

Facteurs influençant la qualité de vie chez des patients souffrant d'un état de stress post traumatique (ESPT) : impact des blessures physiques, étude rétrospective comparative portant sur 35 patients du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

Raoul Vezies

▶ **To cite this version:**

Raoul Vezies. Facteurs influençant la qualité de vie chez des patients souffrant d'un état de stress post traumatique (ESPT) : impact des blessures physiques, étude rétrospective comparative portant sur 35 patients du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02109117

HAL Id: dumas-02109117

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02109117

Submitted on 24 Apr 2019

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

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

HAL
archives-ouvertes.fr

Facteurs influençant la qualité de vie chez des patients souffrant d'un état de stress post traumatique (ESPT) : impact des blessures physiques, étude rétrospective comparative portant sur 35 patients du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

Raoul Vezies

▶ **To cite this version:**

Raoul Vezies. Facteurs influençant la qualité de vie chez des patients souffrant d'un état de stress post traumatique (ESPT) : impact des blessures physiques, étude rétrospective comparative portant sur 35 patients du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02109117

HAL Id: dumas-02109117
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02109117

Submitted on 24 Apr 2019

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019 **Thèse n°38**

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
Raoul VEZIES

Né le 22 septembre 1985 à Paris 15ème (75)

Le 18 avril 2019

FACTEURS INFLUENCANT LA QUALITÉ DE VIE CHEZ DES PATIENTS SOUFFRANT D'UN ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE (ESPT) : IMPACT DES BLESSURES PHYSIQUES.

Étude rétrospective comparative portant sur 35 patients du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué.

Directeur de thèse
Docteur Gilles THOMAS

Rapporteur
Professeur Philippe CASTERA

Président du jury
Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Jury
Docteur Christophe ADAM
Docteur Raphaëlle CHALARD

Remerciements :

A notre président de jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Que ce travail soit l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A nos maitres et juges

Madame le Docteur Raphaëlle CHALARD

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et vous exprime ma sincère gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Vous me faites l'honneur de compter parmi les membres du jury.

Que ce travail soit l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être le rapporteur de ce travail.

Que cette thèse soit le témoin de mes profonds et sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Gilles Thomas :

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse. J'espère que ce travail vous apportera entière satisfaction. Je vous remercie pour votre soutien, votre patience, vos conseils et votre amitié. Je vous prie de recevoir ma sincère considération et mes chaleureux remerciements.

A ma famille :

Maman : Merci pour tout ! Tu es, avec Diane, la personne la plus importante à mes yeux. Je ne te remercierai jamais assez pour tous les sacrifices et les efforts que tu as fait pour nous, pour notre éducation et notre bien-être. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à ton amour, ta patience, ta gentillesse. Merci pour toutes les valeurs que tu nous as inculquées. J'espère, un jour, être aussi sage et fort que toi.

Danette : Merci d'être toujours là quand il faut. Tu es, avec maman, ce qu'il y a de plus cher dans ma vie. Tu es presque parfaite (si t'arrêtes de fumer, tu seras en bonne voie pour le devenir). Je suis fier de toi. PL : Tu as intérêt à prendre bien soin d'elle ! ☺

Mamie : Merci d'avoir toujours été là pour nous. Merci de ta gentillesse et de ta bienveillance à nos égards. Tu t'es toujours bien occupée de nous et nous as fait vivre de fabuleuses aventures, notamment dans des immenses champs de maïs.

Tata Nani alias « Tata Energizer » : Merci pour tout ce que tu as fait pour nous. Merci de m'avoir fait découvrir tant de choses : mes premiers tours de roue en vélo, l'escalade, le canyoning, le camping sauvage, le rafting… C'est aussi en partie grâce à toi que j'ai choisi la médecine, et je t'en remercie.

Coralie : Merci de ta bonne humeur, de ta gentillesse. Tu es une cousine géniale.

A ma famille du Népal :

Kiran pow, Sarita, Sarbendra/ Sagar, Karuna et tous ceux que je n'ai pas cité : Merci pour tout ! Merci de vous être occupés de moi quand j'étais tout petit, de m'avoir considéré comme un fils/ frère. Vous m'avez beaucoup appris et ouvert les yeux sur le monde. Votre gentillesse, vos valeurs, votre calme, vos bons plats… Je n'oublierai jamais.

A mes amis :

La D103 TEAM :

Merci à vous les gars d'avoir toujours été là. Vous êtes une seconde famille pour moi. Grâce à vous j'ai passé un externat génial à Paris. J'espère et j'en suis sûr, que nous allons continuer à bien rire pendant les décennies à venir ! Mister P : mon frère, j'espère que nous allons partir de nouveau vers de lointaines destinations et gravir d'autres monts ! En attendant prends bien soin de ta superbe petite famille. Choco : Cousin, t'es l'ortho le plus chaud du globe ! J'espère te revoir comme chez Tonin un jour ! Sylvoune : Tu es le locavore le plus cool que je connaisse ! Quand est-ce qu'on se fait un St Goudy 3 ? Dean : Le premier photographe qui moud son propre café ! et sinon c'est qui… ? Charly : je suis sûr que tu es un moine shaolin qui a fait du parkour. En tout cas t'es solide mec ! Enio : t'es complétement fou ! tu veux bien me refaire la blague du kiwi ? Déborah/Mini Madame/Craki : on ne te voit pas assez ! (et ce n'est pas une blague concernant ta taille…) Kway : can you take a picture of us when you're done looking up for gold ?

Kamarade: merci pour tous les bons moments passés ensemble, en stage et autre. Merci à ta famille pour leur gentillesse, leur bienveillance et de m'avoir accueilli pour nos sous-colles.

A mes anciens colocs et amis de Bordeaux :

Merci pour ces années passées dans la bonne humeur, pour les soirées magiques avec parfois des fanfares. Vous êtes ma famille bordelaise. Pierro : je suis très content d'avoir fait ta rencontre. Tu es juste quelqu'un de génial, toujours au top avec à chaque fois une paire de sneakers différentes. Fredo : promis la prochaine fois qu'on se met en coloc je te garde des gyozas. Samy : la bonne humeur incarnée ! Toujours dispo pour un déménagement ! Clocheux : merci de nous avoir supporté ! Je suis bien content que tu reviennes à Bordeaux. Stéphagro : la machine ! il ne s'arrête jamais !

A mes co-internes :

Merci pour tous les bons moments passés en stage et en dehors ! Vous avez sublimé mon internat ! Pierro, Edona, Marine, Chloé, Lolo, Catoche, Aurélia, la fine équipe de bactério ! Toujours motivés pour les antibiogrammes et les cocktails ! Catoche : merci de m'avoir laissé la main de temps en temps sur l'ordi. T'es géniale ! Thibaut (voisin) : merci pour toutes les soirées au HMS et les autres ! Pregash et Chloé : des potes sur qui on peut toujours compter ! Toujours partants pour un bon resto ! Aux co-internes de Saint André : Manon, Julie, Emeline, Anne ! Merci pour votre soutien et votre amitié. A mes co-internes de Bob : sacrée ambiance pendant cette année où nous avons enchainé stages et BBQ ! Je suis très heureux de vous avoir rencontré ! Martin : Mon meilleur pote roux ! Bro, je suis impatient de notre futur trip ! Yaya : le mec le plus balèze que je connaisse, le ninja des temps modernes sur une Harley ! Vincent, Mel et Marceau: les plus beaux ! toujours motivés pour une bonne après-midi BBQ ! Marie : toujours au top. Gobin : le roi du clap.

A tous les amis de Draveil : Romain : le plus vieux pote, toujours présent depuis la primaire ! Thomas : un exemple, merci pour tout ce que tu m'as apporté tant dans le dojang que dans la vie. Pierre, Ben, Marco : la fine équipe de PJ. Quoc bao : l'artiste.

A tous mes professeurs qui m'ont tant appris.

Aux médecins que je remplace : Cédric, Alexis, Bruno. Merci pour votre bienveillance, vos conseils et votre amitié.

A tous ceux que j'oublie et qui comptent.

Table des matières

GLOSSAIRE : 13

INTRODUCTION : 14

REVUE DE LA LITTERATURE : 15

L'ESPT : 15

HISTORIQUE : 15

DEFINITIONS : 16

ÉPIDEMIOLOGIE DE L'ESPT : 18

ÉVALUATION DE L'ESPT : 20

LA QUALITE DE VIE : 23

DEFINITION : 23

ÉVALUATION DE LA QUALITE DE VIE 23

ÉPIDEMIOLOGIE DE LA QUALITE DE VIE SELON LE WHOQOL-BREF DANS LA POPULATION FRANÇAISE : « THE WHOQOL-BREF QUESTIONNAIRE : FRENCH ADULT POPULATION NORMS FOR THE PHYSICAL HEALTH, PSYCHOLOGICAL HEALTH AND SOCIAL RELATIONSHIP DIMENSIONS » C. BAUMANN ET AL, (35). 29

OBJECTIFS DE L'ETUDE : 32

MATERIEL ET METHODES : 33

POPULATION ETUDIEE : 33

SCHEMA DE L'ETUDE : 33

TYPE D'ETUDE : 33

RECUEIL DES DONNEES : 34

ANALYSE STATISTIQUE : 34

RESULTATS 36

ANALYSE DESCRIPTIVE : 36

POPULATION ETUDIEE : 36

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES : 37

DONNEES RELATIVES A L'ESPT : 39
ANALYSE STATISTIQUE : 46
COMPARAISON DES GROUPES BLESSES ET NON BLESSES. 46
OBJECTIF PRINCIPAL : RECHERCHE D'UN LIEN SIGNIFICATIF ENTRE LA SURVENUE D'UNE BLESSURE ET L'ALTERATION DE LA QUALITE DE VIE CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'ESPT 48
OBJECTIFS SECONDAIRES : 51
ANALYSE MULTIFACTORIELLE : 54

DISCUSSION : 57

LIMITES DE L'ETUDE : 57
OBJECTIF PRINCIPAL : 57
OBJECTIFS SECONDAIRES : 59
COMORBIDITES : 59
LE STATUT MARITAL : 59
LES CONSEQUENCES PROFESSIONNELLES : 60
RELATION ENTRE NOMBRE D'OPEX ET ESPT : 60
COMPARAISON A LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE. 61

CONCLUSION : 62

RESUME : 64

ABSTRACT: 66

SERMENT D'HIPPOCRATE : 68

ANNEXES : 69

ANNEXE 1 : DEFINITION TROUBLE STRESS POST TRAUMATIQUE : DSM V 69
ÉCHELLES D'EVALUATION DE L'ESPT : 73
ANNEXE 2 : PDI OU INVENTAIRE DE DETRESSE PERI TRAUMATIQUE. 73
ANNEXE 3 : IES-R. 73
ANNEXE 4 : PCL-S 75
ÉCHELLES DE QUALITE DE VIE : 76

ANNEXE 5 : MOS-SF36. 76
ANNEXE 6 : EUROQOL-5D. 81
ANNEXE 7 : WHOQOL-BREF. 83

BIBLIOGRAPHIE: 86

Tableaux :

Tableau I : État de stress post traumatique : critères diagnostiques. (5) 17
Tableau II : Répartition des comorbidités en fonction du sexe selon Kessler et al, (9) 19
Tableau III : Cotation de l'échelle WHOQoL-BREF 28
Tableau IV : Caractéristiques de la population française étudiée par Baumann et al (35) 29
Tableau V : évaluation de la qualité de vie perçue et satisfaction vis-à-vis de la santé globale selon les sexes (35) 30
Tableau VI : évaluation des dimensions : santé physique, santé psychologique et relations sociales par groupe d'âge et sexe (35) 30
Tableau VII : comparaison des groupes étudiés selon l'âge 46
Tableau VIII : comparaison du statut marital des groupes étudiés 46
Tableau IX : Comparaison du niveau d'éducation des groupes étudiés 47
Tableau X : comparaison du score WHOQOL_G entre les deux groupes étudiés. 50
Tableau XI : Relation entre statut marital et qualité de vie dans la population étudiée. 51
Tableau XII : Relation entre statut marital et PCLS_G dans la population étudiée. 52
Tableau XIII : Relation entre comorbidité et qualité de vie dans la population étudiée. 52
Tableau XIV : Relation entre comorbidité et sévérité de l'ESPT. 53
Tableau XV : relation entre devenir professionnel et qualité de vie. 53
Tableau XVI : relation entre devenir professionnel et sévérité de l'ESPT. 54
Tableau XVII : comparaison des scores de qualité de vie entre la population étudiée et la population générale française. 61

Graphiques :

Graphique 1 : Diagramme de flux :.....36
Graphique 2 : Age diagnostic de l'ESPT :.....37
Graphique 3 : Diagramme à moustache représentant le nombre d'OPEX...39
Graphique 4 : Diagramme à moustache représentant le nombre d'événements traumatisants...40
Graphique 5 : Histogramme montrant les populations « blessés » et « non blessés »...40
Graphique 6 : Diagramme à moustache représentant le score PCL-S Global de la population étudiée.....41
Graphique 7 : Diagrammes à moustache représentant les sous scores : répétition (PCLS_R), hypervigilance (PCLS_H) et évitement (PCLS_E) de la population étudiée.....42
Graphique 8 : diagramme à moustache représentant le score global WHOQL_G de la population étudiée. 43
Graphique 9 : diagrammes à moustache représentant les sous scores : physique (WHOQL_PH), psychologique (WHOQL_PSY), relations sociales (WHOQL_RS) et environnemental (WHOQL_E) de la population étudiée. 44-45
Graphique 10 : nuage de points représentant la relation entre qualité de vie perçu et sévérité de l'ESPT dans les deux groupes étudiés.....49
Graphique 11 : AFM représentant les associations les différents paramètres étudiés.....55
Graphique 12 : AFM circulaire représentant les associations des données étudiées.....56

Glossaire :

ACP: Analyse des correspondances multiples.

AFM: Analyse factorielle multiple.

CAPS: Clinitian administrated post traumatic stress disorder scale.

CIM-10: Classification internationnale des maladies 10ème version.

DSM (III, IV, IV-TR, V): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versions III, IV, IV The revised version, V.

ESEMeD: European study of the epidemiology of mental disorder.

ESPT : État de stress post traumatique.

EuroQol-5D: European quality of life-5 dimensions.

EuroQol: European quality of life.

HIA: Hopital d'Instruction des Armées.

IES: Impact Event Scale.

MOS-SF36: Medical outcome study short form 36.

N: Nombre.

NHP-ISPN: Nottingham health profile- Indicateur de santé perceptuelle de Nottingham.

OPEX: Opération extérieure.

