ont été interrogés . Les patients avaient pour la plupart pris rendez-vous avec un des médecin du cabinet. Ils pouvaient venir consulter pour eux mêmes ou encore accompagner une tierce personne.

Le recueil des données s'est déroulé de décembre 2009 à mars 2010.

Chaque patient interrogé a reçu une explication claire et précise sur le but de ce travail et sur les modalités de recueil des informations. Les dossiers ont été de numérotés de façon à respecter l'anonymat des sujets ayant participé à l'étude.

## 2- Critères de non-inclusion

Ne sont pas inclus dans cette étude:

- les sujets âgés de moins de 15 ans,
- les personnes de «passage» ne faisant pas partie de la clientèle du cabinet, c'est à dire n'étant pas enregistrées dans le dossier informatique,
- les patients ayant des troubles des fonctions supérieures.

## C- Procédures

### 1- Etude de la prévalence de l'ESPT

Les critères choisis pour repérer les sujets présentant un syndrome de stress post traumatique sont ceux du DSM IV (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1994).

Les sujets doivent avoir vécu une expérience traumatisante qui a donné lieu à un éprouvé de peur intense, d'horreur ou d'impuissance (critère A). Ces patients doivent présenter au moins un

symptôme de rappel du traumatisme (critère B), au moins trois symptômes d'évitement (critère C), et au moins deux symptômes de surexcitation (critère D). Ces symptômes doivent être présents pendant au minimum un mois (critère E) et sont responsables d'un retentissement ou d'une détresse sur le plan social, professionnel ou dans un autre domaine de vie important (critère F). (Cf. annexe 1).

Un sub-syndrome a également été pris en considération: le syndrome de stress post-traumatique partiel. Ce syndrome concerne les sujets ne présentant pas l'ensemble des critères requis pour être diagnostiqué ESPT, mais ayant pourtant des symptômes induisant une certaine souffrance qui ne doit pas être négligée. Concernant ce syndrome partiel, il existe plusieurs définitions. Pour cette étude nous retiendrons celle utilisée par Naomi Breslau {16}. Elle requiert au moins un symptôme de chacun des critères B,C et D de l'ESPT (rappel, évitement et surexcitation). Ces symptômes doivent avoir une durée d'au moins un mois.

En pratique deux questions ont été posées à chaque patient interrogé:

-Ont-ils déjà été exposés, témoins, ou confrontés à un accident de la circulation ayant impliqué la mort, des blessures ou la menace de l'intégrité physique d'eux même ou d'autrui?

-Face à cette situation , ont-ils ressenti une peur intense, de l'horreur, de la détresse ou de l'impuissance?

Dans le cas de personnes ayant subi plusieurs accidents de la route, ces dernières ont choisi l'évènement qui leur a semblé le plus marquant.

Les patients répondant positivement à ces deux questions ont été soumis au questionnaire issu du DSM IV.

212 sujets sur mille interrogés ont ainsi participé à l'étude.

A partir de leurs réponses, ces individus ont été répartis en trois groupes:

- ceux ayant tous les critères diagnostiques de l'ESPT complet,
- ceux ayant les critères de l'ESPT partiel,
- ceux indemnes ou n'entrant pas dans cette classification.

Les noms, prénoms et âges des autres sujets (788 sur mille) ont été relevés pour l'étude de prévalence.

## 2- Autres critères étudiés

Outre le questionnaire issu du DSM IV utilisé pour dépister les patients ayant souffert d'un ESPT complet ou partiel, d'autres variables ont été étudiées dans le but d'établir une liste de facteurs de risques ou protecteurs ainsi que des co-morbidités associées.

### a- circonstances de l'accident

Les sujets ont été interrogés sur les circonstances de l'accident. Ils ont précisé la date, le lieu (autoroute, route de campagne...), l'heure (jour ou nuit), les conditions météorologiques. De plus ils ont décrit le type de véhicule impliqué, leur positions (conducteur, passager, ou ni l'un ni l'autre s'ils étaient témoins ou confrontés). Pour les sujets conducteurs, il a été précisé si il y avait des passagers. Le nombre de morts ou de blessés a été dénombré, et le type de blessures a été noté.

### b-Niveau socio-économique

Les patients ont été interrogés sur le niveau socio-économique au moment de l'accident. Le référentiel utilisé pour classer les patients est celui de l'INSEE (cf annexe 2): agriculteurs (A), artisans, commerçants et chefs d'entreprises (AC), cadres ou classés dans une profession intellectuelle supérieure ( C ), professions intermédiaires (PI), employés (E), ouvriers (O), retraités ( R ) et inactifs (I).

### c-Situation familiale

Chaque patient est interrogé sur sa vie familiale au moment du traumatisme: marié (M), divorcé (D), célibataire ( C ), vivant en concubinage (Co), ou veuf (V). Le nombre d'enfant a également été noté.

### d- Antécédents personnels

Chaque sujet a précisé s'il avait déjà subi un traumatisme antérieur à l'accident de la route ou de la maltraitance physique ou morale durant son enfance. La notion de traumatisme a été interprétée de manière personnelle par le patient.

L'étude s'est également intéressée aux antécédents personnels de syndrome dépressif diagnostiqué par un médecin.

### e- Consommation de produits toxiques

Quelle est la consommation déclarée d'alcool ou de drogue des patients participant à l'enquête?

## III- RESULTATS

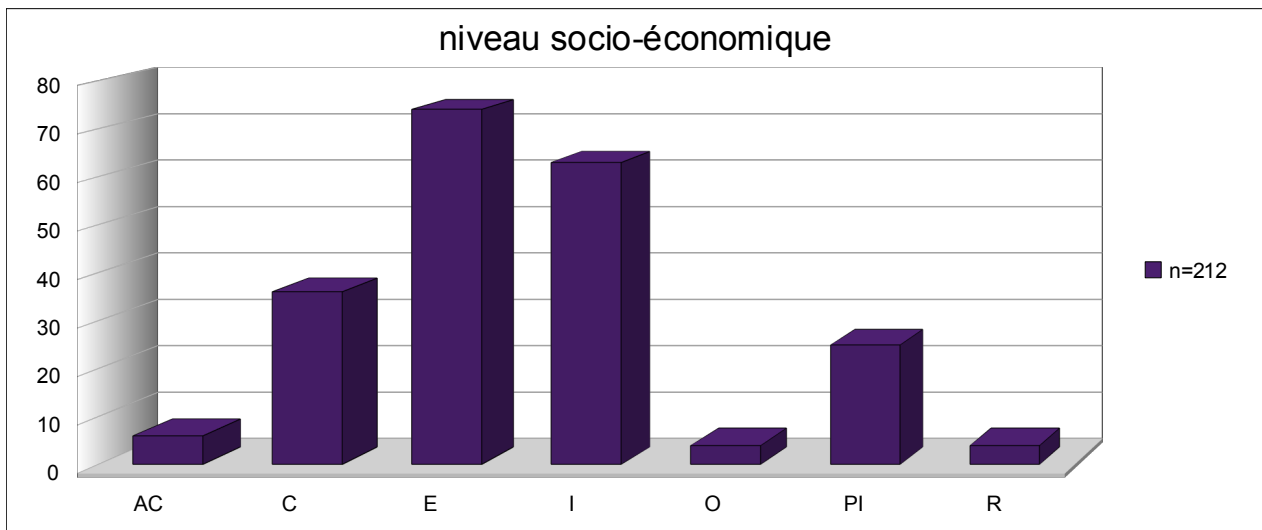


## A- Données générales sur la population étudiée

### 1- Données socio-démographiques

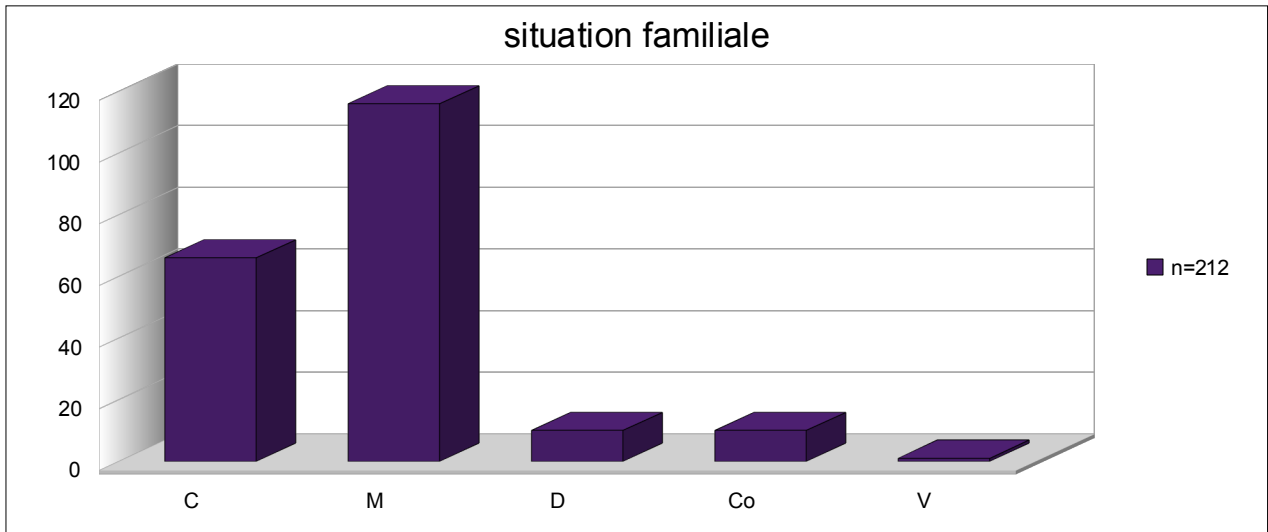
Au sein de la population étudiée, les deux catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les employés ( 34,9%) et les inactifs (29,7%). Il n'y a pas d'agriculteurs. { Schéma 1 }

Les patients interrogés sont pour la plupart mariés (54,7%) ou célibataires (31,1%). {Schéma 2}



**Schéma 1: catégories socio-professionnelles.**

*AC: artisans, commerçants ou chefs d'entreprise; C: cadres ou professions intellectuelles supérieures; E: employés; I: inactifs; O: ouvriers; PI: professions intermédiaires; R: retraités.*



**Schéma 2: situation familiale**

*C: célibataire; M: marié; D: divorcé; Co: vit en concubinage; V: veuf.*

Pour la suite de l'étude, les catégories socio-professionnelles ont été regroupées en « actifs » comprenant les personnes ayant un emploi, et en « inactifs » comprenant les retraités, les personnes à la recherche d'un emploi et les étudiants.

Il en a été de même pour la situation familiale, les sujets ont été répartis en deux groupes:

- un groupe « marié » incluant les sujets mariés et vivant en concubinage,
- un groupe « célibataire » incluant les célibataires, les sujets divorcés et les veufs ou veuves.

**2- Sexe et âge**

L'échantillon final comprend 586 femmes et 414 hommes. Les patients sont âgés de 15 à 89 ans.

{Schéma 3}

Sur les 212 patients ayant rempli le questionnaire, on trouve 126 femmes et 86 hommes, âgés de 15 à 71 ans. Leur âge moyen est de 40,83 ans. {Schéma 4}

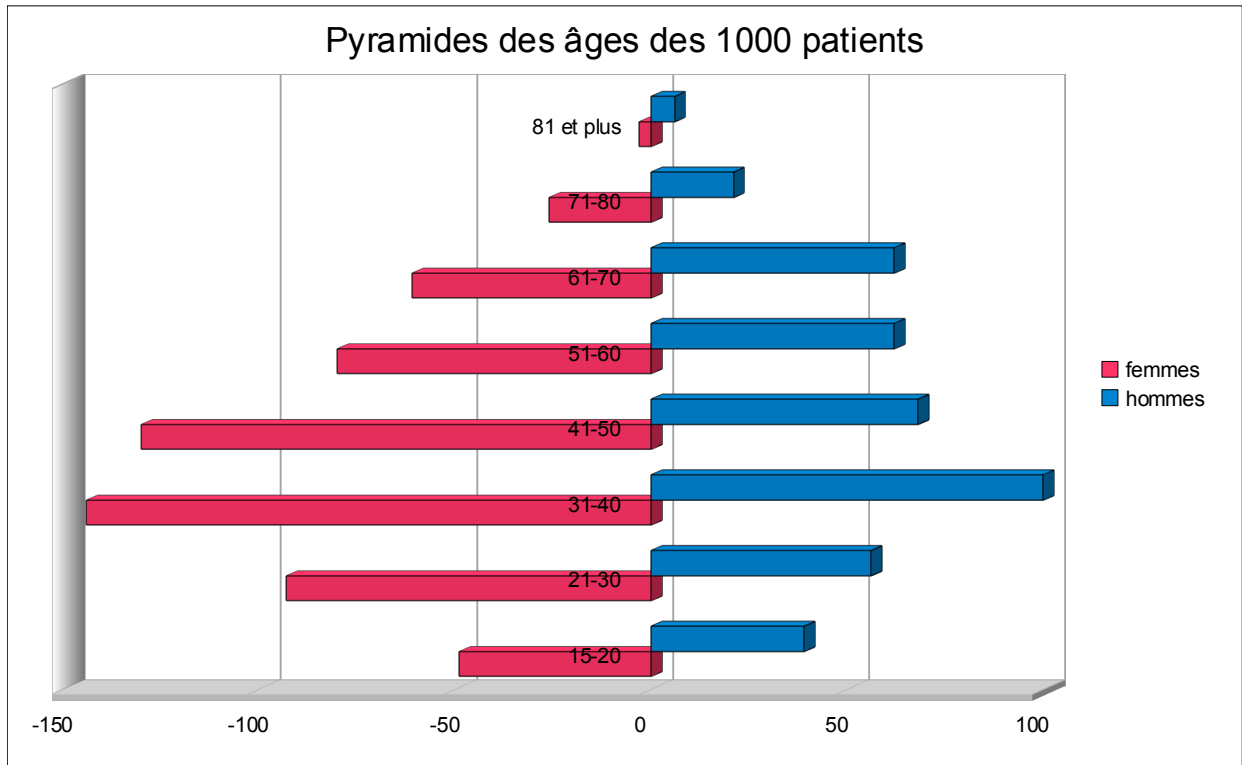


Schéma 3

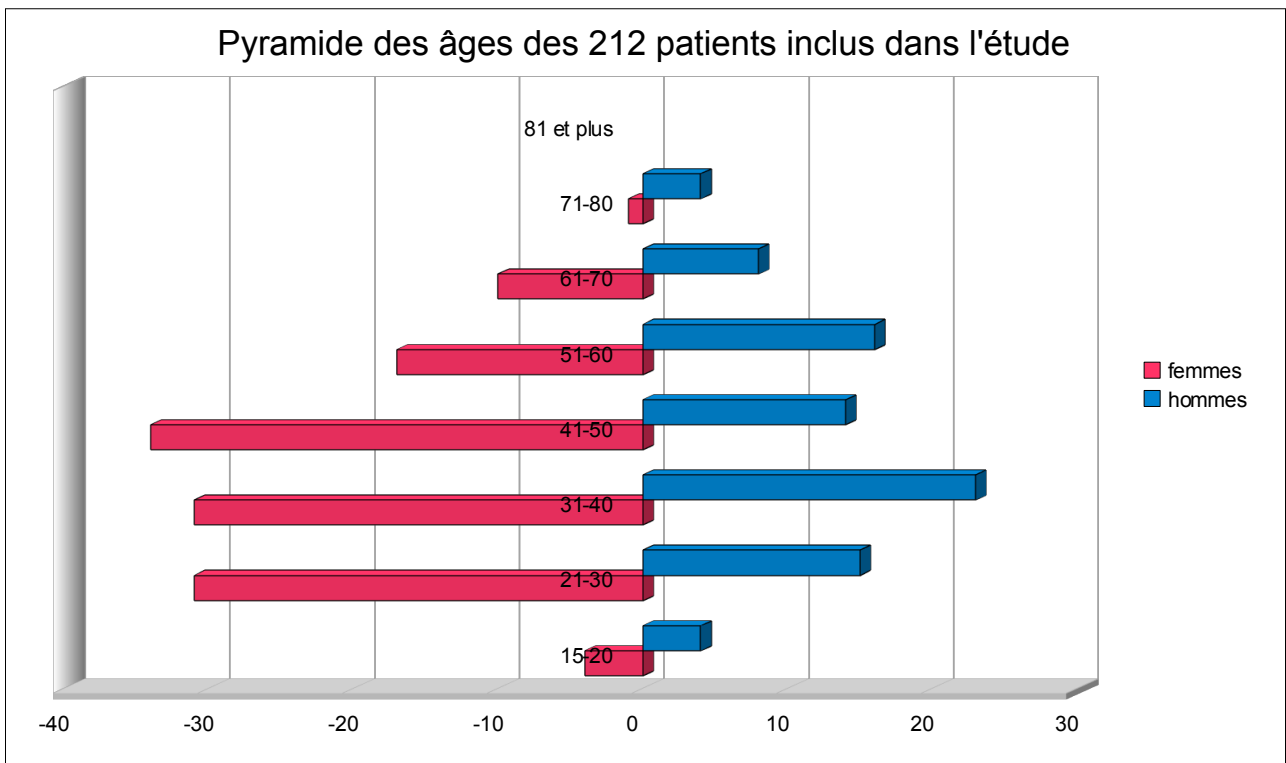


Schéma 4

### 3- Antécédents personnels

Chez les 212 patients interrogés, 2,8% (n=6) des sujets ont déclaré avoir subi de mauvais traitements dans leur enfance.

17,9% (n=38) des personnes interrogées ont un antécédent de syndrome dépressif.

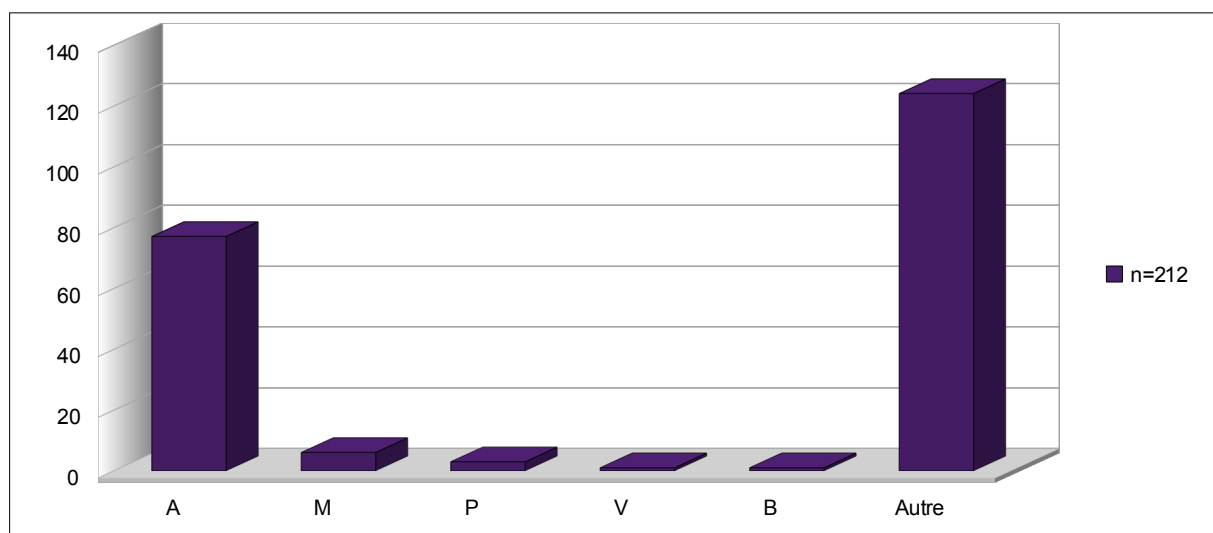
Concernant la consommation de toxiques, 6,1% (n=13) des sujets ont déclaré une consommation régulière d'alcool et 2,8% (n=6) une consommation de drogues.