OR: Odd ratio.

PCL-S: Post traumatic stress disorder checklist scale.

PDI: Inventaire de détresse péri traumatique.

PTSD: Post traumatic stress disorder.

Q1 : 1er quartile.

Q3 : 3ème quartile.

Sd: Standard deviation, écart type.

SIP: Sickness impact profile.

SPMG : Santé mentale en population générale.

WHOQOL-BREF: World health organization quality of life version courte.

WHOQOL: World health organization quality of life.

Introduction :

L'état de stress post-traumatique (ESPT), est une pathologie de plus en plus médiatisée tant dans la population générale du fait du contexte sécuritaire actuel (actes terroristes, tueries de masse, catastrophes naturelles, viols…) que dans la population militaire. Sa prévalence est estimée à 0,7 % dans la population générale française (1) mais peut être plus importante dans certaines populations : militaires, victimes d'attentats…

Un état de stress post-traumatique se caractérise par la survenue de symptômes typiques de répétition, d'hypervigilance et d'évitements dans les suites d'une exposition à un événement mettant en jeu l'intégrité physique (blessure, viol, torture), et/ou psychique (menace, enlèvement, témoin de meurtres) d'une personne. La sévérité des symptômes de l'ESPT peut être évaluée par différentes échelles dont la PCL-S. Si dans de nombreux cas le trouble évolue spontanément de façon favorable, chez certains patients, il peut entrainer une altération durable de l'état antérieur ainsi que des complications (trouble des conduites de type addictif notamment, difficultés financières, conjugale etc..). Dans ces situations, la qualité de vie des patients peut être notablement altérée. L'étude de la qualité de vie, plus qu'un indicateur de l'intensité d'un trouble est à considérer comme un marqueur multidimensionnel d'une souffrance dans les différents secteurs de la vie des patients et est ainsi un précieux indicateur de leur état de santé. Parmi les questionnaires créés pour évaluer la qualité de vie, le WHOQOL-BREF est validé en langue française.

Notre étude est une analyse rétrospective, descriptive, d'une population de patients suivis pour ESPT, entre l'année 2008 et 2018, à l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué. L'objectif principal de notre étude est d'analyser s'il existe des facteurs pouvant influer sur la qualité de vie de patients atteints d'ESPT, et plus spécifiquement l'impact de la survenue d'une blessure physique au cours d'un évènement traumatisant. Les objectifs secondaires correspondent à la recherche de facteurs de risques favorisant l'altération de la qualité de vie, des facteurs protecteurs et des comorbidités.

Notre travail va s'articuler en deux grandes parties. Dans un premier temps nous allons définir les notions d'ESPT et de qualité de vie ainsi que les méthodes permettant leur mesure respective à l'aide d'une revue de la littérature. Dans un second temps, nous allons présenter notre étude en différentes étapes : matériel et méthodes d'analyses, résultats et une discussion.

Revue de la littérature :

L'ESPT :

Historique :

L'ESPT est un concept qui a été décrit dès l'Antiquité dans des textes anciens tels : l'épopée mésopotamienne de Gilgamesh (200 avant JC), ou l'Iliade et l'Odyssée (Homère 900 avant JC). La plupart du temps dans un contexte de guerre. Au XVIème siècle, Charles IX en fait une description clinique au chirurgien de guerre Ambroise Paré : *« Ambroise, je ne sais ce qui m'est survenu depuis trois jours, mais je me sens l'esprit et le corps tout aussi émus que si j'avais de la fièvre. Il me semble à tout moment, aussi bien veillant que dormant, que ces corps massacrés se présentent à moi les faces hideuses et couvertes de sang » (2)(3)*. Les grands médecins militaires de l'Empire que sont Larrey, Desgenettes et Percy, décrivaient au début du XIXème siècle, le « syndrome du vent du boulet », qui correspondait à des phénomènes de sidération chez des soldats qui étaient exposés à des tirs, des éclats, des obus pendant les guerres napoléoniennes. Il faut attendre la fin de ce siècle avec le neurologue allemand Herman Oppenheim, pour avoir une réelle individualisation de ce trouble dans la nosologie, présenté dans son livre « Die traumatischen neurosen » ou « Les névroses traumatiques » en 1889. En effet, il décrit chez des patients employés des chemins de fer, victimes d'accidents du travail, des atteintes psychiques à type de : souvenirs récurrents de l'accident, troubles du sommeil avec cauchemars, de phobies spécifiques (trains, chemins de fer) survenant après un laps de temps. Les traumatismes psychiques demeurent mal connus au cours de la Première Guerre Mondiale, et les victimes militaires sont souvent considérés comme des simulateurs. Pendant cette guerre, les premières méthodes pour traiter ces troubles apparaissent et consistent en des techniques d'hypnose, de méditation et même psycho-électriques comme la faradisation de Roussy. C'est au décours de la guerre du Vietnam, du fait d'une répercussion importante dans la vie des vétérans avec notamment des difficultés de réinsertion dans la société, qu'il y a eu un regain d'intérêt mondial pour ce type de traumatisme. La description clinique de ces troubles s'est dès lors unifiée, sous l'impulsion du psychiatre américain Chaim Shatan et le lobbying des vétérans du Vietnam, pour donner naissance au terme de *« Post-traumatic stress disorder »* ou *« état de stress post traumatique »* ; terme apparu pour la première fois en 1980 lors de la publication du DSM-III (4).

Nous allons au cours de notre étude nous intéresser à la définition donnée par le DSM-IV-TR ; le score PCL-S utilisé pour suivre les patients, se basant sur cette définition. Il est à noter qu'il existe une définition plus récente, datant de 2015 où l'ESPT est nommé « Troubles de stress post traumatique » (Annexe 1), nous mettrons à disposition en annexe cette nouvelle définition qui n'est pas très différente de celle du DSM-IV-TR.

Définitions :

L'état de stress post-traumatique, est un ensemble de symptômes survenant après la rencontre d'un événement traumatisant extrême, c'est-à-dire, pouvant occasionner la mort, une menace de mort, le fait d'être témoin d'une situation pouvant entraîner le décès ou atteindre l'intégrité physique d'un autre individu ; la réponse immédiate à ses différentes situations pouvant comprendre une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur. Les symptômes peuvent apparaître après une certaine latence et entrent dans trois grandes catégories : les répétitions, l'évitement et l'hyper vigilance (5).

La définition selon le DSM-IV-TR (5) s'appuie sur six grands critères, côtés de A à F, présentée ci-dessous :

Tableau I : État de stress post traumatique : critères diagnostiques. (5)

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LE DSM IV-TR (F43.1)

« **A.** Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :
Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

(1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;

(2) Irritabilité ou accès de colère ;

(3) Difficulté de concentration ;

(4) Hypervigilance ;

(5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

Le CIM-10 (6) (dixième version de la Classification Internationale des Maladies) quant à lui, définit l'ESPT comme : *« une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue*

du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hyper vigilance, "état de qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0). »

Épidémiologie de l'ESPT :

Prévalence :

Il existe peu d'études françaises et européennes pour estimer la prévalence de l'ESPT dans la population générale, la majorité des études étant réalisée outre-Atlantique. La prévalence de l'ESPT sur le mois écoulé dans la population française a été estimée à 0,7% au cours de l'enquête SMPG (7) (santé mentale en population générale). Etude réalisée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur 36000 individus âgés de plus de 18 ans. Cette donnée est proche de la prévalence sur les 12 derniers mois, retrouvée au cours de l'étude ESEMeD (8) (European Study of the Epidemiology of Mental disorder), une enquête transversale épidémiologique internationale, réalisée entre 2001 et 2003, sur une population âgée de plus de 18 ans, de différents pays européens (Belgique, France, Espagne, Allemagne, Pays Bas et Italie). En effet elle a estimé une prévalence instantanée de l'ESPT dans la population européenne à 0,9% et une prévalence au cours de la vie de 1,9%. Ces chiffres sont plus élevés dans la population française au cours de cette étude avec des prévalences instantanées et au cours de la vie à respectivement : 2,2% et 3,9%.

A titre d'information, cette prévalence est bien moins élevée que la prévalence de l'ESPT aux États-Unis, qui a été évaluée à 3,5% au cours des douze derniers mois et 6,8% au cours de la vie (9). D'autres études américaines montrent des prévalences vie entière évoluant entre 1 et 10% (10).

Sexe ratio :

Selon les différentes études, que ce soit en France ou dans le monde entier, les femmes semblent plus touchées par l'ESPT. L'étude européenne ESEMeD (8), retrouve une prévalence, dans la population française, multipliée par cinq au cours du mois chez les femmes (3,5%) par rapport aux hommes (0,7%), cette prévalence augmente au cours de la vie (6% chez les femmes et 1,5% chez les hommes). On retrouve une tendance similaire dans les autres populations. Outre les prévalences plus élevées dans la population féminine, ces dernières semblent aussi plus susceptibles que les hommes, de développer un ESPT au cours de leur vie, bien qu'elles aient un risque d'être exposé à un évènement traumatisant moins important (11). Cela pourrait être expliqué par le fait qu'elles aient un risque d'être exposé à des traumatismes responsables d'un ESPT plus durable dans le temps (Viols, agressions sexuelles, violences conjugales…)

Comorbidités :

D'après *Kessler et al* (9), la majorité des individus atteint d'ESPT présente les critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychiatrique associé. C'est notamment ce qu'ils ont décrit dans une étude américaine, publiée en 1995, où la comorbidité atteignait 75% des sujets présentant un ESPT. La dépression était le trouble le plus comorbide.

Tableau II : Répartition des comorbidités en fonction du sexe selon Kessler et al, (9) :

Troubles présents de façon comorbide à l'état de stress post traumatique selon le sexe des victimes (Kessler et al, 1995) (9).		
Trouble comorbide	Homme	Femme
Dépression majeure	48%	49%
Dysthymie	21%	23%
Abus d'alcool	52%	28%
Abus de drogues	35%	27%
Anxiété généralisée	17%	15%
Trouble panique	7%	13%
Phobie sociale	28%	28%
Phobie spécifique	31%	29%

Dans l'étude française SMPG (7), l'étude des comorbidités chez les patients atteint d'ESPT montre que la comorbidité dépressive est fréquente avec un Odd ratio (OR) à 3, le risque suicidaire quant à lui est multiplié par 3,5 comparativement à la population générale. Les risques de dépendance et d'abus d'alcool sont multipliés respectivement par 5 et 1,5. *Allgulander* en 1993 (12) ou Szadocsky et al en 2000 (13) mettent l'accent sur le risque suicidaire chez les sujets atteints d'ESPT. Ils ont montré que les personnes ayant été exposées à un événement traumatisant avaient un risque de passage à l'acte suicidaire 5 à 7 fois plus important que la population générale. L'anglais, *Tarrier N* (14), plus récemment, a décrit également un lien étroit entre ESPT et risque suicidaire, en évaluant la prévalence du risque suicidaire, correspondant aux trois critères : idéation suicidaire, planification suicidaire et tentative de suicide, dans une cohorte de 94 patients atteints d'ESPT. Cette dernière était à 54,4% (14) contre 23% dans la population générale américaine (15) et 20,2% en France d'après l'étude ESEMeD (8) (16).

Évaluation de l'ESPT :

Il existe plusieurs échelles et questionnaires permettant le dépistage, l'évaluation et le suivi de l'ESPT, nous allons décrire celles qui sont le plus représentées dans la littérature scientifique.

Le PDI : (Annexe 2)

Le PDI (17) ou Inventaire de détresse péri traumatique, construit par le québécois Brunet en 2001 est un auto-questionnaire composé de 13 questions, cotées de 0 (pas du tout vrai), 1 (un peu vrai), 2 (assez vrai), 3 (très vrai) à 4 (extrêmement vrai). Ce questionnaire permet d'évaluer la présence du critère A du DSM-IV relatif à la réaction immédiate du sujet face à l'événement traumatisant. Il permet surtout de dépister les personnes susceptibles de développer un ESPT.

Le Clinitian-administered PTSD scale ou CAPS :

Le Clinitian-administered PTSD (18) (Post Traumatic Stress Disorder) Scale ou CAPS, qui a été créé dans les hôpitaux américains afin de prendre en charge les vétérans de la guerre du Vietnam, est une échelle d'hétéro-évaluation, cotée par le professionnel de santé après l'examen clinique. Il permet de mesurer l'intensité et la fréquence de chaque symptôme de l'état

de stress post traumatique. C'est l'hétéro-questionnaire de référence pour le diagnostic et l'évaluation de l'ESPT. Ce questionnaire nécessite une réponse détaillée pour définir le critère A du DSM-IV avec recueil de la réponse émotionnelle induite. Les critères B, C et D sont évalués par 17 items. Leur fréquence et leur intensité sont évaluées. Enfin, les critères E et F sont évalués par 5 items. Le diagnostic d'ESPT est retenu s'il est noté la présence d'une sensation de mort imminente, un sentiment d'impuissance, ou une terreur extrême durant l'événement. Concernant les autres symptômes, doivent être présents au moins une expérience de réviviscence, trois symptômes d'évitement, deux symptômes d'hypervigilance, et cela durant un mois avec un impact sur la qualité de vie. Un index de sévérité peut être obtenu en faisant la somme des 17 items de la seconde partie du test. La sensibilité de ce questionnaire est de 89%. Cet hétéro-questionnaire, bien que complet et précis, est de réalisation difficile en routine. Il est chronophage et nécessite des praticiens entraînés avec une bonne homogénéité test/retest, ce qui rend son utilisation difficile.

L'IES : (Annexe 3)

L'IES ou Impact of Event Scale, est un des auto-questionnaires les plus anciens. Il a été développé en 1979 par Horowitz et révisé en 1997 par Weiss et Marmar (19) (IES-R). Il comprend 22 questions essentiellement axées sur l'évitement, les expériences intrusives et l'hypervigilance ou hyperactivité neurovégétative. Chaque item est coté de 0 (pas du tout), 1 (un peu), 2 (moyennement), 3 (passablement) à 4 (extrêmement). Un score supérieur ou égal à 22, moins d'un mois après l'événement, correspond à un état de stress aigu et nécessite une surveillance, un score supérieur ou égal à 33, plus d'un mois après l'événement, correspond à un ESPT. Plus le score est élevé, plus la sévérité du trouble est importante. C'est une échelle simple et rapide à utiliser qui permet également de voir les fluctuations de l'ESPT en fonction de la prise en charge.

Le PCL-S : (Annexe 4)

Le PCL-S (20), ou Post traumatic stress disorder Checklist Scale, est un questionnaire d'auto-mesure comprenant 17 items permettant la graduation de la sévérité des 17 symptômes de l'ESPT, selon les critères diagnostiques du DSM-IV (-TR) (5). Le PCL-S peut être lu et rempli par le patient lui-même, être rempli par appel téléphonique, ou être rempli par le professionnel de santé évaluant le patient. C'est une échelle rapide et simple à remplir. (5 à 10

minutes en moyenne). L'intensité des 17 symptômes est évaluée par le sujet sur une échelle ordinale, allant de 1 à 5 (1= pas du tout, 2= un peu, 3= parfois, 4= souvent, 5= très souvent). Ces items peuvent être regroupés en 3 sous-groupes correspondant aux 3 syndromes principaux de l'ESPT, à savoir : la répétition (questions 1 à 5), l'évitement (questions 6 à 12) et l'hypervigilance (questions 13 à 17). Concernant la cotation de l'échelle, un score global est obtenu en additionnant les scores de chaque item. Le score global est compris entre 7 et 85. En 2013, *Paul F. et al*, (21) définissaient un cut-off diagnostique de l'ESPT pour un score supérieur ou égal à 34 (avec une spécificité à 94% et une sensibilité à 74%). En réalité, le cut-off dépend fortement de la population étudiée et des événements traumatiques auxquels elle est confrontée, la sévérité de l'ESPT étant proportionnelle à l'augmentation du score PCL-S. Dans une perspective de dépistage, les patients avec un score inférieur à 34 sont considérés comme ne présentant pas d'ESPT. Ce score est facilement reproductible et permet de voir les effets des psychothérapies et des traitements au cours du temps. C'est le questionnaire le plus récent.

Le score PCL-S a été choisi pour évaluer l'ESPT à l'hôpital Robert Picqué du fait de sa facilité de mise en œuvre, de sa rapidité de réalisation, de sa reproductibilité et enfin de la possibilité de suivre l'évolution de la sévérité de l'ESPT grâce aux fluctuations de score. Par ailleurs, c'est une échelle sensible et spécifique qui a été validée dans la population française. Elle possède de bonnes qualités psychométriques, avec une validité test-retest ($r = 0,80$ entre les mesures globales à deux semaines d'intervalle), une consistance interne élevée ($\alpha = 0,86$) et est très bien corrélée aux autres mesures cliniques de l'ESPT (phobie, dépression et détresse) (20).

La qualité de vie :

Définition :

La qualité de vie est un concept né dans les années 1970 et qui depuis ne cesse d'intéresser des chercheurs, notamment dans le domaine médical. En effet c'est une notion qui devient essentielle dans la prise en charge des patients, dans l'évaluation des répercussions des pathologies, dans l'évaluation de l'efficacité des soins et du suivi apporté. Ce phénomène est notamment lié aux grandes évolutions de la médecine, de la place du patient et du type de maladie. Il n'y a pas si longtemps encore, les maladies infectieuses décimaient des populations entières. De nos jours, ce sont les maladies chroniques qui deviennent un problème de santé publique. Elles ne mettent pas en jeu le pronostic vital à court terme mais altèrent peu à peu la santé et le but de la médecine est de pouvoir allonger l'espérance de vie tout en faisant en sorte que celle-ci soit qualitative. Les relations médecin-malade et la prise en charge médicale ont également fortement évoluées, et nous sommes passés d'un modèle paternaliste à un modèle où le patient est au centre de la prise en charge. Il devient acteur de sa santé et véritable partenaire, afin de le traiter tout en prenant en compte ses croyances, ses intérêts, son système de valeur, en bref : sa qualité de vie. C'est une notion complexe, multidimensionnelle, difficile à définir et subjective. L'OMS en a donné une définition en 1994 (22) :

« C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

Évaluation de la qualité de vie.

L'étude de la qualité de vie présente un intérêt majeur dans le cadre du suivi des maladies chroniques. Bien que ce soit un concept complexe et subjectif, il existe plusieurs outils pour la mesurer. On peut en distinguer deux types : les questionnaires spécifiques qui sont orientés vers une population en particulier, notamment présentant une pathologie, une

symptomatologie donnée, et les questionnaires génériques, établis pour évaluer une population générale, malade ou non malade. Ce sont ces derniers qui vont nous intéresser pour notre étude.

Questionnaires génériques de qualité de vie :

Nous allons, dans un premier temps, présenter les quatre questionnaires génériques les plus cités dans la littérature : le MOS-SF36, le NHP-ISPN, le SIP et l'EuroQol-5D.
Dans un second temps, le questionnaire utilisé dans notre travail : le WHOQoL-BREF.

MOS-SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36): (Annexe 5)

Le MOS-SF36 (23) (24) (25) est un auto-questionnaire qui a été réalisé aux États-Unis à partir de 1986, en étudiant une population de 20 000 sujets pendant 4 ans. Il comporte 36 items, côtés selon une échelle de type Likert (échelle ordinale allant de 1 à 6), qui englobent huit dimensions de santé : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleur physique, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique, vitalité et santé perçue. Après un calcul complexe faisant intervenir un coefficient variable en fonction de l'item et du pays dans lequel l'étude est réalisée (il existe un coefficient pour certains pays : Danemark, France, Allemagne, Italie, Pays Bas, Espagne, Norvège, Royaume Uni, Suède et Australie), on obtient un score pour chaque domaine, ces scores pouvant alors être réintégrés dans deux grands scores : score physique et score mental. Les scores obtenus vont de 0 à 100, la qualité de vie augmentant de façon proportionnelle au score. Il n'y a pas de score global ni de score perçu de la qualité de vie. C'est une échelle aux bonnes caractéristiques psychométriques (23) permettant de comparer des groupes de personnes présentant ou non une pathologie. Sa validité clinique et sa cohérence interne ont été démontrées dans de nombreuses études portant sur des échantillons de grande taille dans différents pays (26). Il permet une évaluation de l'évolution de l'état de santé des patients et est sensible notamment aux changements de l'état de santé des patients induit par leur prise en charge thérapeutique.

Le Nottingham Heath profile (NHP-ISPN):

Le Nottingham Heath profile (24) ou Indicateur de santé perceptuelle de Nottingham en version française (NHP-ISPN) est un auto-questionnaire permettant au patient de mesurer son état de santé et le retentissement de sa pathologie sur son comportement individuel et social. Il a été validé en 1980 aux États-Unis par l'équipe de *Hunt et al.* (27) dans une étude portant sur une population âgée de 60 à 93 ans. Il a été traduit en différentes langues, dont le français, et les questions ont été adaptées en fonction des différentes cultures. Dans sa version originale, il est composé de deux parties : une première comportant une série de 38 questions à réponses fermées (oui/non) subdivisées en six domaines : douleur, mobilité, réactions émotionnelles, isolement social, sommeil, vitalité, et une seconde partie composée de 7 questions concernant les aspects de la vie quotidienne les plus affectés en présence d'une pathologie. La version française (28) du questionnaire ne comprend que la première partie. Un point est compté pour chaque réponse positive et 0 pour chaque question négative. Un coefficient est attribué à chaque item et on obtient un score variant entre 0 et 100 par domaine en additionnant le résultat des items correspondant à ce domaine. Plus le score est élevé, plus la sévérité perçue du problème est importante. C'est un questionnaire rapide et facile à remplir, mais peu sensible au changement du fait de la présence de questions binaires ; il est difficile pour les personnes interrogées de nuancer leur perception. La reproductibilité de ce questionnaire est également médiocre, certaines études montrent une performance faible au test-retest notamment pour les domaines « réactions émotionnelles » et « isolement social ».

Le Sickness impact profile (SIP) :

Le SIP (25) est un auto-questionnaire initialement créé dans les années 1970 pour évaluer de façon aussi complète que possible la qualité de vie au sein de populations diverses, quels que soient leur culture, leur état de santé, la sévérité de leur pathologie. Le but de ce questionnaire est de fournir un profil descriptif des changements survenus dans le comportement d'une personne liés à un état pathologique. Il comporte 136 questions étudiant 12 domaines relatifs à la qualité de vie : sommeil et repos (7 items), alimentation (9 items), travail (9 items), tâches ménagères (10 items), loisirs et divertissements (8 items), déambulation (relatif à l'action de marcher : 12 items), mobilité (relatif au fait de se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison : 10 items) , soins personnels et gestes quotidiens (23 items) , vie sociale (20 items) , degré d'éveil (10 items) , comportement émotionnel (9 items) ,

communication (9 items). Des versions plus courtes du SIP ont été développées du fait du nombre extrêmement important de questions : le SIP68 en 1994. La cotation de cette échelle peut se faire manuellement ou à l'aide d'un algorithme. Les 12 différents domaines peuvent être côtés indépendamment pour obtenir un profil de santé personnalisé. Ces 12 domaines peuvent être subdivisés en deux grands groupes pour obtenir un score en deux dimensions : dimension physique et dimension psychosociale. Enfin, un score global correspondant à l'ensemble des 136 items peut également être calculé. Ces différents scores évoluent de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est altérée. Cette échelle comporte de nombreux items et permet de bien déterminer le profil du patient qui l'utilise, mais ce nombre important d'items est également une faiblesse : elle est fastidieuse et longue à remplir, ce qui diminue son observance et sa reproductibilité. Par ailleurs, certaines études ont révélé des faiblesses considérables dans la fiabilité des résultats obtenus, notamment chez les sujets présentant une atteinte faible à modérée de leur santé (25) (29).

L'EuroQol-5D ou EQ-5D: (European Quality of Life- 5dimension) (Annexe 6)

Établi en 1987, le groupe EuroQoL était initialement composé de chercheurs européens voulant mesurer l'état de santé de différentes populations. Il est maintenant composé de chercheurs travaillant dans le monde entier : Asie, Afrique, Australie, Amérique du Nord, Nouvelle Zélande. Ce groupe a permis la réalisation, en 1990, d'un questionnaire permettant l'évaluation de l'état de santé nommé Initialement EuroQoL-5D-3L (30). Il a été actualisé en 2005 et renommé EuroQoL-5D-5L. C'est un auto-questionnaire évaluant la qualité de vie liée à la santé selon 5 dimensions : la mobilité, les soins personnels, les activités habituelles, la douleur/inconfort, et l'anxiété/dépression. Chaque dimension est cotée de 1 à 5 selon une échelle ordinale (1= pas de problème, 2= un petit problème, 3= problème modéré, 4= problème sévère, 5= incapacité). Sur la base des réponses obtenues aux cinq dimensions, un profil de santé peut être attribué à chaque participant : il existe 3125 profils d'état de santé possibles. Un score global de qualité de vie, le score EQ-5D, peut être obtenu en utilisant un algorithme propre à la population étudiée. Ce score varie entre 0 et 1, 1 étant la meilleure qualité de vie ressentie possible. Ce questionnaire est complété par une échelle visuelle analogique allant de 0 à 100 afin de déterminer la qualité de santé perçue le jour de l'entretien, 100 étant la meilleure santé possible. La version la plus récente de ce questionnaire a été évaluée au Royaume-Uni et plus récemment en Belgique (31) sur une population âgée de plus de 15 ans. A notre connaissance,

cette échelle n'a pas été évaluée dans la population générale française. Des études psychométriques de cette échelle ont été effectuées sur des populations présentant certaines pathologies (32) (cancer, dyspepsies…) et montrent des résultats encourageants. Des études plus poussées portant sur des populations générales sont à effectuer afin de confirmer ces résultats.

WHOQoL-BREF: World Health Organization Quality of Life. (Annexe 7)

C'est la version abrégée du WHOQoL-100 (22) qui est une échelle de mesure de la qualité de vie développée par le groupe WHOQoL en 1998, comprenant 100 questions. Ce questionnaire a été développé de façon simultanée dans 15 centres différents à travers le monde, afin de permettre une mesure de la qualité de vie transculturelle. Afin de pouvoir faciliter l'utilisation de ce questionnaire, une version abrégée a été développée par l'OMS en 2004. Le WHOQoL-BREF (33) (34) est un auto-questionnaire générique et multidimensionnel. Il comporte 26 questions courtes. Deux des questions sont d'ordre général, portant sur la qualité de vie globale perçue ainsi que la qualité de santé globale perçue. Les 24 autres items correspondent à des questions portant sur 4 grands secteurs de la qualité de vie : la santé physique (7 items), la santé mentale (6 items), les relations sociales (3 items) et l'environnement (8 items). Les évaluations psychométriques ont été réalisées sur différents échantillons : populations générales bien portantes, populations présentant diverses pathologies (insuffisance cardiaque, diabète, cancers, etc.), population hospitalisée ou suivie en médecine générale. Ces évaluations montrent que cette échelle possède des qualités métrologiques permettant de réaliser des mesures fiables (33) (34) (35). Elle est bien acceptée au cours de son utilisation et elle est adaptée à l'étude de la population générale.

Cotation et score :

La cotation se fait à l'aide de quatre types d'échelles ordinales, en fonction des questions posées, composées chacune de 5 graduations afin d'évaluer la fréquence (« jamais » à « tout le temps »), la satisfaction (« très insatisfait » à « très satisfait »), la capacité (« très difficilement » à « très facilement ») et l'intensité (« pas du tout » à « extrêmement »). Chaque qualificatif correspond à un chiffre donné (1 à 5). On obtient, en faisant la somme des différentes questions

correspondant aux quatre domaines étudiés par l'échelle, un score en valeur absolue selon le calcul exposé ci-dessous :

Tableau III : Cotation de l'échelle WHOQoL-BREF.

Santé physique = (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 Santé psychologique = Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26) Relation sociale = Q20 + Q21 + Q22 Environnement = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25

Nous obtenons donc pour la santé physique un score en valeur absolue allant de 7 à 35, pour la santé psychologique un score allant de 6 à 30, pour les relations sociales un score allant de 3 à 15 et pour l'environnement un score allant de 8 à 40. On obtient des scores transformés sur 20 et sur 100 à l'aide de tables d'équivalence générées grâce à des algorithmes de calculs qu'on ne détaillera pas (Annexe 7). Les items « qualité de vie ressentie » et « satisfaction de la santé » sont cotés à part de 1 à 5.

Épidémiologie de la qualité de vie selon le WHOQoL-Bref dans la population française : « The WHOQoL-BREF questionnaire : French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions » C. Baumann et al, (35).

En plus d'être une échelle aux bonnes performances psychométriques, le WHOQoL-bref a été étudié dans la population française afin d'en déterminer des valeurs de référence. Une étude française publiée en 2010 par *C. Baumann et al*, (35), portant sur une population de 16 450 personnes âgées de 18 à 75 ans, ayant participé à l'édition 2005 du baromètre santé (enquête déclarative en population générale réalisée par l'INPES), a permis d'étudier la qualité de vie dans la population générale française et d'établir des valeurs de références.