#### **B- Données sur les circonstances de l'accident**

38,7% des sujets (n=82) étaient à bord d'une voiture au moment de l'accident, 26,4% (n=56) étaient conducteurs. {Schéma 5}

17,9% (n=38) des personnes interrogées ont été blessées personnellement, tandis que 32,1% (n=68) ont été confrontées à des blessures d'autrui et 27,4% (n=58) à la mort d'autrui.

22,6% (n=48) des personnes ayant été interrogées n'ont subi aucun dommage corporel, ni n'ont été confrontés à la mort ou à des blessures d'autrui.



**Schéma 5:** A: automobile; M: motocycle; P: piéton; V: vélo; B: bus; Autre: toutes les personnes ayant été témoins ou confrontées.

### C- Analyse statistique

#### 1- Prévalence de l'ESPT complet et partiel

**Prévalence de l'ESPT complet:** 8 patients sont diagnostiqués comme ESPT complet, soit 3,77% des 212 patients inclus dans l'étude. Ces patients ont été exposés au risque de développer un syndrome de stress post traumatique, ils ont vécu un accident de la circulation et ont ressenti lors de l'évènement une peur intense, de la détresse, de l'horreur ou un sentiment d'impuissance. Un ESPT complet a été diagnostiqué chez 3,97% (n=5) des 126 femmes interrogées et chez 1,41% (n=3) des 86 hommes.

Si l'on rapporte ces données à la totalité de l'échantillon de mille sujets (patients consultant pour diverse raison dans le cabinet), la prévalence de l'ESPT complet dans le cadre des accidents de la voie publique est de 0,8% (0,5% de femmes versus 0,3% d'hommes).

**Prévalence de l'ESPT partiel:** 39 patients souffrent d'ESPT partiel, soit 18,39% des 212 patients exposés au risque de développer un ESPT, dont 32 femmes (25,4% des 126 femmes interrogées) et 7 hommes (8,14% des 86 hommes). Cela correspond à 3,9% des sujets consultant dans le cabinet.

	TOTAL	FEMMES	HOMMES
	212	126	86
ESPT total	8	5	3
soit en %	3,77	3,97	3,49
ESPT partiel	39	32	7
soit en %	18,4	25,4	8,14
NON ESPT	165	89	76
soit en %	77,83	70,63	88,37

Tableau 1: Prévalence du PTSD total et partiel.

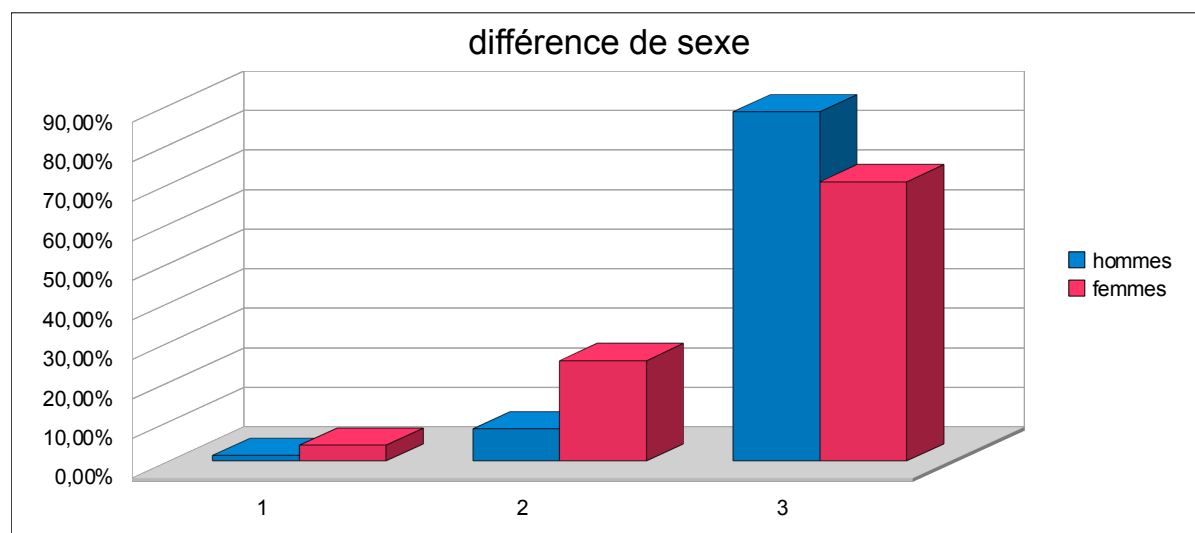


Tableau 2: répartition du ESPT total et partiel en fonction du sexe.  
1: ESPT total; 2: ESPT partiel; 3: non-ESPT.

En ce qui concerne la durée des symptômes de l'ESPT, les 8 personnes ayant développé un ESPT complet ont présenté une forme chronique (durée supérieure à 3 mois), tous d'une durée supérieure à 1 an.

Si l'on applique les mêmes notions de durée à l'ESPT partiel, 11 personnes ont souffert des

symptômes pendant moins de 3 mois , présentant alors une forme aigüe, et 28 patients ont développé une forme chronique.

## 2- Prévalence de l'exposition à un accident de la voie publique

Sur les mille patients interrogés, 89 personnes ont répondu positivement à la première question (avez vous eu, été témoin ou été confronté à un AVP?), mais négativement à la seconde concernant le ressenti du patient, ne leur permettant pas de rentrer dans le cadre de l'étude.

Nous avons étudié la prévalence de l'exposition à un AVP, au total 126 hommes ( 30,43% des 414 hommes interrogés au total) ont subi au cours de leur vie au moins un accident de la circulation, versus 175 femmes (29,86% des 586 femmes de l'échantillon total). Les hommes et les femmes sont exposés de la même façon aux accidents de la route.

## 3- Analyse des facteurs de risque

### 3-1 Facteurs de risque de développer un ESPT complet

Cette analyse a pour but de découvrir s'il existe des facteurs de risque de souffrir d'un ESPT.

Les sujets ont été répartis en deux groupes:

- un groupe ESPT complet,
- un groupe non-ESPT complet comprenant les sujets souffrant d'ESPT partiel et les sujets ne souffrant pas d' ESPT.

Chaque facteur de risque a été pris en compte de façon individuelle.

a) l'âge et le sexe

La médiane (min-max) dans le groupe ESPT complet est de 20 ans (16-33) versus 26 ans (15-71) dans le groupe non-ESPT. ( $p=1$ , test de Wilcoxon à 5%).

Cette différence n'est donc pas significative.

En ce qui concerne la différence entre les sujets de sexe féminin et masculin:

Sexe	ESPT complets	Non-ESPT
Femme	5 (62,5%)	121 (59,31%)
Homme	3 (37,5%)	83 (40,69%)

*Il y a 62,5% des ESPT complets qui sont des femmes, versus 59,31% dans le groupe non ESPT.*

*Cette différence est non significative ( $p=1$ , test exact de Fischer).*

b) le niveau socio-économique

La répartition du nombre de patients en fonction de leur catégorie socio-professionnelle est représentée dans le tableau qui suit:

	ESPT complets	Non-ESPT
AC	0	6 (2,94%)
C	1 (12,5%)	35 (17,16%)
E	3 (37,5%)	71 (34,81%)
I	4 (50%)	59 (28,92%)
O	0	4 (1,96%)
PI	0	25 (12,25%)
R	0	4 (1,96%)

*AC: artisans, commerçants ou chefs d'entreprise; C: cadres ou professions intellectuelles supérieures; E: employés; I: inactifs; O: ouvriers; PI: professions intermédiaires; R: retraités.*

*La répartition des niveaux socio-économiques ne diffère pas entre les deux groupes ( $p=0,8401$ , test*



*exact de Fischer).*

Afin de simplifier les données, une autre variable a été créée. Les sujets sont répartis en deux classes:

- les actifs (incluant les individus exerçant une profession),
- les inactifs (incluant les retraités, les personnes sans emploi et les étudiants).

	ESPT complets	Non-ESPT
Inactifs	4 (50%)	63 (30,88%)
actifs	4 (50%)	141 (69,12%)

*La différence reste non significative ( $p=0,2655$ , test exact de Fischer).*

### c) Situation familiale

Les sujets sont répartis en deux groupes:

- le groupe « marié », incluant les personnes mariées et vivant en concubinage
- le groupe « célibataire », incluant les sujets célibataires, divorcés ou veufs.

	ESPT complets	Non-ESPT
Marié	5 (62,5%)	114 (55,88%)
Célibataire	3 (37,5%)	90 (44,12%)

*La répartition de la situation familiale entre les deux groupes ne diffère pas ( $p=1$ , test exact de Fischer).*

Le nombre d'enfants est également pris en compte:

Nombre d'enfants	ESPT complets	Non-ESPT
0	4 (50%)	122 (59,81%)
1	2 (25%)	18 (8,82%)
2	0	44 (21,57%)
3	2 (25%)	18 (8,82%)
4	0	2 (0,98%)

*La répartition du nombre d'enfant diffère de façon significative entre les deux groupes ( $p=0,0305$ , test exact de Fischer).*

Une variable en deux classes a été créée pour l'étude de cette donnée. Les sujets interrogés ont-ils ou non des enfants au moment de l'accident?

Création d'une variable en deux classes: enfants (oui/non).

Enfants	ESPT complets	Non-ESPT
NON	4 (50%)	122 (59,81%)
OUI	4 (50%)	82 (40,19%)

*La différence entre les deux groupes est alors non significative ( $p=0,7177$ , test exact de Fischer).*

#### d) Consommation d'alcool

Les sujets ont été interrogés sur leur consommation de boissons alcoolisées. Seuls les sujets en consommant quotidiennement ont répondu positivement à cette question.

Alcool	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	0	13 (6,37%)
NON	8 (100%)	191 (93,63%)

*La différence ente les deux groupes est non significative ( $p=1$ , test exact de Fischer).*

e) Consommation de drogues

De la même façon, seules les personnes consommant de la drogue régulièrement (y compris le cannabis) ont répondu positivement à cette question.