Tableau IV : Caractéristiques de la population française étudiée par Baumann et al (35) :

Characteristics of the French sample by sex.

	Men		Women		Total	
	n observed	% corrected[a]	*n* observed	% corrected[a]	*n* observed	% corrected[a]
	6808	49.0	9584	51.0	16,392	–
Age (years)						
18–24	656	13.4	791	11.2	1447	12.3
25–34	1391	20.4	1866	20.2	3257	20.3
35–44	1437	20.1	1954	22.1	3391	21.1
45–54	1285	19.7	1787	19.6	3072	19.6
55–64	1160	13.1	1752	13.4	2912	13.2
65–75	879	13.4	1434	13.6	2313	13.5
Self-reported chronic disease						
Yes	1638	23.0	2554	25.0	4192	24.0
No	5167	77.0	7019	75.0	12186	76.0

[a] Weighted by number of eligible persons in the household and imputed from 1999 INSEE National Census data.

Dans la population étudiée, les femmes représentaient 51% de la population et les hommes 49%. La majorité de la population étudiée avait entre 25 et 54 ans (61%).

Tableau V : Evaluation de la qualité de vie perçue et satisfaction vis-à-vis de la santé globale selon les sexes (35).

Global health-related quality of life (HRQoL) and satisfaction with health by sex.

	Men		Women		Total	
	n observed	% corrected[a]	*n* observed	% corrected[a]	*n* observed	% corrected[a]
	6808	49.0	9584	51.0	16,392	–
How would you rate your quality of life?						
Very poor	53	0.8	75	0.7	128	0.8
Poor	159	2.1	216	2.0	375	2.1
Neither poor nor good	1537	21.9	2386	24.5	3923	23.2
Good	3965	58.6	5516	57.7	9481	58.2
Very good	1089	16.6	1381	15.0	2470	15.8
How satisfied are you with your health?						
Very dissatisfied	168	2.3	304	2.9	472	2.6
Dissatisfied	418	5.7	788	7.7	1206	6.7
Neither satisfied nor	714	10.1	1311	13.6	2025	11.9
Satisfied	4331	63.7	5847	61.5	10,178	62.5
Very satisfied	1170	18.3	1313	14.4	2483	16.3

[a] Weighted by number of eligible persons in the household and imputed from 1999 INSEE National Census data.

Dans cette étude, 74% de la population étudiée, tout sexe confondu, évaluaient sa qualité de vie perçue comme bonne ou très bonne et 78,8% leur santé globale comme bonne ou très bonne. Les hommes étaient plus satisfaits dans ces 2 domaines de façon significative (p<0,0001).

Tableau VI : Evaluation des dimensions : santé physique, santé psychologique et relations sociales par groupe d'âge et sexe (35).

HRQoL norms[a] by sex and age group (years) for the French general population (*n* = 16,392).

	Men							Women							Total
	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–75	Total	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–75	Total	
Physical health															
Mean	81.4	82.9	80.7	77.1	74.8	71.6	78.5	79.4	79.9	77.5	73.7	71.3	67.6	75.3	76.9
Standard error mean	0.5	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.2	0.1
25th percentile	75.0	78.6	75.0	67.9	67.9	64.3	71.4	71.4	75.0	71.4	64.3	64.3	60.7	67.9	67.9
Median	82.1	85.7	82.1	78.6	78.6	75.0	82.1	82.1	82.1	78.6	75.0	75.0	70.8	78.6	78.6
75th percentile	89.3	89.3	89.3	85.7	85.7	82.1	89.3	89.3	89.3	85.7	85.7	82.1	78.6	85.7	85.7
Minimum	32.1	21.4	7.1	3.6	17.9	10.7	3.6	21.4	17.9	7.1	10.7	7.1	3.6	3.6	3.6
Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Floor effect (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ceiling effect (%)	5.6	7.0	6.4	3.4	3.1	1.9	4.8	4.3	4.4	3.4	2.8	1.6	0.9	3.0	3.9
Psychological health															
Mean	69.3	70.8	69.8	68.6	67.9	66.8	69.1	66.6	67.3	65.9	64.4	63.3	61.3	65.0	67.0
Standard error mean	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.5	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.1	0.1
25th percentile	58.3	62.5	62.5	58.3	58.3	58.3	62.5	58.3	58.3	58.3	54.2	54.2	50.0	54.2	58.3
Median	70.8	70.8	70.8	70.8	70.0	66.7	70.8	66.7	70.8	66.7	66.7	62.5	62.5	66.7	66.7
75th percentile	79.2	79.2	79.2	79.2	75.0	75.0	79.2	75.0	79.2	75.0	75.0	75.0	70.8	75.0	75.0
Minimum	20.8	16.7	4.2	12.5	16.7	20.0	4.2	8.3	16.7	12.5	4.2	4.2	0.0	0.0	0.0
Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Floor effect (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Ceiling effect (%)	0.4	1.1	1.1	0.4	0.7	0.2	0.7	0.1	0.4	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2	0.5
Social relationship															
Mean	75.6	76.7	75.5	74.5	73.4	71.3	74.7	78.0	77.8	74.6	72.7	71.3	70.6	74.3	74.5
Standard error mean	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.2	0.1
25th percentile	66.7	75.0	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	75.0	75.0	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7
Median	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
75th percentile	83.3	83.3	83.3	83.3	83.3	75.0	83.3	91.7	91.7	83.3	83.3	75.0	75.0	83.3	83.3
Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Floor effect (%)	0.2	0.3	0.1	0.6	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.7	0.2	0.3	0.3	0.2
Ceiling effect (%)	10.2	10.0	9.0	7.4	6.4	2.7	7.9	13.1	13.6	8.3	7.0	4.9	3.8	8.6	8.2

[a] Weighted by number of eligible persons in the household and imputed from 1999 INSEE National Census data.

Les résultats ont été normés pour obtenir une échelle allant de 0 (pire score) à 100 (meilleur score). La santé physique perçue, tout sexe et tout âge confondu, était évaluée à 76,9 ; la santé psychologique perçue à 67 et les relations sociales perçues à 75,5. Les scores des différents domaines, après un pic dans la tranche d'âge de 25-34 ans, tendaient à décroitre avec l'âge, quel que soit le sexe. Les hommes présentent, en moyenne, de façon significative de meilleurs scores dans les domaines « santé physique » et « santé psychologique » ($p<0,0001$). Il n'y avait pas de différence dans le domaine « relations sociales ».

Cette étude nous permet d'avoir un reflet de la qualité de vie perçue de la population française âgé de 18 à 75 ans, et in extenso d'avoir une base pour comparer les résultats obtenus dans notre étude.

A noter que le critère « environnement » n'a pas été analysé dans cette étude pour raisons économiques.

A titre informatif, l'étude psychométrique du groupe WHOQoL-BREF, dirigée par *S.M. Skevington et al*, (33) publiée en 2004, après recueil de données dans 23 pays, montrait des valeurs moyennes dans les différents domaines évaluées à: santé physique à 16,2 ; santé psychologique à 15 ; relations sociales à 14,3 et environnement à 13,5. (résultats normés pour une échelle allant de 0 à 20)

Objectifs de l'étude :

Plusieurs études ont montré une diminution de la qualité de vie chez les patients atteints d'ESPT (36) (37). Parmi les patients atteints d'ESPT, les sujets blessés ont-ils une qualité de vie plus altérée que les sujets non blessés ? La présence d'une atteinte physique est-elle un facteur pouvant influer sur la qualité de vie de façon significative ? L'hypothèse est que les patients blessés au cours d'un événement responsable d'un ESPT aient une qualité de vie ressentie altérée. L'existence d'une telle corrélation pourrait permettre la mise en œuvre d'une prise en charge précoce des personnes blessées, tant sur le plan physique que psychiatrique, afin de diminuer l'impact des blessures sur la qualité de vie.

L'objectif principal est donc de mettre en évidence un lien significatif entre la survenue d'une blessure et l'altération de la qualité de vie. Les objectifs secondaires sont l'étude des facteurs de risques favorisant cette altération de la qualité de vie, des facteurs protecteurs et des comorbidités.

Matériel et méthodes :

Population étudiée :

Nous nous intéressons à une population de patients suivis à l'hôpital Robert Picqué entre 2008 et 2018 pour prise en charge d'un ESPT.

Concernant les critères d'inclusion :
Les sujets inclus sont les patients suivis et/ou hospitalisés pour prise en charge d'un état de stress post-traumatique, dans le service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Robert Picqué entre 2008 et 2018, et qui présentent des questionnaires d'évaluation de l'ESPT (le PCLS) et de qualité de vie (WHOQL BREF) remplis.
Pour le PCL-S, nous prendrons en compte un seuil de diagnostic de l'état de stress post-traumatique à 34.

Concernant les critères d'exclusion :
On exclura de l'étude les sujets chez qui les échelles n'ont pas été complétement remplies (à savoir soit le PCL-S, soit le WHOQoL-Bref, soit les deux).

Schéma de l'étude :

Type d'étude :

Étude analytique, observationnelle et rétrospective portant sur les dossiers médicaux informatisés et anonymisés secondairement de patients suivis dans le service de psychiatrie de l'HIA Robert Picqué, entre 2008 et 2018.

Recueil des données :

Les données ont été collectées dans les dossiers médicaux informatisés des patients au sein du service de psychiatrie de l'HIA Robert Picqué. Ont été recueillies :

- des informations d'ordre sociodémographique (âge, sexe, statut conjugal, parentalité, profession, niveau d'éducation),
- des données médicales générales (antécédents médicaux, comorbidités, addictions),
- des données en rapport avec l'ESPT (nombre d'événement traumatisant, présence ou non de blessure physique, nombre d'OPEX) et en particulier, les résultats de chaque patient concernant les échelles d'évaluation de la qualité de vie : WHOQOL-BREF et de l'évaluation de l'ESPT : PCL-S.

Le recueil des données a été effectué grâce à la réalisation d'une base de données à l'aide du logiciel Excel©.

Les questionnaires WHOQOL-BREF et PCL-S sont standardisés et en langue française.

Analyse statistique :

Les variables quantitatives (ex. âge) sont décrites à l'aide d'une boite à moustache. La moyenne ± écart type sont notés sous l'axe des abscisses, sur le graphique sont notés : le minimum, le premier quartile (Q1), la médiane, le troisième quartile (Q3) et le maximum.

Les variables qualitatives (ex. sexe) sont décrites avec un histogramme, avec la fréquence et le pourcentage.

Les comparaisons pour les données quantitatives ont été effectuées à l'aide d'un test de Mann Whitney Wilcoxon (étant donné l'effectif faible, le test de Student est moins robuste) et pour les données qualitatives, un test de Chi2 est réalisé.

Pour évaluer l'association entre deux variables quantitatives, un nuage de points permet de représenter chaque individu et le coefficient de corrélation de Pearson est calculé avec sa p-value associée. Une p-value inférieure ou égale à 0.05 est considérée comme statistiquement significative. Le *logiciel R version 3.3.2*© a été utilisé.

L’Analyse Factorielle Multiple (AFM) est une analyse exploratoire qui permet de prendre en compte à la fois des variables quantitatives et qualitatives. C’est une méthode qui est une extension de l’Analyse des Correspondances Multiples (ACP) et qui permet de représenter l’information contenue dans les données sous forme de projection sur des axes. Elle autorise également de faire des “regroupements de variables”, variables qui ont la même structure de données, potentiellement corrélées ou qui apportent la même information.

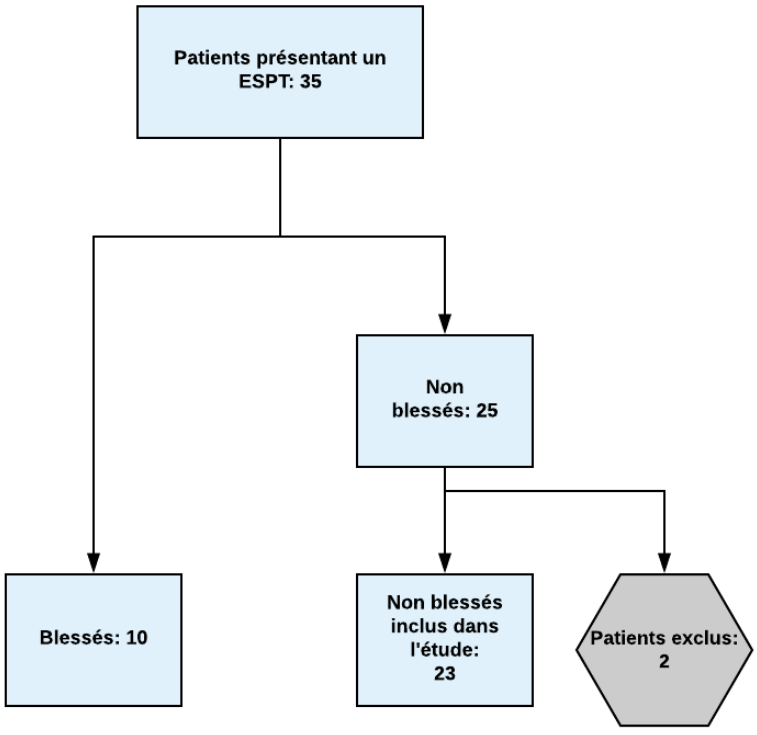
Résultats

Analyse descriptive :

Population étudiée :

Nous allons décrire dans cette partie les données recueillies pour l'ensemble de la population étudiée (35 patients).

Nous séparons cette population en deux groupes : les blessés (10 personnes) et les non blessés (25 personnes). Parmi la population des non blessés, nous excluons 2 patients par manque de données (WHOQoL-Bref non remplis). Au total, 33 patients seront inclus pour l'étude de l'objectif principal.

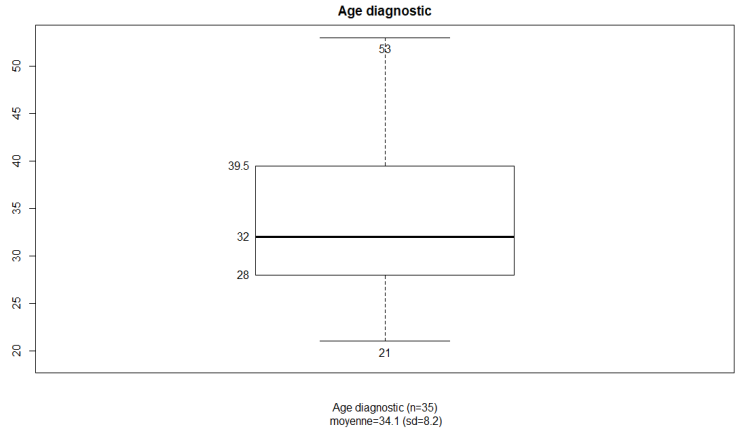


Graphique 1 : Diagramme de flux :

Données sociodémographiques :

Nous nous intéressons à une population de 35 patients suivis à l'hôpital Robert Picqué entre 2008 et 2018 pour prise en charge d'un ESPT.

Age :



Graphique 2 : âge diagnostic de l'ESPT :

On considère l'âge auquel le diagnostic d'ESPT a été effectué.
Les individus inclus dans l'étude sont âgés de 21 à 53 ans, l'âge moyen constaté est de 34,1 ans. La médiane est de 32 ans.

Sexe :

La population étudiée (n=35), présente une forte prédominance masculine avec 91% d'hommes (n=32) et 9% de femmes (n=3).

Statut marital et parentalité :

60% de la population étudiée est en couple (n=21), 40% est célibataire (n=14).
Au sein de la population en couple : 14 sont mariés (M) et 7 sont en concubinage (CC).
Dans la population célibataire : 6 sont divorcés (D), et 8 sont célibataires (C).

Concernant la parentalité, 69% des patients ont un enfant ou plus (n=24), 14% n'ont pas d'enfant (n=5). Chez 17% des sujets, l'information n'a pas été renseignée (n=6).

Niveau d'éducation :

Dans la population étudiée, 54% ont un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat (n=19), 40% ont un niveau inférieur au baccalauréat (n=14). Le niveau d'étude n'a pas été communiqué pour 2 patients (6% de la population étudiée).

Profession :

La quasi-totalité de la population étudiée est militaire (97% ; n=34). Un seul sujet est civil.

<u>Données médicales :</u>

Antécédents médicaux :

Nous considérons les antécédents médicaux recueillis dans le dossier médical lors du diagnostic d'ESPT. Dans la population étudiée, 80% des sujets ne présentaient pas d'antécédent (n=28). Parmi les 20% restants (n=7), 4 patients ont des antécédents d'ordre psychiatrique avec une prépondérance pour les troubles de l'humeur (4 antécédents de dépression, dont un sujet ayant fait une tentative de suicide), 3 patients présentaient des antécédents médicaux non psychiatriques.

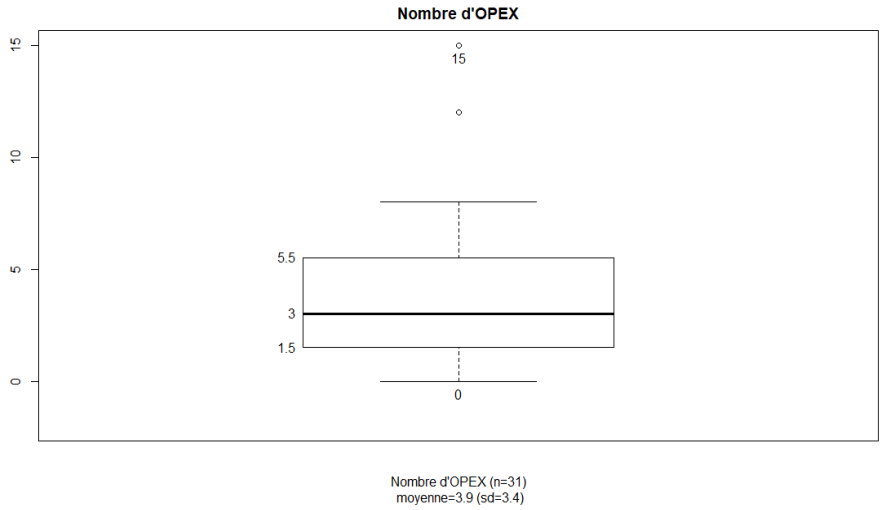
Comorbidités :

Nous considérons comme comorbidités, toutes les pathologies psychiatriques présentées par les patients de façon concomitante à l'ESPT au cours de leur suivi. Les sujets étudiés présentaient une comorbidité dans 77% des cas (n= 27), 23% n'en présentaient pas (n=8). Les comorbidités retrouvées dans cette population étaient : les troubles de l'humeur (81%, n=22), les somatisations (18,5%, n=5), l'addiction à l'alcool (29,6%, n=8), troubles de la personnalité (3,7% ; n=1) et tentative de suicide (7,4% ; n=2).

Données relatives à l'ESPT :

Nombre d'OPEX :

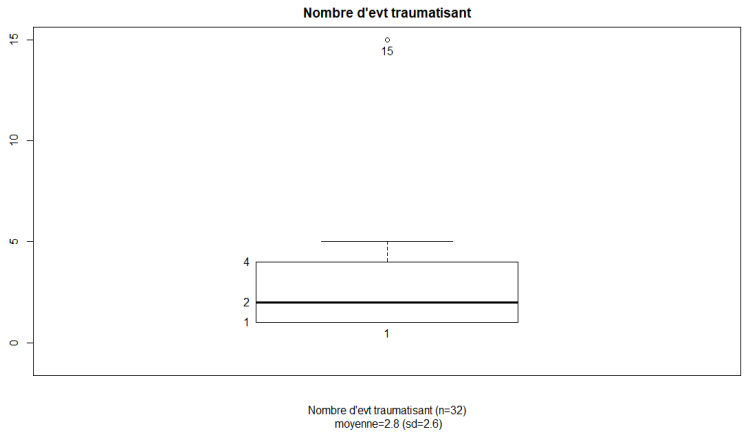
Une OPEX est l'abréviation utilisée dans le milieu militaire pour « opération extérieure ». Ce terme regroupe les interventions conduites par l'armée française en dehors du territoire national. Parmi la population des 35 personnes étudiées, il y avait 31 personnes chez qui l'information était disponible. Le nombre d'OPEX dans cette population varie entre 0 et 15. La moyenne est à 3,9±3,4 d'écart type, le premier quartile est à 1,5, le troisième quartile à 5,5 et la médiane à 3.



Graphique 3 : Diagramme à moustache représentant le nombre d'OPEX.

Nombre d'événements traumatisants :

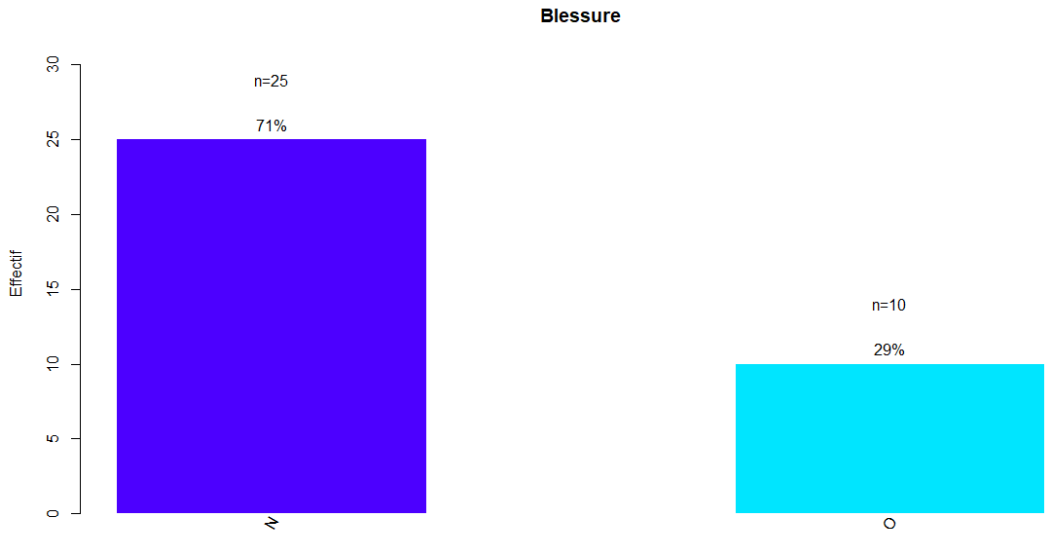
Nous considérons comme événement traumatisant, tout événement pouvant être à l'origine d'un traumatisme psychique. Dans la population étudiée, 91% des sujets ont été confrontés à au moins un événement traumatisant (n=32). Chez les sujets exposés, le nombre d'événements traumatisants par personne varie de 1 à 15, avec une moyenne à 2,8±2,6 et une médiane à 2.



Graphique 4 : Diagramme à moustache représentant le nombre d'événements traumatisants.

Blessure physique :

Une blessure physique était présente chez 29% des sujets inclus dans l'étude (n=10).



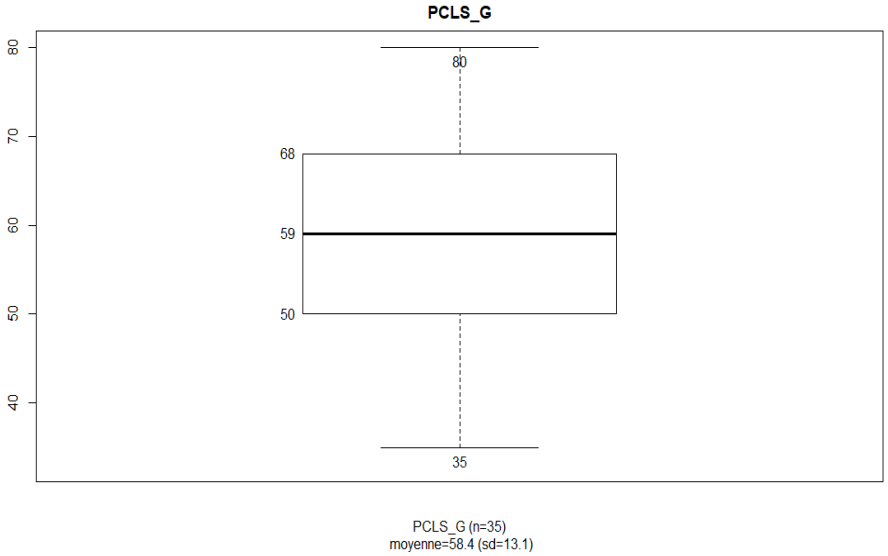
Graphique 5 : Histogramme montrant les populations « blessés » et « non blessés ».

Parmi les blessés on constate la présence de 4 traumatismes crâniens, dont 3 associés à un traumatisme par blast (lésions secondaires à une onde de choc).

Échelle PCL-S :

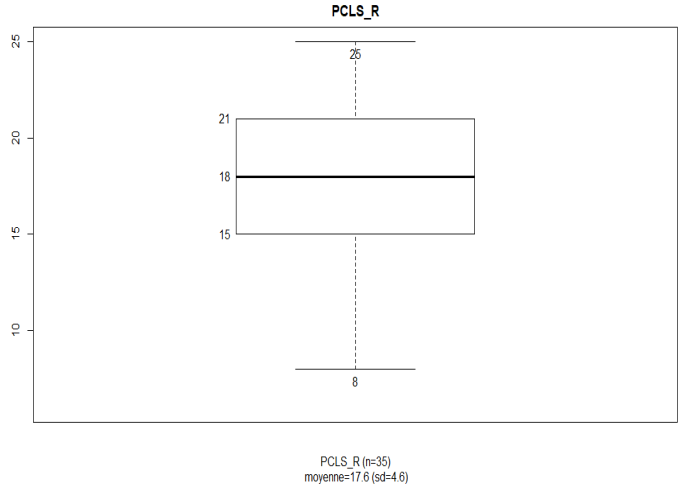
Comme nous l'avons expliqué précédemment, la PCL-S est un auto-questionnaire permettant le diagnostic et le suivi de l'ESPT. Sa cotation globale va de 7 à 85. Elle est subdivisée en trois sous-scores correspondants aux trois grands symptômes de l'ESPT : répétitions (score allant de 1 à 25), hypervigilance (score allant de 1 à 25) et évitement (score allant de 1 à 35). Plus le score est élevé, plus l'ESPT est sévère.

Dans la population étudiée, le score global du PCL-S (PCLS_G) variait de 35 à 80, avec une moyenne à 58,4 (écart type 13,1), une médiane à 59, un premier quartile à 50 et un troisième quartile à 68.

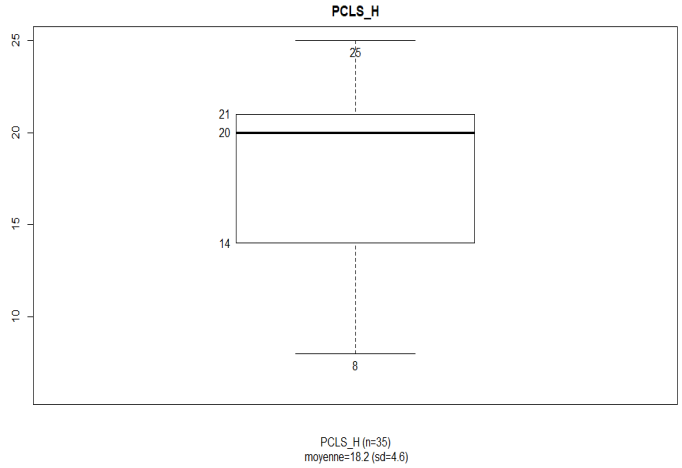


Graphique 6 : Diagramme à moustache représentant le score PCL-S Global de la population étudiée.

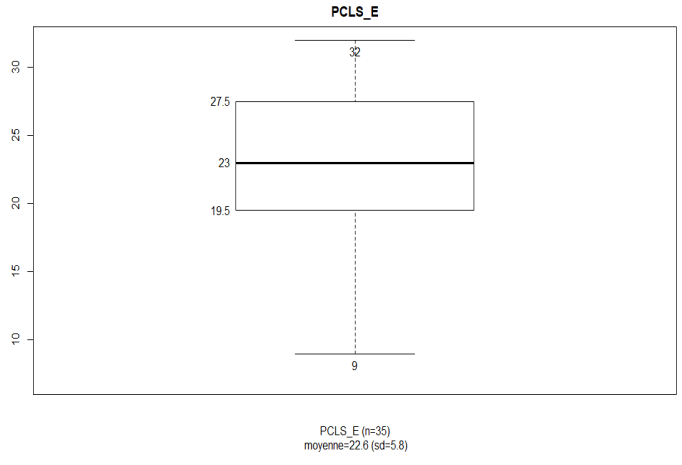
Les sous-scores du PCL-S, relatifs aux symptômes de répétition (PCLS_R), d'hypervigilance (PCLS_H) et d'évitement (PCLS_E), sont représentés ci-dessous par des boites à moustache selon le même principe que le score global.