Drogue	ESPT complets	Non- ESPT
OUI	0	6 (2,94%)
NON	8 (100%)	198 (97,06%)

*Cette différence entre les deux groupes est non significative ( $p=1$ , test exact de Fischer).*

f) Circonstances de l'accident

- Exposition à des blessures d'autrui

Nous avons demandé à chaque personne interrogée si les autres sujets impliqués dans l'accident (les passagers, les conducteurs d'un autre véhicule...) ont été blessés ou non.

Blessure d'autrui	ESPT complets	Non ESPT
OUI	0	68 (33,34%)
NON	8 (100%)	136 (66,66%)

*La différence entre les deux groupes est non significative ( $p=0,05688$ , test exact de Fischer).*

- Blessure personnelle

Les sujets-ont ils été blessés personnellement?

Blessure personnelle	ESPT complets	Non ESPT
OUI	2 (25%)	36 (17,65%)
NON	6 (75%)	168 (82,35%)

*Les deux groupes ne diffèrent pas de façon significative ( $p=0,6361$ , test exact de Fischer).*

- Exposition à la mort d'autrui

Les sujets interrogés ont-ils été confrontés à la mort d'autres personnes impliquées dans l'accident?

Mort d'autrui	ESPT complets	Non-ESPT
NON	3 (37,5%)	151 (74,02%)
OUI	5 (62,5%)	53 (25,98%)

*La différence entre les deux groupes est significative ( $p=0,03682$ , test exact de Fischer).*

*L'exposition à la mort d'autrui favorise l'apparition d'un ESPT.*

- Patients «indemnes»

Une variable a été créée pour étudier la répartition des patients « indemnes » entre les deux groupes. Sont considérés comme indemnes les sujets n'ayant été exposés à aucune blessure (personnelle ou d'autrui) ni à la mort d'autrui.

Indemnes	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	1 (12,5%)	47 (23,04%)
NON	7 (87,5%)	157 (76,96%)

*La différence entre les deux groupes est non significative ( $p=0,6861$ , test exact de Fischer).*

- Position dans le véhicule

Chaque sujet se trouvant dans un véhicule type voiture ou moto a précisé s'il était conducteur ou passager au moment de l'accident. Les sujets témoins, confrontés ou encore piétons au moment de l'accident ont été regroupés dans le groupe «autre».

Répartition de la variable conducteur dans chacun des deux groupes:

	ESPT complets	Non-ESPT
A	7 (87,5%)	123 (60,29%)
C	0	56 (27,45%)
P	1 (12,5%)	25 (12,26%)

*A: autre; C: conducteur; P: passager.*

*Les deux groupes ne diffèrent pas de façon significative ( $p=0,1747$ , test exact de Fischer).*

Une variable en deux classes a été créée pour cette donnée: les sujets étaient-ils conducteurs ou non lors de l'accident?

Conducteur	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	0	56 (27,45%)
NON	8 (100%)	148 (72,55%)

*La différence entre les deux groupes n'est toujours pas significative ( $p=0,1135$ , test exact de Fischer).*

- Modes de transport

Le mode de transport interfère-t-il dans le développement d'un ESPT?

Modes	ESPT complets	Non-ESPT
Auto	1 (12,5%)	76 (37,25%)
Confronté	5 (62,5%)	28 (13,73%)
Moto	0	6 (2,94%)
Piéton	1 (12,5%)	2 (0,98%)
Vélo	0	1 (0,49%)
Bus	1 (12,5%)	0
Témoin	0	91 (44,61%)

*La répartition diffère entre les deux groupes ( $p=0,02788$ , test exact de Fischer).*

Pour étudier cette différence, deux nouvelles variables ont été créées:

- les patients étaient -ils témoins « passif » ( non-impliqués dans l'AVP de façon directe)?  
Variable témoin (oui/non),
- les patients étaient-ils présents sur les lieux de l'accident? Variable confronté (oui/non).

Témoin	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	0	91 (44,6%)
NON	8 (100%)	113 (55,4%)

*La répartition diffère entre les deux groupes ( $p=0,01112$ , test exact de Fischer).*

*Le risque de développer un PTSD complet lorsque le patient est témoin de l'accident sans y avoir participé activement est moins important.*

Confronté	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	5 (62,5%)	28 (13,72%)
NON	3 (37,5%)	176 (86,28%)

*La répartition diffère entre les deux groupes ( $p=0,0027$ , test exact de Fischer).*

*Le fait d'être confronté à un accident de la voie publique impliquant dans cette étude la mort d'un proche favorise le fait de développer un PTSD complet.*

g) Antécédents personnels

- Syndrome dépressif

Les sujets ont-ils un antécédent de syndrome dépressif diagnostiqué par un médecin?

Syndrome dépressif	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	2 (25%)	36 (17,65%)
NON	6 (75%)	168 (82,35%)

*La différence entre les deux groupes est non significative ( $p=0,6361$ , test exact de Fischer).*

- Antécédent de maltraitance

Les sujets ont-ils subi de mauvais traitements dans leur enfance, que ceux-ci aient été physiques ou moraux?

Maltraitance	ESPT complets	Non-ESPT
OUI	1 (12,5%)	3 (1,47%)
NON	7 (87,5%)	201 (98,53%)

*La différence entre les deux groupes est non significative ( $p=0,1435$ , test exact de Fischer).*

3-2 Facteurs de risque de développer un ESPT (partiel et complet)

Pour cette analyse, les patients ESPT partiels et ESPT complets sont regroupés pour former le groupe «ESPT» comprenant 47 patients. Le groupe non-ESPT inclut désormais 165 patients.



La définition choisie du syndrome de stress post-traumatique partiel est utilisée par Naomi Breslau {16}. Sont considérés comme souffrant d'ESPT partiel les sujets qui présentent au moins un symptôme de chaque critère B, C et D, et une durée des symptômes supérieure ou égale à un mois.

a) l'âge et le sexe

La médiane (min-max) dans le groupe ESPT est de 26 ans (15-71) versus 25 ans (15-65) dans le groupe non ESPT. ( $p=1$ , test de Wilcoxon à 5%).

Cette différence n'est donc pas significative.

En ce qui concerne la différence entre les sujets de sexe féminin et masculin:

Sexe	ESPT	Non-ESPT
Femme	37 (78,72%)	89 (53,94%)
Homme	10 (21,28%)	76 (46,06%)

*Il y a 78,72% des ESPT qui sont des femmes, versus 53,94% dans le groupe non ESPT.*

*Cette différence est significative ( $p=0,0023$ , test exact de Fischer).*

*Les personnes de sexe féminin ont donc plus de risque de développer un ESPT.*

b) le niveau socio-économique

La répartition du nombre de patients en fonction de leur catégorie socio-professionnelle est représentée dans le tableau qui suit:

	ESPT	Non-ESPT
AC	2 (4,26%)	4 (2,42%)
C	7 (14,89%)	29 (17,58%)
E	20 (42,55%)	54 (32,73%)
I	15 (31,91%)	48 (29,09%)
O	0	4 (2,42%)
PI	2 (4,26%)	23 (13,94%)
R	1 (2,13%)	3 (1,82%)

*AC: artisans, commerçants ou chefs d'entreprise; C: cadres ou professions intellectuelles supérieures; E: employés; I: inactifs; O: ouvriers; PI: professions intermédiaires; R: retraités.*

*La répartition des niveaux socio-économiques ne diffère pas entre les deux groupes ( $p=0,4033$ , test exact de Fischer).*

Afin de simplifier les données, une autre variable a été créée. Les sujets sont répartis en deux classes:

- les actifs (incluant les individus exerçant une profession),
- les inactifs (incluant les retraités, les personnes sans emploi et les étudiants).

	ESPT	Non-ESPT
Inactifs	31 (65,96%)	114 (69,09%)
actifs	16 (34,04%)	51 (30,91%)

*La différence reste non significative ( $p=0,7234$ , test exact de Fischer).*

c) Situation familiale

Les sujets sont répartis en deux groupes:

- le groupe « marié », incluant les personnes mariées et vivant en concubinage,
- le groupe « célibataire », incluant les sujets célibataires, divorcés ou veufs.

	ESPT	Non-ESPT
Marié	23 (48,94%)	96 (58,18%)
Célibataire	24 (51,06%)	69 (41,82%)

*La répartition de la situation familiale entre les deux groupes ne diffère pas ( $p=0,3178$ , test exact de Fischer).*

Le nombre d'enfants est également pris en compte:

Nombre d'enfants	ESPT	Non-ESPT
0	25 (53,19%)	101 (61,21%)
1	3 (6,38%)	17 (10,31%)
2	13 (27,66%)	31 (18,79%)
3	6 (12,77%)	14 (8,48%)
4	0	2 (1,21%)

*La répartition ne diffère pas entre les deux groupes ( $p=0,4721$ , test exact de Fischer).*

Une variable en deux classes a été créée pour l'étude de cette donnée. Les sujets interrogés ont-ils ou non des enfants au moment de l'accident?

Création d'une variable en deux classes: enfants (oui/non)

Enfants	ESPT	Non-ESPT
NON	25 (53,19%)	101 (61,21%)
OUI	22 (46,81%)	64 (38,79%)

*La différence est non significative ( $p=0,4$ , test exact de Fischer)*

d) Consommation d'alcool

Les sujets ont été interrogés sur leur consommation de boissons alcoolisées. Seuls les sujets en consommant quotidiennement ont répondu positivement à cette question.

Alcool	ESPT	Non-ESPT
OUI	4 (8,51%)	9 (5,46%)
NON	43 (91,49%)	156 (94,54%)

*La différence est non significative ( $p=0,4909$ , test exact de Fischer).*

e) Consommation de drogues

De la même façon, seules les personnes consommant de la drogue régulièrement (y compris du cannabis) ont répondu positivement à cette question.

Droque	ESPT	Non-ESPT
OUI	1 (2,13%)	5 (3,03%)
NON	46 (97,87%)	160 (96,97%)

*Cette différence est non significative ( $p=1$ , test exact de Fischer).*

f) Circonstances de l'accident

- Exposition à des blessures d'autrui

Nous avons demandé à chaque personne interrogée si les autres sujets impliqués dans l'accident (les passagers, les conducteurs d'un autre véhicule...) ont été blessés ou non.