Sous score Répétition : PCLS_R.
-Variation de 8 à 25, moyenne à 17,6 (écart-type ±4,6).
-Médiane à 18.
- Premier quartile à 15 et troisième quartile à 21.



Sous score Hypervigilance : PCLS_H.
-Variation de 8 à 25, moyenne à 18,2 (écart-type±4,6).
-Médiane à 20.
-Premier quartile à 14 et troisième quartile à 21.



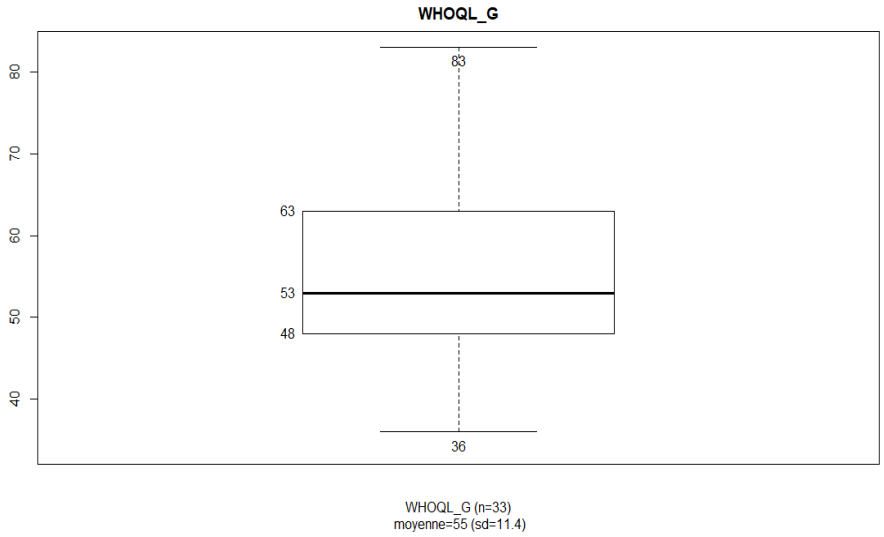
Sous score Évitement : PCLS_E.
-Variation de 9 à 32, moyenne à 22,6 (écart-type±5,8).
-Médiane à 23.
-Premier quartile à 19,5 et troisième quartile à 27,5.

Graphique 7 : Diagrammes à moustache représentant les sous-scores : répétition (PCLS_R), hypervigilance (PCLS_H) et évitement (PCLS_E) de la population étudiée.

Échelle WHOQOL-BREF :

C'est une échelle permettant la mesure subjective de la qualité de vie selon différents domaines : santé globale ressentie, qualité de vie globale ressentie, santé physique ressentie, santé psychologique ressentie, relations sociales, environnement. L'échelle WHOQOL-BREF a été remplie dans le dossier médical de chaque patient inclus dans l'étude au cours d'une consultation de psychiatrie. Un score global, noté WHOQL_G, a été calculé à ce moment, correspondant à la somme des scores des différents domaines réajustés pour avoir un score en pourcentage. Plus ce score est élevé, meilleure est la qualité de vie ressentie. C'est ce score global que nous allons prendre en compte dans l'analyse de l'objectif principal.

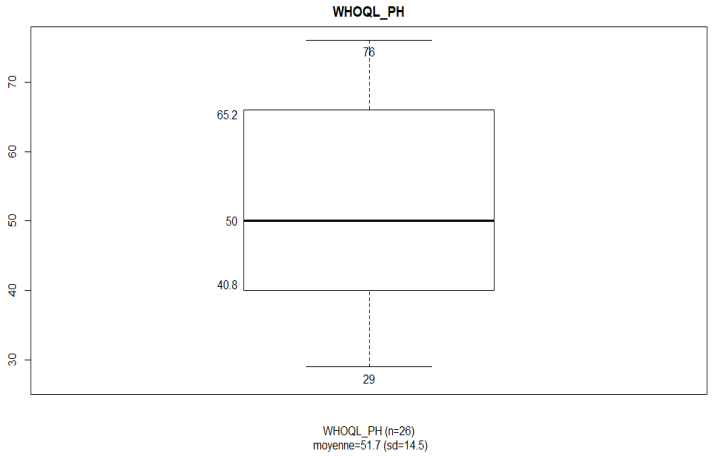
Dans la population étudiée, 33 sujets possédaient un dossier médical où l'échelle était remplie correctement. Ce sont ces 33 sujets que nous allons prendre en compte pour l'étude de l'objectif principal et des objectifs secondaires en rapport avec la qualité de vie.



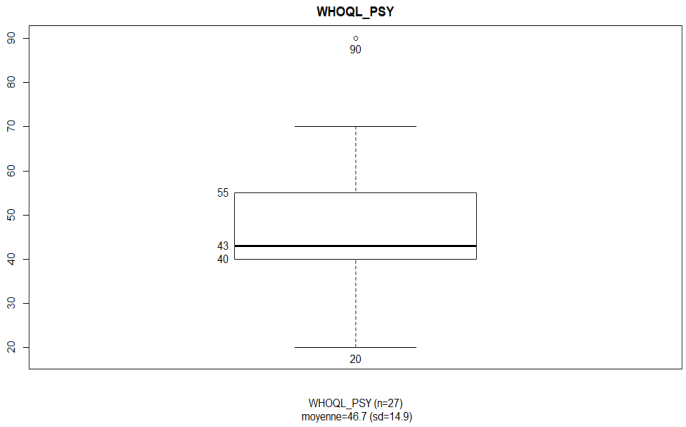
Graphique 8 : Diagramme à moustache représentant le score global WHOQL_G de la population étudiée.

Les valeurs du WHOQL_G variaient de 36% à 80%, la moyenne était à 55% (écart-type=11,4), la médiane à 53%, un premier quartile à 48% et un troisième quartile à 63%.

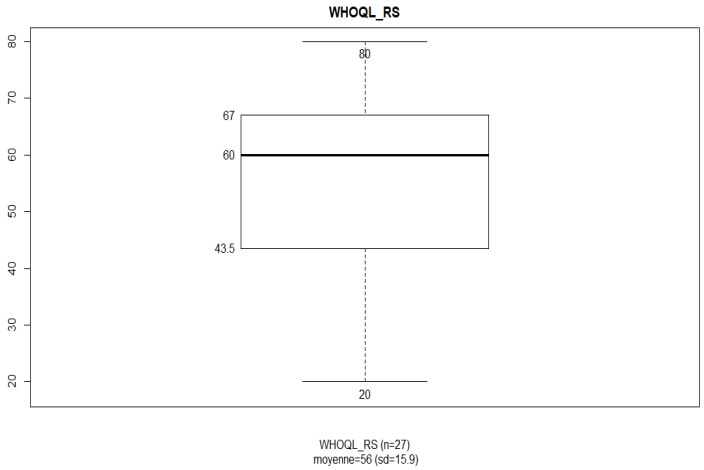
Les valeurs des sous-scores du WHOQOL Bref, concernant respectivement le versant physique (WHOQL_PH), psychologique (WHOQL_PSY), les relations sociales (WHOQL_RS) et l'environnement (WHOQL_E), sont représentées ci-dessous de la même façon par des boites à moustaches.



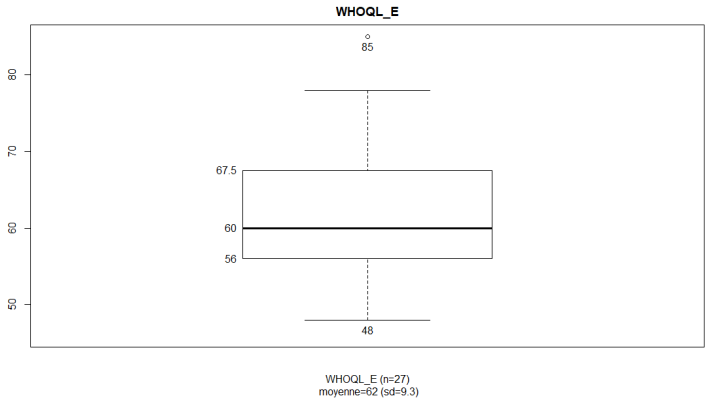
Sous score physique : WHOQL_PH.
-Variation de 29 à 76, moyenne à 51,7 (écart-type±14,5).
-Médiane à 50.
-Premier quartile à 40,8 et troisième quartile à 65,2.



Sous score psychologique: WHOQL_PSY.
-Variation de 20 à 90, moyenne à 46,7 (écart-type±14,9).
-Médiane à 43.
-Premier quartile à 40 et troisième quartile à 55.



Sous score relations sociales : WHOQL_RS.
-Variation de 20 à 80, moyenne à 56 (écart-type±15,9).
-Médiane à 60.
-Premier quartile à 43,5 et troisième quartile à 67.



Sous score Environnement : WHOQL_E.
-Variation de 48 à 85, moyenne à 62 (écart-type±9,3).
-Médiane à 60.
-Premier quartile à 56 et troisième quartile à 67,5.

Graphique 9 : Diagrammes à moustache représentant les sous-scores : physique (WHOQL_PH), psychologique (WHOQL_PSY), relations sociales (WHOQL_RS) et environnemental (WHOQL_E) de la population étudiée.

Analyse statistique :

Comparaison des groupes blessés et non blessés.

Age :

Il n'existe pas de différence significative pour l'âge du diagnostic entre les deux groupes selon le test de Wilcoxon. (p-value=0,24 ; n=35).

Tableau VII : Comparaison des groupes étudiés selon l'âge.

Comparaison des groupes blessés et non blessés en fonction de l'âge.								
Blessure	Nombre	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Non	25	33,1	7,8	21	28	31	39	53
Oui	10	36,4	9,3	21	30,2	38	41,8	50

Statut marital :

Il n'existe pas de différence significative mise en évidence avec le test du Chi 2 entre les deux groupes concernant le statut marital. (p-value=0,76 ; n=35).

Tableau VIII : Comparaison du statut marital des groupes étudiés.

Comparaison du statut marital des groupes blessés et non blessés.		
Blessure physique	Célibataire	En couple
Non	11	14
Oui	3	7

Éducation :

Le test du Chi-2 ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes. (p-value=0,34 ; n=34). Il est à noter qu'on ne dispose pas de l'information pour un sujet de la population blessée.

Tableau IX : Comparaison du niveau d'éducation des groupes étudiés.

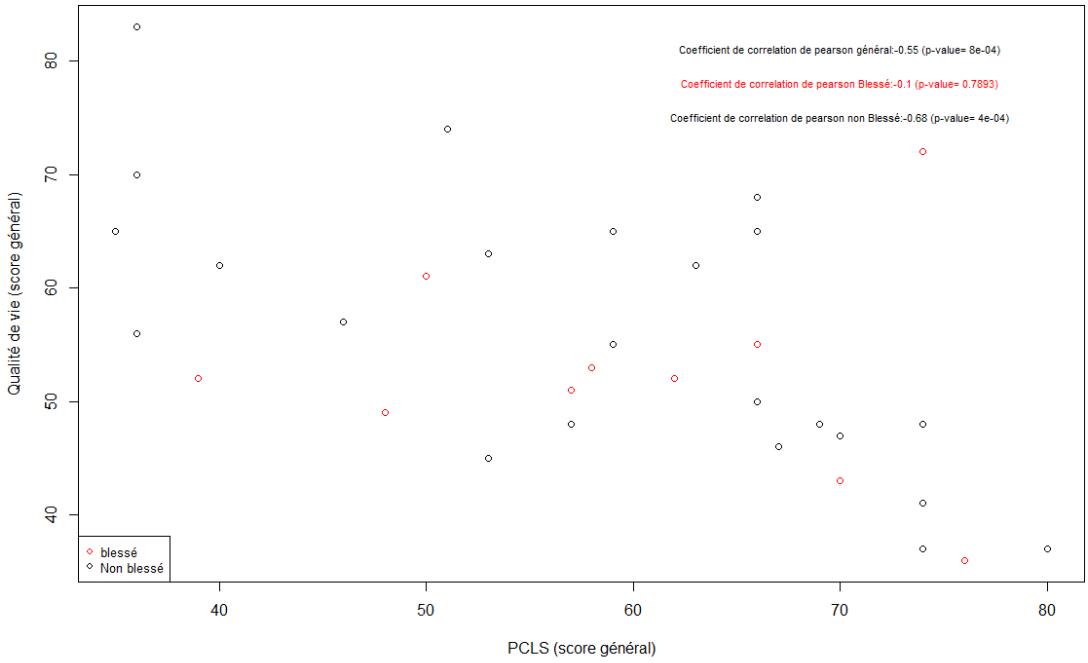
Comparaison du niveau d'éducation entre les groupes blessés et non blessés.		
Blessure physique	Inférieur au BAC	Supérieur ou égal au BAC
Non	11	13
Oui	2	7

Il n'existe donc pas de différence significative entre les deux populations étudiées, nous pourrons donc les comparer pour l'analyse des objectifs de notre travail.

Objectif principal : recherche d'un lien significatif entre la survenue d'une blessure et l'altération de la qualité de vie chez des patients atteints d'ESPT.

Nous avons séparé les patients en 2 groupes, les patients blessés (n=10) et les patients non blessés (n=23). Pour voir si l'existence d'une blessure avait un impact significatif sur la qualité de vie, nous avons comparé ces deux groupes à l'aide d'un test de Mann Whitney (étant donné l'effectif faible, le test de Student est moins robuste). De plus, nous avons également évaluer l'association entre le score du PCLS et le WHOQOL-BREF à l'aide du calcul d'un coefficient de corrélation (coefficient de Pearson) et sa p-value associée. Le coefficient de Pearson permet d'exprimer l'intensité et le sens (positif ou négatif) d'une corrélation entre deux variables, ses valeurs varient entre -1 et 1. L'intensité de la relation est d'autant plus forte que la valeur du coefficient est proche de +1 ou de - 1, et d'autant plus faible qu'elle est proche de 0 ; 0 correspondant à l'absence d'association. Ce coefficient peut être matérialisé comme étant la pente de la droite passant au travers des différents points du nuage selon chaque groupe. Un nuage de points permet de représenter les individus de l'étude avec en abscisse le PCLS global et en ordonnée le WHOQOL-BREF global. Les sujets non blessés sont représentés en noir et les blessés en rouge.

Recherche d'une association entre la sévérité de l'ESPT et la qualité de vie : association PCLS/WHOQOL-BREF.



Graphique 10 : Nuage de points représentant la relation entre qualité de vie perçue et sévérité de l'ESPT dans les deux groupes étudiés.

Le graphique ci-dessus montre un lien évident entre le PCLS et la qualité de vie. Plus le PCLS est élevé, moins le score WHOQOL-Bref est élevé et donc plus la qualité de vie est altérée. Le coefficient de Pearson de l'ensemble des sujets est à -0,55 avec une p-value significative <0,001. Nous remarquons que cela est d'autant plus vrai, dans notre étude, dans la population des non blessés avec un coefficient de Pearson à -0,68 ($p<0,001$) contre -0,1 ($p>0,05$) pour les blessés. Nous remarquons également que les sujets blessés présentent sur ce graphique une qualité de vie moins élevée indépendamment du PCLS.

Recherche d'un lien entre qualité de vie et présence d'une blessure physique : comparaison des groupes blessés et non blessés.

Tableau X : Comparaison du score WHOQOL_G entre les deux groupes étudiés.

Tableau comparatif de la qualité de vie ressentie (score WHOQOL_G) chez les sujets blessés VS les non blessés									
Blessure	Nombre	Inclus	Moyenne	Écart type	Valeur minimum	Q1	Médiane	Q3	Valeur maximale
Oui	10	10	52,4	9,6	36	49,5	52	54,2	72
Non	25	23	56,2	12,1	37	47,5	56	65	83

Q1= 1er quartile

Q3= 3ème quartile

Un modèle de régression cherchant à expliquer la baisse de la qualité de vie par le facteur « blessure » ajusté sur le PCLS ne donne pas une p-value significative (p=0,31). Cela indique que la blessure n'a pas d'impact sur la qualité de vie perçue, dans un sens comme dans l'autre. Cependant, nous constatons une tendance à avoir une qualité de vie plus altérée, en moyenne, chez les patients blessés. (Moyenne WHOQOL_G à 52,4 chez les blessés contre 56,2 chez les non blessés).

De même, en utilisant un modèle sans ajustement sur le PCLS, le test de Wilcoxon donne une p-value non significative (p=0.48).

Objectifs secondaires :

Nous allons dans une seconde partie, étudier s'il existe une relation entre la présence ou non de comorbidités, le statut marital, les conséquences professionnelles et :

-la qualité de vie de ces patients via l'échelle WHOQOL-BREF.
-la sévérité de l'ESPT en se basant sur le score PCLS.

Cela afin de voir s'il existe des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs pour chacune de ces variables.

Étude de l'incidence du statut marital :

Sur la qualité de vie :

Nous nous attendons à ce que les patients célibataires aient une qualité de vie plus faible que les sujets en couple. Pour cela, nous allons comparer ces deux groupes afin de voir s'il existe un lien significatif.

Tableau XI : Relation entre statut marital et qualité de vie dans la population étudiée.

Relation entre statut marital et qualité de vie.									
Statut	Nombre	Inclus	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Célibataires	14	12	56,4	10,2	37	49,8	55,5	62,8	74
En couple	21	21	54,2	12,2	36	46	52	63	83

L'étude de l'impact du statut marital sur la qualité de vie se fait à l'aide d'un test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Ce test ne montre pas de lien significatif entre le statut marital et qualité de vie dans la population étudiée. (p-value=0,42 pour n=35).

Sur la sévérité de l'ESPT :

Tableau XII : Relation entre statut marital et PCLS_G dans la population étudiée.

Relation entre statut marital et PCLS_G.								
Statut	Nombre	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Célibataires	14	56,7	11,3	36	50	59	65,5	74
En couple	21	59,5	14,2	35	53	62	70	80

L'étude de l'impact du statut marital sur la sévérité de l'ESPT, cotée par le PCLS, se fait à l'aide d'un test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Ce test ne montre pas de lien significatif entre le statut marital et la sévérité de l'ESPT dans la population étudiée. (p-value=0,44 pour n=35).

Étude de l'incidence de la présence d'une comorbidité :

Sur la qualité de vie :

Tableau XIII : Relation entre comorbidité et qualité de vie dans la population étudiée.

Relation entre présence d'une comorbidité et qualité de vie.									
Comorbidité	Nombre	Inclus	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Non	8	6	54,5	14,7	37	42,8	55	64,2	74
Oui	27	27	55,1	10,9	36	48	53	62,5	83

Il n'y a pas de lien significatif entre la présence d'une comorbidité et la qualité de vie ressentie dans la population étudiée d'après le test de Wilcoxon. (p-value=0,91 pour n=35).

Sur la sévérité de l'ESPT :

Tableau XIV : Relation entre comorbidité et sévérité de l'ESPT.

Relation entre présence d'une comorbidité et PCLS_G.								
Comorbidité	Nombre	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Non	8	58,5	16,9	35	47,5	57,5	74	80
Oui	27	58,4	12,1	36	51,5	59	66,5	76

Il n'y a pas de lien significatif entre la présence d'une comorbidité et la sévérité de l'ESPT dans la population étudiée d'après le test de Wilcoxon. (p-value= 0,91, n=35).

Étude des conséquences professionnelles :

Existence d'une relation avec la qualité de vie ressentie ?

Tableau XV: Relation entre devenir professionnel et qualité de vie.

Conséquence professionnelle et qualité de vie.									
Conséquences	Sujets	Inclus	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Arrêt	28	26	52,9	11,3	36	46,2	51,5	59,8	83
Poursuite	3	3	56,7	8,5	48	52,5	57	61	65
Reconversion	4	4	67,8	5,3	62	64,2	67,5	71	74

Le test de Wilcoxon ne permet pas de mettre en évidence, dans notre population, une relation significative entre les conséquences professionnelles et la qualité de vie ressentie. (p-value = 0,43). Quelle que soit l'issue professionnelle (A : arrêt ; R : reconversion ; P : poursuite), il n'y a pas d'influence sur la qualité de vie ressentie et inversement.

Existence d'une relation avec la sévérité de l'ESPT ?

Tableau XVI : Relation entre devenir professionnel et sévérité de l'ESPT.

Conséquences professionnelles et PCLS_G.								
Conséquences	Sujets	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Arrêt	28	60,6	11,8	36	53	62,5	69,2	80
Poursuite	3	51,7	20,1	35	40,5	46	60	74
Reconversion	4	48,2	13,4	36	39	45,5	54,8	66

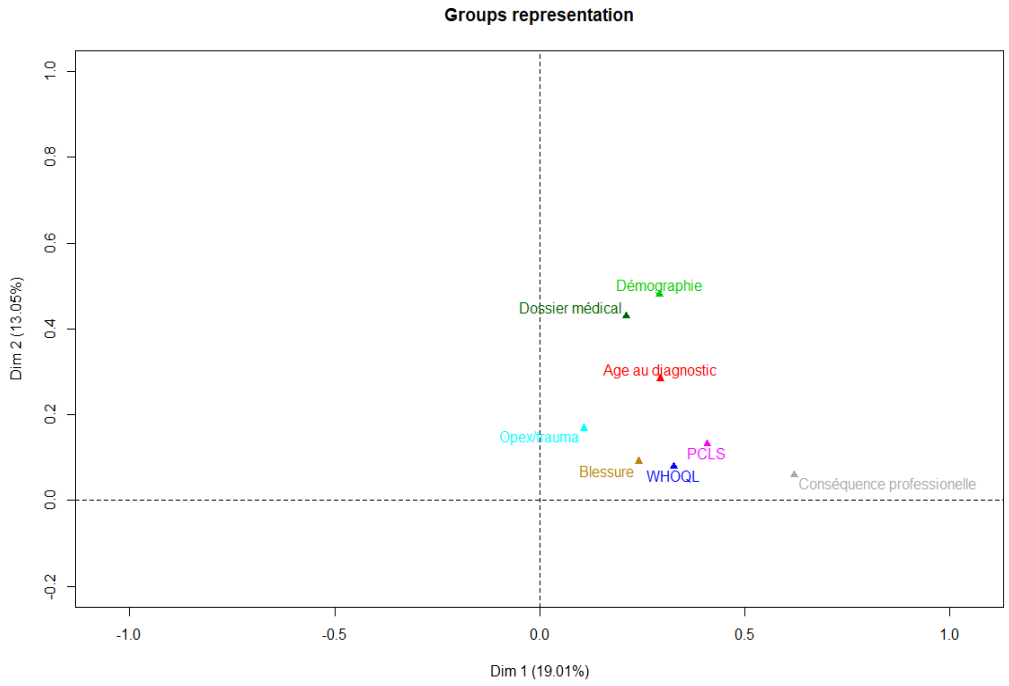
De même, le test de Wilcoxon ne met pas en évidence une relation significative entre les conséquences professionnelles et la sévérité de l'ESPT. (p-value = 0,35). Dans un sens comme dans l'autre.

Analyse multifactorielle :

Comme nous l'avons décrit dans le paragraphe « Matériels et méthodes », L'Analyse Factorielle Multiple (AFM) permet l'étude à la fois des variables quantitatives et qualitatives. Elle permet de représenter l'information contenue dans les données sous forme de projection sur des axes. Ces données peuvent être des "regroupements de variables", variables qui ont la même structure de données, potentiellement corrélées ou qui apportent la même information.

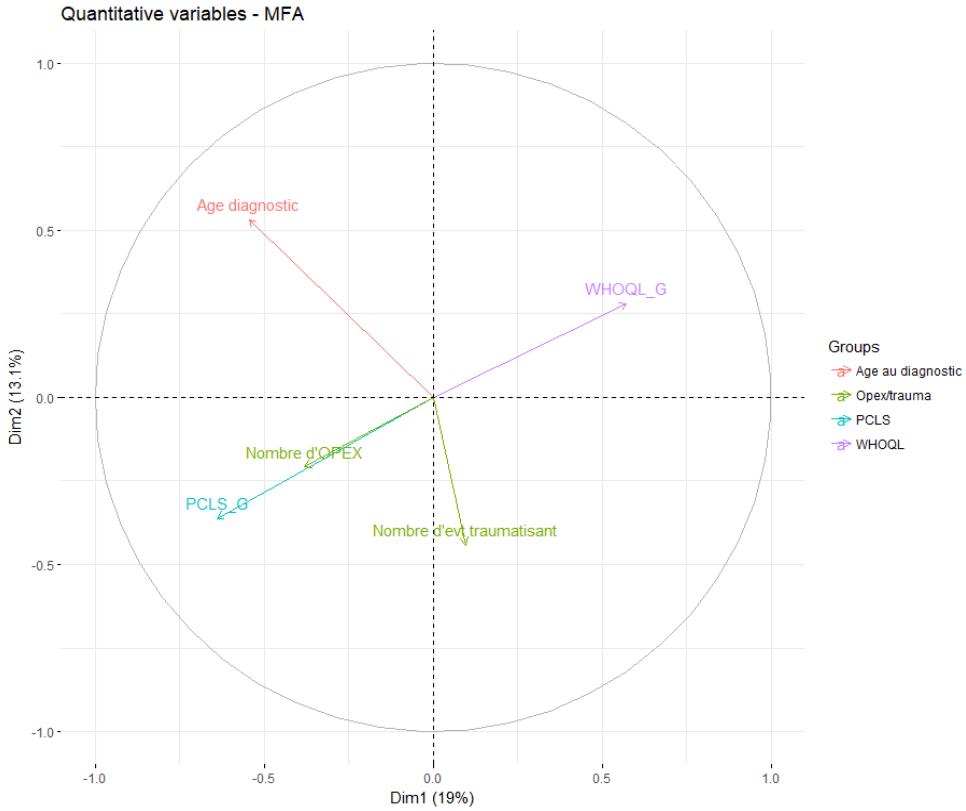
Nous avons composé les groupes suivants pour notre étude :

-Démographie : sexe, éducation, statut marital, parentalité.
-Dossier médical : antécédents médicaux, comorbidité, addictions, traitements médicamenteux.
-Age au diagnostic
-PCLS
-WHOQOL
-Conséquences professionnelles
-Blessure
-Opex/Trauma : nombre d'OPEX, nombre d'événements traumatisants.



Graphique 11 : AFM représentant les associations les différents paramètres étudiés.

Ce graphique représente les différents groupes de variables et leurs associations. Plus les groupes de variables sont proches les uns des autres, plus ces derniers présentent une association forte. Nous observons une association entre le WHOQL, le PCLS, la présence d'une blessure ainsi que les conséquences professionnelles, sans que cela soit forcément significatif (comme il a été démontré préalablement). En revanche, l'âge au diagnostic et le groupement Trauma/Opex semblent moins associés. Les groupements démographie et dossier médical le sont peu.



Graphique 12 : AFM circulaire représentant les associations des données étudiées.

Ce diagramme circulaire est une autre forme de représentation de l'AFM. Une même direction des axes suppose une association, une perpendicularité entre deux axes reflète une indépendance entre les variables étudiées. Enfin, plus les flèches sont proches de l'extrémité du cercle, plus l'association est importante.

En se focalisant sur les variables quantitatives, ce diagramme circulaire montre clairement une association forte inverse entre la qualité de vie ressentie (WHOQOL_G) et la sévérité de l'ESPT (PCLS_G). (Les flèches sont dans la même direction mais de sens inverse). Ainsi, plus la qualité de vie est altérée, plus la sévérité de l'ESPT est élevée. Le nombre d'OPEX semble lui être associé à la sévérité de l'ESPT. L'âge diagnostic et le nombre d'événements traumatisants semblent quant à eux, indépendants des variables WHOQOL_G et PCLS_G.

Discussion :

Limites de l'étude :

Notre étude présente de nombreuses limites. Il s'agit d'une étude rétrospective et unicentrique, dans un hôpital d'instruction des armées, qui présente donc un faible niveau de preuve scientifique. Pour obtenir un niveau de preuve plus élevé, il aurait fallu réaliser une étude prospective et multicentrique dans différents hôpitaux, civils et militaires. Cela nous aurait permis d'avoir un échantillon de patients plus important et représentatif de la population générale, et de s'affranchir des habitudes propres à chaque service. Il existe également un biais de recrutement, les patients inclus sont en majorité militaires, ils ne sont donc pas représentatifs de la population générale. Le nombre de participants est limité et trop faible pour que la puissance statistique soit bonne. Un échantillon plus important de patients nous aurait permis d'obtenir des résultats plus significatifs.