Blessure d'autrui	ESPT	Non ESPT
OUI	6 (12,77%)	62 (37,58%)
NON	41 (87,23%)	103 (62,42%)

*La différence entre les deux groupes est significative ( $p=0,0012$ , test exact de Fischer).*

*L'exposition aux blessures d'autrui favorise le développement d'un ESPT.*

- Blessure personnelle

Les sujets ont ils été blessés personnellement?

Blessure personnelle	ESPT	Non ESPT
OUI	16 (34,04%)	22 (13,33%)
NON	31 (65,96%)	143 (86,67%)

*Les deux groupes diffèrent de façon significative ( $p=0,002186$ , test exact de Fischer).*

*Le fait d'être blessé lors de l'accident favorise l'apparition d'un ESPT.*

- Exposition à la mort d'autrui

Les sujets interrogés ont-ils été confrontés à la mort d'autres personnes impliquées dans l'accident?

Mort d'autrui	ESPT	Non-ESPT
NON	27 (57,45%)	127 (76,97%)
OUI	20 (42,55%)	38 (23,03%)

*La différence entre les deux groupes est significative ( $p=0,01498$ , test exact de Fischer).*

*L'exposition à la mort d'autrui augmente le risque de développer un ESPT.*

- Patients «indemnes»

Une variable a été créée pour étudier la répartition des patients « indemnes » entre les deux groupes.

Sont considérés comme indemnes les sujets n'ayant été exposés à aucune blessure (personnelle ou d'autrui) ni à la mort d'autrui.

Indemnes	ESPT	Non-ESPT
OUI	5 (10,64%)	43 (26,06%)
NON	42 (89,36%)	122 (73,94%)

*La différence entre les deux groupes est significative ( $p=0,02925$ , test exact de Fischer).*

- Position dans le véhicule

Chaque sujet se trouvant dans un véhicule type voiture ou moto a précisé s'il était conducteur ou passager au moment de l'accident. Les sujets témoins, confrontés ou encore piétons au moment de l'accident ont été regroupés dans le groupe « autre ».

Répartition de la variable conducteur dans chacun des deux groupes:

	ESPT	Non-ESPT
A	31 (65,96%)	99 (60%)
C	11 (23,4%)	45 (27,27%)
P	5 (10,64%)	21 (12,73%)

*A: autre; C: conducteur; P: passager.*

*Les deux groupes ne diffèrent pas de façon significative ( $p=0,8335$ , test exact de Fischer).*

Une variable en deux classes a été créée pour cette donnée: les sujets étaient-ils conducteurs ou non lors de l'accident?

Conducteur	ESPT	Non-ESPT
OUI	11 (23,40%)	45 (27,27%)
NON	36 (76,60%)	120 (72,73%)

*La différence entre les deux groupes n'est toujours pas significative ( $p=0,7087$ , test exact de Fischer).*

- Modes de transport

Le mode de transport interfère-t-il dans le développement d'un ESPT?

Modes	ESPT	Non-ESPT
Auto	16 (34,04%)	61 (36,97%)
Confronté	15 (31,92%)	18 (10,91%)
Moto	0	6 (3,64%)
Piéton	2 (4,25%)	1 (0,6%)
Vélo	1 (2,13%)	0
Bus	1 (2,13%)	0
Témoin	12 (25,53%)	79 (47,88%)

*La répartition diffère entre les deux groupes ( $p=0,0001309$ , test exact de Fischer).*

Pour étudier cette différence, deux nouvelles variables ont été créées:

- les patients étaient-ils témoins « passif » ( non impliqués dans l'AVP de façon directe)?  
Variable témoin (oui/non),
- les patients étaient-ils présents sur les lieux de l'accident? Variable confronté (oui/non).

Témoin	ESPT	Non-ESPT
OUI	12 (25,53%)	79 (47,88%)
NON	35 (74,47%)	86 (52,12%)

*La répartition diffère entre les deux groupes ( $p=0,007344$ , test exact de Fischer).*

*Le risque de développer un PTSD lorsque le patient est témoin de l'accident sans y avoir participé activement est moins important.*

Confronté	ESPT	Non-ESPT
OUI	15 (31,92%)	18 (10,91%)
NON	32 (68,08%)	147 (89,09%)

*La répartition diffère entre les deux groupes ( $p=0,001099$ , test exact de Fischer).*

*Le fait d'être confronté à un accident de la voie publique impliquant dans cette étude la mort d'un*



*proche favorise le fait de développer un ESPT.*

g) Antécédents personnels

- Syndrome dépressif

Les sujets ont-ils un antécédent de syndrome dépressif diagnostiqué par un médecin?

Syndrome dépressif	ESPT	Non-ESPT
OUI	13 (27,66%)	25 (15,15%)
NON	34 (72,34%)	140 (84,85%)

*La différence entre les deux groupes est non significative ( $p=0,05505$ , test exact de Fischer).*

- Antécédent de maltraitance

Les sujets ont-ils subi de mauvais traitements dans leur enfance, que ceux-ci aient été physiques ou moraux?

Maltraitance	ESPT	Non-ESPT
OUI	1 (2,13%)	3 (1,82%)
NON	46 (97,87%)	162 (98,18%)

*La différence entre les deux groupes est non significative ( $p=1$ , test exact de Fischer).*

## IV- DISCUSSION

## **A- Résultats principaux et implications majeures**

### **1- Prévalence de l'ESPT et évolution**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) prédit qu'en 2020, les accidents de la voie publique seront la seconde cause de mortalité derrière les accidents ischémiques cardiaques, et la troisième cause d'infirmité après les infarctus du myocarde et le syndrome dépressif (Mayou, 2002, {49}). Ces prévisions ont été établies en tenant compte des conséquences physiques des AVP, or lors de cette étude, il a été montré que les conséquences psychologiques d'un accident de la route sont non-négligeables. Que l'ESPT soit complet ou partiel, il en découle des conséquences importantes sur la qualité de vie du patient (comportement d'évitement, hyper-excitabilité entravant la vie sociale et/ou professionnelle du patient). Aujourd'hui le médecin généraliste ne dispose pas des armes nécessaires au dépistage et à une prise en charge optimale de cette pathologie. Le rapprochement entre les symptômes psychologiques et le traumatisme lié à l'AVP n'étant évident ni pour le patient ni pour le médecin, il est important que les connaissances de ce dernier soit optimisées.

Les résultats décrits précédemment retrouvent 22,17% de patient qui ont développé un ESPT (complet ou partiel) suite à l'exposition à un accident de la route ayant suscité une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur. Il s'agit là de 29,37% des femmes et de 11,63% des hommes exposés qui présenteront les symptômes psychologiques décrits dans le DSM IV.

La prévalence de l'ESPT peut bien sûr être analysée de plusieurs façons en fonction de la population étudiée.

Dans un premier temps, la prévalence peut être définie en fonction de la population exposée au

traumatisme choisi, ici les AVP. Ce traumatisme doit avoir été vécu dans la peur intense, l'horreur ou l'impuissance.

<p>Nombre de sujets souffrant d'ESPT</p> <p>Prévalence= -----</p> <p>Nombre de sujets exposés au risque de développer un ESPT</p>
---

Ensuite le nombre de patients souffrant d'ESPT peut être ramené à la population générale, composée d'individus n'ayant pas forcément vécu d'évènement traumatisant au cours de leur existence. Lors de cette étude nous avons donc dénombré dans le cabinet 4,7% de patients ayant souffert ou souffrant encore d'un ESPT(complet ou partiel).

Au cours de ce travail, un seul type d'évènement traumatisant a été pris en compte. Or au cours de leurs vies nos patients peuvent être exposés à bien d'autres types de traumatismes (agressions physiques, catastrophes naturelles...). Le nombre de patients souffrant d'ESPT dans la population générale est donc probablement plus important, ceci nous conforte dans l'idée que cette pathologie doit être un diagnostic connu des médecins.

Lors d'une étude menée par Naomi Breslau en 1996 {15} sur 1606 patients exposés au risque de développer un ESPT, c'est à dire ayant vécu un évènement qualifié de traumatisant selon le critère du DSM IV, elle retrouve 9,2% d'ESPT complets (13% chez les femmes versus 6,2% chez les hommes) et 27,66% d'ESPT partiels. La prévalence de l'exposition à un évènement traumatisant au cours de la vie dépend du type d'évènement, en ce qui concerne les accidents de voiture sérieux, la prévalence est de 28%.

Bryant et coll {18} rapportent dans leurs étude en 2002 que, sur 134 sujets victimes d'un accident de la route et suivis par la suite, 15% d'hommes et 38% de femmes ont souffert d'ESPT six mois après l'évènement traumatisant.

Sophie KRIEF {40} a retrouvé lors d'une étude menée en 2005 sur 158 patients exposés à un accident de la route ayant été vécu comme traumatisant 8,2% de patients souffrant d'ESPT complet et 34,8% de patient ayant développé un ESPT partiel.

Dans toutes ces études une constante est retrouvée, la prévalence de l'ESPT partiel est nettement supérieure à celle de l'ESPT complet.

Lorsque nous avons interrogé nos patients, il a été clairement observé que les patients ayant développé les symptômes décrit dans le DSM IV et ne correspondant pas aux critères de l'ESPT complet, avaient vu leur qualité de vie se détériorer au même titre que pour les patients ayant souffert d'un ESPT complet.

Les troubles partiels sont donc importants et il est primordial de pouvoir également les dépister. L'ESPT partiel doit être considéré comme une entité à part entière.

La prévalence de l'ESPT qu'il soit complet ou partiel est non négligeable et une prise en charge spécialisée existe. Le médecin généraliste doit pouvoir dépister un ESPT pour orienter au mieux son patient. Suite à un évènement traumatisant il doit pouvoir évoquer la possibilité de développer un ESPT et repérer les patients à risque de développer un ESPT.

Bien que la totalité des patients ayant souffert d'ESPT partiel ait pu se rétablir spontanément (dont 28,2% en moins de 3 mois), tous les patients ayant souffert d'ESPT complet ont développé une forme chronique dont la moitié présente encore des symptômes au moment de l'interrogatoire. La souffrance de ces patients, qu'elle soit passée ou présente est réelle et handicapante dans leur vie

courante, une prise en charge précoce et adaptée aurait été souhaitable et préférable.

## 2- Facteurs de risque

L'étude s'est intéressée aux possibles facteurs de risque de développer un syndrome de stress post-traumatique. Le but est de découvrir, parmi les sujets ayant subi un accident de la voie publique, s'il existe un moyen de repérer ceux à risque de développer un ESPT.

Une première analyse a comparé un groupe de patients ayant développé un ESPT complet aux patients n'ayant pas développé un ESPT complet (patients ayant souffert d'un ESPT partiel et patients n'ayant pas présenté de symptômes). Il a alors été retrouvé des facteurs de risque de développer un ESPT complet. L'exposition à la mort d'autrui a été identifiée comme facteur de risque. Le « mode de transport » a également son importance, les patients confrontés à un accident de la route (c'est à dire les patients ayant perdu un proche lors d'un accident de la route) ont plus de risque de développer un ESPT complet. Cela est probablement directement lié au facteur de risque « exposition à la mort d'autrui ». D'autre part, les patients ayant été témoin, donc non impliqués directement dans l'accident de la voie publique, ont moins de risque de développer un ESPT complet.

En deuxième lieu, une analyse a comparé un groupe de patients ayant présenté un ESPT complet ou partiel et un groupe de patients n'ayant pas développer d'ESPT. Lors de cette analyse, il a été retrouvé que les personnes de sexe féminin avaient plus de risque de développer un ESPT que les sujets de sexe masculin. Les personnes ayant été exposées à des blessures personnelles ou d'autrui ont plus de risque de développer un ESPT. On retrouve également l'exposition à la mort d'autrui comme facteur de risque. Les personnes « indemnes », c'est à dire n'ayant pas été exposées à des

blessures ou à la mort d'autrui ont moins de risque de développer un ESPT. Au niveau du « mode de transport », on retrouve une augmentation du risque chez les personnes confrontées à un AVP et un moindre risque chez les simples témoins.

Il est important de noter que lors de cette analyse un facteur de risque n'a pas été retrouvé, le syndrome dépressif décrit comme facteur favorisant dans plusieurs études n'apparaît pas dans celle-ci. La relation entre la dépression et l'ESPT a été décrite dans de nombreux articles/études.

Ducrocq et coll {31} se sont posé la question de la relation entre le syndrome dépressif et l'ESPT, le syndrome dépressif est-il un facteur de risque de développer un ESPT ou plutôt une conséquence de ce syndrome.

D'après Bleich et coll {9}, l'ESPT est le trouble le plus courant suite à une exposition à un traumatisme, mais il n'est pas exclusif.

Selon Kessler et coll {38}, la co-morbidité avec l'ESPT pourrait être attendue du fait du chevauchement des symptômes. En effet plusieurs symptômes des critères C et D se chevauchent avec ceux de la dépression: perte de l'intérêt, diminution des affects, difficulté d'endormissement, difficulté de concentration. D'autres symptômes du critère D sont en commun avec le diagnostic d'anxiété généralisée: irritabilité, hypervigilance, sursaut exagéré.

Blanchard et coll {4} ont étudié une population de 75 personnes qui ont subi un accident de la circulation un à deux ans plus tôt et qui suivent un traitement pour leurs problèmes psychologiques secondaires à ce traumatisme. Cette étude montre que les personnes qui présentent un ESPT ont une plus grande probabilité de souffrir d'un trouble de l'humeur.

Shalev et coll {57} écrivent que la co-occurrence PTSD/dépression majeure ne peut pas être l'effet d'une simple coïncidence.

### a- le sexe

Lors de la deuxième partie de l'étude, l'analyse comparant un groupe ESPT complet ou partiel à un groupe non PTSD, il a été retrouvé que les patients de sexe féminin ont plus de risque de développer un ESPT que les sujets de sexe masculin. Les femmes auraient donc 2,6 fois plus de risque de développer un ESPT que les personnes de sexe masculin. Cette donnée n'a pas été retrouvée dans la première analyse statistique qui compare un groupe ESPT complet à un groupe non ESPT complet. Cela peut s'expliquer par le fait que le nombre d'ESPT complet retrouvé est seulement de 8 sur un échantillon de petite taille (n=212).

Toutes les études menées sur le sujet s'accordent pour affirmer que les sujets de sexe féminin sont plus à risque de développer un état de stress post-traumatique.

Stein et coll {59} ont réalisé une enquête téléphonique en 1997 sur 1002 personnes âgées de plus de 18 ans, la prévalence du syndrome post-traumatique au cours du mois précédent est de 2,7% chez les femmes et de 1,2% chez les hommes, et pour l'ESPT partiel de 3,4% pour les femmes et de 0,3% chez les hommes. Seule la prévalence «instantanée» est étudiée. La prévalence sur la vie entière n'a pas été étudiée, mais d'autre part tous les événements traumatisants ont été étudiés.

Ces résultats sont concordant avec les résultats d'autres travaux, l'ESPT est plus prévalent chez les femmes.

Les auteurs ont élaboré plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat.

Les femmes reconnaîtraient plus aisément leurs symptômes, de plus elle seraient plus vulnérables suite à l'exposition à un traumatisme.

Dans l'étude de Naomi Breslau {15} réalisée à Détroit en 1996, le sexe émerge comme un facteur



de risque de développer un ESPT. La proportion de femmes atteintes est deux fois plus importante que celle des hommes.

Fullerton et coll {33} retrouvent également dans leur étude une proportion plus importante de femmes chez les patients atteints d'ESPT. Sur 122 sujets ayant subi un accident de la circulation sérieux, 42 sujets ont développé un ESPT à un mois dont 18,8% d'hommes et 51,7% de femmes. Le risque de développer un ESPT pour une femme est alors 4,39 fois plus élevé que pour un homme. Dans l'analyse menée par Sophie Krief {40} en 2005 sur 158 patients exposés au risque de développer un ESPT, il est montré que les femmes ont 2,3 plus de risque de développer un ESPT que les hommes.

#### b- La confrontation

Lors de cette étude, et dans les deux parties de l'analyse, il a été retrouvé que le fait d'être «confronté» à un AVP était un facteur de risque de développer un ESPT.

Deux points peuvent être discutés:

- le fait de développer un ESPT lorsque l'on a été confronté à un accident de la route est-il lié à l'exposition à la mort d'autrui? Les patients ayant développé un ESPT suite à la confrontation à un AVP, ont été confrontés à la perte d'une personne proche.
- Ce qui nous amène à se demander où est la frontière entre l'ESPT et le deuil pathologique dans ce contexte. Lors de l'établissement des premiers critères de définition de l'ESPT, on se référait au stress post-traumatique chez des soldats. La perte d'un compagnon d'arme au combat confrontait directement le soldat à sa propre mort. Or pour le patient tout venant cette analogie est moins évidente. La confrontation à la mort d'autrui renvoie bien sûr le patient à l'idée de mortalité, mais la notion de pair n'étant pas

présente le rappel de sa propre mort est moins important.

c- Exposition à des blessures personnelles ou d'autrui et à la mort d'autrui

Il a été décrit précédemment que l'exposition à la mort d'autrui lors de l'accident augmente le risque de développer un ESPT. Si cette personne était un proche cela vient s'ajouter au mécanisme de deuil. Le fait d'assister à la mort d'une tierce personne nous confronte à notre propre mort.

Il en est de même pour l'exposition à des blessures d'autrui.

Le fait d'avoir été blessé personnellement lors de l'accident renvoie de façon évidente à l'idée de sa propre mort. Le patient est vivant suite à l'accident mais il a vu la mort en face.

## **B- Biais principaux**

Comme toutes les études, celle-ci présente des biais.

Cette étude porte sur une population semi-rurale qui consulte en cabinet de ville, n'étant donc pas représentative de la population générale. Elle représente en revanche une population qui consulte, donc à même de se faire dépister.

L'étude a été menée sur un seul cabinet. Dans ce cabinet, il y a trois femmes et deux hommes associés, un homme et une femme qui remplace. L'équilibre entre le nombre de femmes et d'hommes dans cette étude est peut être lié à l'équilibre entre les sexes des médecins travaillant dans ce cabinet.

La définition de l'ESPT complet est bien codifiée par le DSM IV, mais celle de l'ESPT partiel

diffère selon les études. La définition choisie ici est l'une des plus récente, développée par Naomi Breslau, référente dans ce domaine.

La comparaison avec d'autres articles traitant d'ESPT partiel est ainsi malaisée.

La plupart des études portant sur l'ESPT ont été menées dans des services d'urgences, chez des sujets ayant été suivis dans les suites immédiates de l'évènement traumatisant et dans les mois suivants. Lors de notre étude, les patients ont été interrogés sur des AVP ayant eu lieu au cours de leur vie, on fait donc appel à la mémoire du patient. Bien que les patients ayant un déficit des fonctions supérieures aient été exclus de l'études, on fait appel à des souvenirs concernant des évènements parfois anciens. Quelle est la justesse de ces souvenirs?

Un autre biais est lié à la sincérité du patient. Les réponses dépendent beaucoup du ressenti du patient, notion très subjective.

Au niveau de la sincérité du patient, on peut également évoquer la déclaration de consommation d'alcool, 6,13% des patients déclarent une consommation régulière d'alcool alors que dans la population générale la prévalence de l'alcool-dépendance est de 13%. Ce facteur de risque est donc possiblement sous-estimé.

D'autre part, une partie des interrogatoires a été menée par une remplaçante (moi-même) qui ne connaît les patients que depuis peu de temps ou pas du tout, étaient-ils assez à l'aise pour évoquer un antécédent de maltraitance?

Finalement la comparaison entre les différentes études peut être ardue en raison de l'évolution de la définition de l'ESPT au cours du temps. En effet de nombreux travaux utilisent la définition du DSM III apparue en 1980 ou de celle du DSM III R datant de 1987. Dans le DSM IV, il est introduit le critère A2. Le ressenti du patient au moment de l'accident est ainsi mis en avant, le sujet doit

avoir vécu l'expérience traumatisante avec une sensation de peur intense, d'horreur ou d'impuissance. De ce fait les études ne sont pas homogènes, ce qui rend difficile la comparaison des résultats obtenus.

# V- CONCLUSION

En cabinet de médecine générale en ville, un médecin reçoit en moyenne 20 à 30 patients par jour pour des pathologies diverses et variées allant de la banale rhinopharyngite à un suivi de pathologie chronique.

Une étude descriptive a été réalisée en cabinet de médecine générale. Dans le but de retrouver un nombre suffisant d'ESPT, et en se basant sur des résultats d'études antérieures (Dr KRIEF en 2007), il a été décidé d'interroger 1000 patients. Tous les patients volontaires suivis au cabinet, ayant plus de 15 ans et n'ayant pas de déficit des fonctions supérieures, consultant les lundi, mercredi et vendredi ont été interrogés.

Il a été isolé 212 patient ayant été exposés au risque de développer un ESPT, cette population a été analysée afin de définir le risque de développer un ESPT.

Cette étude nous a permis de découvrir que parmi les consultants un nombre non négligeable de patient avaient souffert ou souffraient encore d'un état de stress post traumatique; 4,7% de personnes ayant vécu un ESPT, dont aucun n'avait été diagnostiqué, ont été dénombrés.

Ces 4,7% regroupent 0,8% d'ESPT complets et 3,9% d'ESPT partiels, ce qui fait de l'ESPT partiel une entité mal reconnue mais très présente en réalité.

Dans la population étudiée, 22, 17% de patients ont développé un ESPT dont 78,72% de femmes versus 21, 28% d'hommes; être une femme prédispose donc au développement d'un ESPT.

D'autres facteurs de risque n'ont pas été isolés lors de cette étude, tels que l'antécédent de syndrome dépressif et la maltraitance. En revanche le fait d'être exposé à la mort d'autrui ou à de sérieuses blessures personnelles et d'autrui sont un facteur de risque. Le fait d'être sorti indemne de l'accident représente un facteur protecteur.

Le fait d'être confronté à la perte d'un proche lors d'un accident de la voie publique est un facteur de risque qui est lié à la confrontation à la mort d'autrui; le fait d'être simple témoin est un risque moins important.

Pour prendre en charge un patient dans sa globalité, il est important de connaître et de maîtriser l'ensemble de ses pathologies. L'ESPT est une pathologie peu dépistée et pouvant avoir d'importantes répercussions sur la qualité de vie du patient.

Lors des accidents/attentats/catastrophes... de grandes envergures, un plan est mis en place pour le suivi médical des patients sur le plan physique et psychologique. Sur le plan psychologique les patients sont reçus par une cellule d'urgence médico-psychiatrique et un suivi est mis en place.

En cabinet de médecine le patient n'aborde pas de façon naturelle ce sujet avec son médecin car il peut juger que ses douleurs psychologiques ou physiques sont normales suite au traumatisme vécu. Le médecin quant à lui, ne connaissant pas bien cette pathologie, ne pense pas aisément à dépister un antécédent d'ESPT devant des douleurs chroniques inexplicables, un syndrome dépressif chronique, une addiction... La relation de confiance entre un médecin généraliste et son patient est pourtant idéale pour développer le sujet et mettre en place une prise en charge adéquate avec éventuellement un appel à des intervenants extérieurs spécialisés dans l'ESPT.

Il existe en effet plusieurs traitements spécialisés de l'ESPT, le defusing si le patient est reçu dans les suites immédiates du traumatisme. Pour un traitement à distance on peut utiliser la thérapie cognitivo-comportementale et les antidépresseurs, particulièrement certains ISRS qui ont reçu l'AMM. D'autres méthodes ont été développées comme l'hypnose et la désensibilisation par mouvements oculaires et reprogrammation (cette dernière étant controversée).

Il est important de développer nos connaissances sur l'ESPT et d'analyser les obstacles à une prise en charge rationnelle de cette pathologie fréquente et sous évaluée.

A cette fin, une étude de plus grande étendue doit être mise en place.

Ce recueil de données associé à d'autres tel que l'étude du Dr KRIEF permettra, nous l'espérons, par l'interrogatoire des patients ayant déclaré un ESPT, d'évaluer leur prise en charge depuis l'accident de la voie publique, leur relation avec leur médecin traitant. Cela dans le but d'améliorer

la prise en charge de l'ESPT en médecine générale et permettre aux patients en souffrant d'avoir une meilleure qualité de vie.



# VI- BIBLIOGRAPHIE

1- ALBUCHER R.C., LIBERZON I.

Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review

Journal of Psychiatric Research, 2006, 36, 355-367

2-BIGOT T.

Catastrophes, accidents et attentats.

Neuropsych News spécial, 2003, 71-77.

3- BIRMES P, SCHMITT L.

Personnalité et ESPT: vulnérabilité et résilience.

Neuropsych News spécial, 2003, 27-32.

4- BLANCHARD E.B., BUCKLEY T.C., HICKLING E.J., TAYLOR A.E.

Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? Journal of anxiety disorders, 1998, 12, n° 1: 21-37.

5- BLANCHARD E.B., HICKLING E.J., BARTON K.A., TAYLOR A.E., LOOS W.R. and JONES-ALEXANDER J.

One- year prospective follow-up of motor vehicle accident victims.

Behaviour Research and therapy, 1996, 34, n° 10: 775-786.

6- BLANCHARD E.B., HICKLING E.J., FREIDENBERG B.M., MALTA L.S., KUHN E., SYKES M.A.

Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash.

Behaviour Research and therapy, 2004, 42, N° 5: 569-583.

7- BLANCHARD E.B., HICKLING E.J., TAYLOR A.E., LOOS W.R., FORNERIS C.A. and JACCARD J.

Who develops PTSD from motor vehicle accidents?

Behaviour Research and therapy, 1996, 34, n° 1: 1-10

8- BLANCHARD E.B., HICKLING E.J., TAYLOR A.E., LOOS W.

Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accident.

The journal of nervous and mental disease, 1995, 183, n° 8: 495-504.

9- BLEICH A., KOSLOWSKY M., DOLEV A., LERER B.

Post-traumatique stress disorder et depression. An analysis of comorbidity.  
British journal of psychiatry, 1997, 170: 479-482.

10- BOURGEOIS M.L.

Les deuils traumatiques  
Neuropsy News special, 2003, 78-82

11- BRESLAU N.

Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and psychiatric disorder.  
Can J Psy, 2002, 4: 923-929.

12- BRESLAU N.

The epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder: What is the extent of the problem?  
J Clin Psychiatry, 2001, 62 [suppl 17]: 16-22.

13- BRESLAU N.

Outcomes of posttraumatic stress disorder.  
J clin Psychiatry, 2001, 62 [suppl 17]:55-59.

14- BRESLAU N., DAVIS G.C., ANDRESKI P., PETERSON E.

Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch  
Gen Psychiatry, 1991; 48, n° 3: 216-222.

15- BRESLAU N., KESSLER R.C, CHILCOAT H.D., SCHULTZ L.R., DAVIS G.C., ANDRESKI  
P.

Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of  
Trauma.  
Arch Gen psychiatry, 1998, 55, n° 7: 626-632.

16- BRESLAU N, LUCIA V.C. and DAVIS G.C.

Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment.  
Psychol med, 2004, 34, n°7, 1205-14.

17- BRUCE S.E., WEISBERG R.B., DOLAN R.T. Et al.

Trauma and post traumatic stress disorder in primary care patients.

The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 2001 october 3, 5, 211-217

18- BRYANT R.A., HARVEY A.G.

Gender difference in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents.

Aust N Z J psychiatry 2003, 37, n° 2: 226-9.

19- CLERVOY P, MELE E, CORCOS M.

Evénement, stress et traumatisme.

La revue du praticien, 2003, 53:829-831.

20- CROCQ L. Préhistorie et histoire des syndromes psychotraumatiques.

Neuropsych News spécial, 2003, 10-18.

21- CROCQ L. Perspective historique sur le trauma.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001: 23-64.

22- CROCQ L.

La cellule d'urgence médico- psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions.

Annales médicales psychologiques, 1998, 156: 48-53.

23- CROCQ L.

Stress, trauma et syndrome psychotraumatique.

Soins psychiatrie, 1997, 188: 7-13.

24- CROCQ L.

Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles.

Psychologie médicale, 1992, 24, n° 5: 427-432.

25- CROCQ L, DOUTHEAU C, LOUVILLE P, CREMNITER D.

Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective.

Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier, Paris). Psychiatrie 37-113-D-10,1998, 8p.

26- DE CLERCQ.

Catastrophes macrosociales et catastrophes microsociales.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001:79-83.

27- DE CLERCQ.

Répercussions psychiatriques et psychologiques à long terme.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001:103-116.

28- DE CLERCQ, DUBOIS V.

Le traumatisme psychique.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001:13-22.

29- DE MONTLEAU F, CLERVOY P, YANG S.

Les traumatismes psychiques à long terme: évolutions plurielles.

La revue du praticien, 2003, 53: 858-862.

30- DOUGALL A.L, URSANO R.J., POSLUSZNY D.M., FULLERTON C.S., and BAUM A.

Predictors of Posttraumatic stress disorder among victims of motor vehicle accidents.

Psychosomatic Medicine, 2001, 63, n° 3: 402-411.

31- DUCROCQ F., VAIVA G., COTTENCIN O., MOLENDAS S., BAILLY D.

Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur: la littérature.

L'encéphale, 2001, 27, n° 2: 159-168.

32- EHLERS A., MAYOU R.A., BRYANT B.

Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents.  
Journal of abnormal psychology, 1998, 107, n° 3: 508-519.

33- FULLERTON C.S., URSANO R.J., EPSTEIN R.S., CROWLEY B., VANCE K., KAO T.C., DOUGALL A., BAUM A.

Gender differences in Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents.

Am J Psychiatry 2001, 158, n° 9: 1486-1491.

34- GUDMUNSDOTTIR B., BECK G., COFFEY S.F., MILLER L., PALYO S.A.

Quality of life and post trauma symptomatology in motor vehicle accident survivors: the mediating effects of depression and anxiety.

Depression and anxiety, 2004, 20, n° 4: 187-189.

35- HAMANAKA S., ASUKAI N., KAMIJO Y., HATTA K., KISHIMOTO J., MIYAOKA H.

Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan.

General Hospital Psychiatry, 2006, 28, n° 3: 234-241.

36- HUDELLOT Eric.

Etat de stress post-traumatique: Facteurs prédictifs.

Th: Besançon: 2003

37- JOLLY A. Données épidémiologiques.

Neuropsych News spécial, 2003, 24-26.

38- KESSLER R.C., SONNEGA A., BROMET E., HUGHES M., NELSON C.B. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey.

Arch Gen psychiatry, 1995, 52, n°12, 1048-1060.

39- KOREN D., ARNON I., KLEIN E.

Acute stress response ant posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one- year prospective, follow- up study.

Am J Psychiatry, 1999, 156, n° 3: 367-73.

40- KRIEF S.

Prévalence du syndrome de stress post traumatique dans le cadre des accidents de la circulation, étude dans un cabinet de médecine générale

Thèse: 2007

41- La sécurité routière en France: Bilan de l'année 2008.

42- LEBIGOT F.

Stress et trauma.

Neuropsychy News spécial, 2003, 19-23.

43- LEBIGOT F.

Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001: 93-102.

44- MARX B.P., SLOAN D.M.

Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of post traumatic stress symptomatology

Behaviour Research and Therapy, 2005 may, 43, 5, 269-283

45-MAYOU R.A.

Psychiatric consequences of motor vehicle accidents.

The psychiatric clinics of North America, 2002, 25, n° 1: 27-41.

46- MAYOU R., BRYANT B.

Outcome 3 years after a road traffic accident.

Psychological medicine, 2002, 32, n° 4: 671-675.

47- MAYOU R., BRYANT B., DUTHIE R.

Psychiatric consequences of road traffic accidents.

British medical journal, 1993, 307, n° 6905: 647-651.

48- MAYOU R., BRYANT B., EHLERS A.

Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident.

Am J Psychiatric, 2001, 158, n° 8: 1231-1238.

49- MAYOU R.A., EHLER A., BRYANT B.

Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study.

Behaviour Research and therapy, 2002, 40, n°6: 665-675.

50- MINVIELLE S, CLERVOY P.

Syndrome de répétition de traumatisme psychique: masquage et répétition.

La revue du praticien, 2003, 53: 841-845.

51- de MONTLEAU F., CLERVOY P., YANG S.

Les traumatismes psychiques à long terme: évolutions plurielles

la revue du praticien, 2003, 53, 858-862

52- NUSS P, GILOT B.

Clinique du syndrome psychotraumatique durable chez l'adulte. Etat de stress post-traumatique et autres pathologies.

Neuropsych News spécial, 2003, 37-43.

53- OSTERMAN J.E., CHEMTOB C.M.

Emergency intervention for acute traumatic stress

Psychiatric Services, 1999 june, 50, 6, 739-740

54- PAPETA D, CAILET L.

Individualité du traumatisme et des traumatisés psychiques.

La revue du praticien, 2003, 53: 832-836.



55- PRIETO N.

Epidémiologie du traumatisme psychique.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001: 65-78.

56- SERVANT D, HEROUIN F

Traitements pharmacologiques et thérapies cognitive et comportementale.

Neuropsych News spécial, 2003, 96-101.

57- SHALEV A.Y., FREEDMAN S., PERI T., BRANDES D., SAHAR T., ORR S.P., PITMAN R.K.

Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma.

Am J Psychiatry, 1998, 155, n° 5: 630-637.

58- SMAGA D.

L'hypnose dans le traitement des états de stress aigu et dans les états de stress post-traumatique.

In: Les traumatismes psychiques. M. De Clercq, F. Lebigot (Eds)

Paris: Masson 2001: 281-286.

59- STEIN M.B., WALKER J.R., FORDE D.R.

Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder.

Behaviour Research and therapy, 2000, 38, n° 6: 619-628.

60- STEIN M.B, WALKER J.R., HAZEN A.L., and FORDE D.R.

Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey.

Am J Psychiatry, 1997, 154: 1114-1119.

61- URSANO R.J., FULLERTON C.S., EPSTEIN R.S., CROWLEY B., KAO T.C., VANCE K., CRAIG K.J., DOUGALL A.L., BAUM A.

Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims.

Am J Psychiatry, 1999, 156, n° 4: 589-595.

62- VALLET D.

Le traumatisme psychique: effraction et dévoilement.

La revue du praticien, 2003, 53: 837-839.

63- WADDINGTON A., AMPELAS JF., MAURIAC F., BRONCHARD M., ZELTNER L.,  
MALLAT V.

Etat de stress post- traumatique: le syndrome aux différents visages.

L'encéphale, 2003, 29, n° 1: 20-27.

64- YULE W.

Posttraumatic stress disorder in the general population and in children.

J Clin psychiatry, 2001, 62 [suppl 17]: 23-28.

# VI- ANNEXES

Dr BAUMANN- COBLENTZ Laurence  
Directeur de thèse

Bernstein Marion

## Thèse de médecine générale

### Prévalence du stress post-traumatique dans le cadre des accidents de la route

Code d'identification:

#### Questionnaire:

**A- Avez-vous été :**

- a) exposé
- b) témoin
- c) confronté

**à un ou des accidents de la route qui ont impliqués**

- a) la mort
- b) la menace de mort
- c) de sérieuses blessures
- d) la menace de l'intégrité physique

- 1) de vous même
- 2) d'autrui

**vosre réaction a-t-elle impliqué**

- a) une peu intense
- b) de la détresse
- c) de l'horreur
- d) de l'effroi
- e) de l'impuissance

**B- L'évènement traumatique est-il revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs façon suivantes?**

- a) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement incluant des images, pensées, perceptions
- b) Rêves répétitifs et pénibles de l'évènement
- c) Impression ou agissement soudain comme si l'évènement traumatique se reproduisait
- d) Intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli externes ou internes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant
- e) Réactivité psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci

**C- Existe-t-il un évitement des stimuli associés au traumatisme et un émoussement de la réactivité générale (non présent avant le traumatisme)?**

- a) Efforts pour éviter les pensées, sentiments, ou conversation associés au traumatisme
- b) Efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatismes
- c) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- d) Réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative
- e) Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres
- f) Restriction des affects (incapacité de ressentir des sentiments amoureux...)
- g) Sentiment que l'avenir est « bouché », que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement

**D- Présentez vous des symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (n'existant pas avant le traumatisme)?**

- a) Difficulté pour s'endormir ou sommeil interrompu
- b) Irritabilité ou accès de colère
- c) Difficulté de concentration
- d) Hypervigilance
- e) Réaction de sursaut exagéré

**E- Si les symptômes B, C et D ont duré au moins un mois, quelle a été la durée de vos symptômes?**

- a) >1 mois
- b) >3 mois
- c) >6 mois
- d) >1 an

**F- Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement:**

- a) au niveau social
- b) au niveau professionnel
- c) dans un autre domaine de fonctionnement important

**1- Sexe**

**2- Date de naissance**

**3- Niveau socio-professionnel**

**4- Situation familiale**

**5- Prise de toxiques**

**6- Antécédents personnels**

**7- Description du traumatisme**

**Annexe 2****CODIFICATION DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIALES****AGRICULTEURS**

10 - Agriculteurs

**ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISES**

21 - Artisans

22 - Commerçants et assimilés

23 - Chefs d'Entreprises de dix salariés ou plus

**CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES**

31 - Professions libérales

33 - Cadres de la fonction publique

34 - Professeurs et assimilés

35 - Professions de l'information, des arts et des spectacles

37 - Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises

38 - Ingénieurs et cadres techniques os d'entreprises

**PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES**

42 - Instituteurs et assimilés

43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social

44 - Clergé, religieux

45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique

46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

47 - Techniciens

48 - Contremaîtres, agents de maîtrise

**EMPLOYÉS**

52 - Employés civils et agents de service de la fonction publique

53 - Policiers et militaires

54 - Employés administratifs d'entreprises

55 - Employés de commerce

56 - Personnels des services directs aux particuliers

**OUVRIERS**

61 - Ouvriers qualifiés

66 - Ouvriers non qualifiés

69 - Ouvriers agricoles

**RETRAITES**

71 - Retraités agriculteurs exploitants

72 - Retraités artisans, commerciaux et chefs d'entreprise

73 - Retraités cadres et professions intermédiaires

76 - Retraités employés et ouvriers

**AUTRES INACTIFS**

81 - Chômeurs n'ayant jamais travaillé

82 - Personnes sans activité professionnelle

## Remerciements

J'adresse tous mes remerciements:

- à Monsieur le Professeur Bergmann, pour avoir accepté d'être mon président de thèse,

- à Laurence pour son aide inestimable,

-aux Docteurs Coutin et Meynial, ainsi qu'a Cindy, Nadine et Séverine pour leurs aide lors de ce projet,

- à ma maman pour sa patience, son amour, son humour et son soutien constant,

- à mon père et à mes frères,

- à Elodie pour partager ce moment avec moi,

- à Astrid pour son amitié,

- aux amies de la fac Alice, Hélène, Valérie, Kam, Françoise, Béa, Asma, Emilie et au soleil de Bérivanie pour tous ces moments d'exception,

- aux Fourrures pour m'avoir tenu chaud les longues soirées d'hiver, ou d'été...

- à Momo, Zef et toute la fine équipe pour m'avoir littéralement supportée dans les bons comme dans les mauvais moments,

- et bien sûr à tous les autres, ils se reconnaîtront!