Objectif principal :

Nous ne mettons pas en évidence de lien significatif entre la présence d'une blessure physique et l'altération de la qualité de vie dans notre cohorte. La comparaison entre les scores WHOQOL_G entre les deux populations blessés et non blessés ne retrouve pas de différence significative, que les analyses soient ajustées ou non sur la PCLS avec respectivement : p=0,31 et p=0,48. Ce résultat peut être lié à plusieurs raisons : la taille de l'effectif est réduit, ce qui diminue la puissance des analyses statistiques ; les patients blessés peuvent avoir été pris en charge plus rapidement du fait de leur blessure, ce qui peut avoir permis le dépistage et la prise en charge précoce de l'ESPT, diminuant ainsi sa sévérité. Nous observons cependant une tendance à ce que la qualité de vie ressentie soit moins élevée en moyenne chez les sujets blessés. (Moyenne WHOQOL_G à 52,4 chez les blessés contre 56,2 chez les non blessés). A notre connaissance, aucune étude n'a encore été effectuée pour observer l'impact des blessures sur la qualité de vie de patients atteints d'ESPT. Un nouveau travail réalisé de façon prospective, multicentrique et sur une plus grande cohorte pourrait être proposé et pourrait peut-être mettre en évidence un lien significatif. La majorité des études actuelles portent, soit sur la

relation : blessure/ESPT (38), ESPT/qualité de vie (39) (36) ou blessure/qualité de vie (37) ; mais n'incluent pas les trois paramètres comme nous l'avons effectué dans notre étude. Ces études montrent que la survenue d'une blessure au cours d'un événement traumatisant peut être considérée comme un facteur de risque de survenue d'un ESPT (38). En effet, la blessure, en rappelant l'évènement traumatisant, participe à la symptomatologie de l'ESPT : survenues de reviviscences, chronicisation de l'atteinte psychique. Cette liaison, souvent étudiée dans le domaine militaire, existe également dans la population générale et est notamment retrouvée chez les victimes de violences infantiles ou conjugales, agressions, viols (11). Certaines populations sont plus à risque que d'autres : SDF, enfants maltraités, rescapés de guerre, femmes (40).

Nous mettons en évidence dans notre travail une relation inversement proportionnelle entre la sévérité de l'ESPT, caractérisée par l'importance du score PCL-S, et la qualité de vie, et cela de façon significative, dans les populations « blessés » et « non blessés » (p-value<0,001). Paradoxalement, cela est d'autant plus vrai, dans notre étude, dans la population des « non blessés » avec une p-value<0,001 contre une p-value>0,05 pour les « blessés ». Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons dont la présence d'un faible effectif chez les blessés, faussant la comparaison ; l'hypothèse que les patients blessés soient pris en charge plus rapidement que les non blessés, ou alors que l'altération de la qualité de vie chez ces patients soit plus indépendante de la PCLS car plus influencée par la présence de la blessure et de son retentissement. Ces données sont en accord avec les différentes études montrant un impact négatif de la présence d'un ESPT sur la qualité de vie. Ainsi, comme nous, *Schnurr .PP et al* (41) décrivent chez des vétérans américains de la guerre d'Irak et d'Afghanistan une altération de la qualité de vie chez les patients présentant un ESPT. Notre étude retrouve en plus une notion de proportionnalité entre la sévérité de l'ESPT mesurée par le PCL-S et l'altération de la qualité de vie perçue en utilisant le score WHOQOL BREF, chose qui à notre connaissance, n'a pas encore été étudiée.

Objectifs secondaires :

Les différentes analyses effectuées ne montrent pas de lien significatif entre la présence d'un ESPT, l'altération de la qualité de vie et l'existence de comorbidités, le statut conjugal et les conséquences professionnelles dans la population étudiée.

Comorbidités :

Nous ne retrouvons pas de lien significatif entre altération de la qualité de vie et présence ou non d'une comorbidité chez des patients atteint d'ESPT, dans notre étude. Nous retrouvons cependant un taux de comorbidité superposable à celui retrouvé dans la population générale atteint d'ESPT (77% des sujets de notre série contre 75% dans la population générale) (9). Les troubles de l'humeur, sans distinction, sont les comorbidités les plus retrouvées dans notre étude, ce qui est également retrouvé dans la population générale (9). Enfin, le taux de tentatives de suicide dans la population étudiée (7,2%) est comparable au taux retrouvé par *Tarrier N* (14), dans la population générale anglaise (9,6%). L'augmentation du risque suicidaire est bien connue dans l'ESPT (42), fortement corrélée à l'importance des troubles de l'humeur pouvant être associés, à la sévérité des symptômes post-traumatiques (43) et à la présence d'un sentiment de culpabilité (44). La notion de passage à l'acte n'est cependant qu'un indicateur partiel du risque suicidaire ; les patients présentant un ESPT ont effectivement tendance à multiplier les conduites à risques et les conduites d'échecs résultants en de véritables suicides sociaux pouvant occasionner une surmortalité (45).

Le statut marital :

Notre étude n'a pas retrouvé de lien significatif entre le statut marital et la qualité de vie perçue ou bien sur la sévérité de l'ESPT. Ce lien est mis en évidence dans certains textes (46) (47) de la littérature. En effet, *Amaya et al*, (46) retrouvent dans leur étude une augmentation du risque de divorce et de séparation chez des sujets présentant un ESPT. La puissance de notre étude et les données recueillies ne nous permettent pas de mettre en évidence un tel phénomène dans notre cohorte.

Les conséquences professionnelles :

Nous aurions pu penser de façon logique que l'ESPT, en agissant sur le fonctionnement mental et psychologique, ait une répercussion sur la profession. Mais notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une relation entre le devenir professionnel et la sévérité de l'ESPT ou bien la qualité de vie. Ce résultat peut être lié à différents facteurs notamment : à la nature de l'échantillon étudié, à savoir la population militaire, au faible nombre de sujet inclus. Un lien a cependant été trouvé dans certaines études entre la présence d'un ESPT et devenir professionnel (48) (49) (50). Kessler et al (48) ont montré en 2000 dans une revue de la littérature portant sur les incidences de l'état de stress post traumatique dans la vie individuelle et en société, d'un échantillon représentatif de la population américaine, un risque d'être au chômage augmenté de 150% chez les sujets présentant un ESPT. Ce risque sur le devenir professionnel a également été retrouvé dans des populations militaires (49). D'autres études ont mis en évidence un lien entre ESPT et le fait de devenir sans domicile fixe (51). Bien qu'à notre connaissance aucune étude n'a mis en évidence une altération de la qualité de vie chez les sujets sans travail ou sans domicile fixe, nous pouvons facilement en émettre l'hypothèse. Il existe encore peu d'études (52) (53) montrant l'impact de la prise en charge de l'ESPT sur le devenir socio-professionnel, mais celle-ci, d'autant plus si elle est précoce, paraît primordiale afin de combattre l'incidence de l'ESPT sur le devenir professionnel et social.

Relation entre nombre d'OPEX et ESPT :

Jusqu'à présent, nous savions que le nombre d'OPEX était un facteur de risque de développer un traumatisme psychique. Dans notre étude, nous montrons qu'en plus il sera d'autant plus grave qu'il y a eu d'expositions, ce qui est une donnée nouvelle. En pratique, cela pose la question d'un effet cumulatif des traumatismes et des capacités de résilience. Nous pourrions penser qu'après une première exposition, le blessé pourrait ne pas ressentir de traumatisme et qu'au fur et à mesure des expositions son psychisme soit de plus en plus altéré jusqu'à ce qu'advienne une décompensation sous forme de l'apparition d'un ESPT. Cette hypothèse serait intéressante à étudier.

Comparaison à la population générale française.

Comme présentée dans notre revue de la littérature, une étude réalisée en 2009 par *C.Baumann et al*, (35), a permis d'établir des valeurs de références, sur une échelle allant de 0 à 100, de trois sous-groupes du score WHOQOL BREF, soit les dimensions physiques, psychologiques et relations sociales, au sein de la population générale française. Les valeurs retrouvées étaient respectivement : Dimension physique : moyenne de 76,9 (écart-type±0,1 ; médiane à 78,6 ; premier quartile à 67,9 ; troisième quartile à 85,7 pour des valeurs variant de 3,6 à 100). Dimension psychologique : moyenne à 67 (écart-type±0,1 ; médiane à 66,7 ; premier quartile à 58,3 ; troisième quartile à 75 pour des valeurs variant de 0 à 100). Dimension relations sociales : moyenne à 74,5 (écart-type±0,1 ; médiane à 75, premier quartile à 66,7, troisième quartile à 83,3 pour des valeurs variant de 3,6 à 100). Nous observons une différence entre ces valeurs et les valeurs de notre étude : moyennes respectivement à 51,7 pour le sous-score santé physique ; 46,7 pour le sous-score santé psychologique et 56 pour le sous-score relations sociales.

Tableau XVII : Comparaison des scores de qualité de vie entre la population étudiée et la population générale française.

Comparaison des dimensions : santé physique, santé psychologique et relations sociales entre la population étudiée et la population générale.

Dimension	Population étudiée	Population générale
Santé physique	51,7	76,9
Santé psychologique	46,7	78,6
Relations sociales	56	74,5

La population de notre étude présente une qualité de vie perçue inférieure à la population générale (35) sur les dimensions : santé physique perçue, santé psychologique perçue et relations sociales. Ce résultat paraît évident du fait de la population étudiée. En effet, les militaires sont plus sujets à être confrontés à des situations traumatisantes que la population générale. La confrontation récurrente à des événements traumatisants est reconnue comme facteur de risque de développer un ESPT (38) (10) et on peut donc supposer, par extrapolation, que cette même population est plus à même de présenter une qualité de vie perçue moins importante que la population générale.

Conclusion :

L'ESPT est une pathologie de plus en plus médiatisée et étudiée, ce qui peut s'expliquer par le contexte international actuel, avec les nombreux attentats, les différents conflits mondiaux. Les professionnels de santé montrent un intérêt croissant pour cette pathologie et sa prise en charge se développe. En tant que médecins généralistes nous sommes confrontés de façon fréquente à des sujets présentant un ESPT : accidentés de la voie publique, personnes agressés, témoins de scènes de violences, harcèlement… Il semble donc important de savoir reconnaître, évaluer, traiter et réorienter ces patients. La qualité de vie est une notion subjective, multidimensionnelle, qui joue un rôle important dans la prise en charge globale du patient, le mettant au centre de cette démarche et permettant d'adapter au mieux les soins au patient tout en essayant de respecter ses idéaux et désirs. Cette notion est fondamentale en médecine générale, où nous sommes amenés à voir en premier recours et suivre nos patients sur le long terme. Sa prise en compte paraît indispensable à la création d'une relation de confiance et d'écoute mutuelle.

L'événement traumatisant à la naissance de l'ESPT peut être en rapport ou non avec une blessure physique. Si cette blessure est présente, a-t-elle un impact sur la qualité de vie des patients présentant un ESPT ? C'est la question que nous nous sommes posés au cours de notre travail. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien significatif entre la survenue d'une blessure physique chez des sujets atteint d'ESPT et l'altération de leur qualité de vie dans notre étude. Seule une tendance à avoir une qualité de vie plus altérée chez les sujets présentant une blessure physique, sans significativité, a été suggérée. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres études portant sur ce sujet. Le modèle de notre étude et le faible nombre de sujets inclus ont probablement joué en défaveur de l'obtention d'un résultat significatif. Ainsi, une étude à plus grande échelle, réalisée de façon prospective et multicentrique, présenterait un intérêt. Nous avons cependant trouvé une relation proportionnelle et significative entre sévérité de l'ESPT mesurée par le score PCL-S et altération de la qualité de vie perçue traduite par le score WHOQOL-BREF ; ce qui montre l'impact de cette pathologie, trop méconnue, sur la santé de nos patients.

Concernant les objectifs secondaires, nous n'avons pas mis en évidence de liens significatifs entre altération de la qualité de vie, sévérité de l'ESPT et la présence de comorbidités, le statut marital, le devenir professionnel. Ces relations ont pourtant été évoquées dans de nombreuses études (46) (47) (48) (50). La reconnaissance et la prise en charge précoce

de l'ESPT, paraissent être fondamentales afin d'éviter la survenue de complications quotidiennes pouvant altérer la qualité de vie et ses différentes dimensions.

Résumé :

Mots clés :

ESPT, Etat de stress post traumatique, PCL-S, WHOQOL-BREF, qualité de vie, QOL, blessure physique.

Introduction :

L'ESPT est une pathologie de plus en plus médiatisée et étudiée du fait du contexte géopolitique actuel (terrorisme, conflits internationaux, tueries de masse). La PCL-S est une échelle permettant d'évaluer sa sévérité. Sa symptomatologie, basée sur la triade : répétition, hypervigilance, évitements, altère le fonctionnement de l'individu atteint. Cette altération peut, dans certains cas, avoir un impact sur la qualité de vie des patients (troubles des conduites, difficultés conjugales, financières…). Le WHOQOL-BREF est un questionnaire permettant l'évaluation de la qualité de vie et est validé dans la population française. Notre travail porte sur l'étude d'une population de 35 sujets suivis dans l'HIA Robert Picqué. L'objectif principal est la recherche d'une relation entre la présence d'une blessure physique chez des sujets atteints d'ESPT et l'altération de leur qualité de vie. Les objectifs secondaires sont la recherche de facteurs de risque et protecteurs pouvant avoir un impact sur la qualité de vie.

Matériel et méthode :

Notre travail est une étude descriptive, rétrospective d'une population de 35 patients suivis et/ou hospitalisés dans l'HIA Robert Picqué entre 2008 et 2018 pour ESPT. Les critères d'inclusion étaient : la présence d'un ESPT avec un score PCL-S supérieur ou égal à 34, la présence de questionnaires WHOQOL BREF et PCL-S remplis. Les critères d'exclusions étaient la présence de scores incomplets (WHOQOL BREF et/ou PCL-S). 33 patients ont été inclus pour l'étude de l'objectif principal. Les comparaisons pour les données qualitatives ont été effectuées à l'aide d'un test de Mann Whitney Wilcoxon et du logiciel R version 3.2.2.

Résultats :

Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre la présence d'une blessure et l'altération de la qualité de vie chez des patients atteints d'ESPT. Cependant, nous avons observé une tendance à ce que les sujets présentant une blessure physique aient une qualité de vie plus altérée que les sujets indemnes. Nous avons également observé et cela de façon significative ($p<0,05$), une relation inversement proportionnelle entre le score PCL-S témoignant de la sévérité de l'ESPT et le score WHOQOL-BREF représentant la qualité de vie perçue. Nous n'avons pas mis en évidence de facteurs protecteurs ou de risque impactant la qualité de vie.

Discussion :

Notre étude ne permet pas de mettre en évidence de relation entre la présence d'une blessure physique et l'altération de la qualité de vie chez des patients atteint d'ESPT de façon significative. Une étude construite de façon plus solide : prospective, multicentrique incluant un échantillon plus important, serait intéressante à effectuer afin d'obtenir des résultats plus probants. Nous avons cependant mis en évidence une relation inversement proportionnelle et significative entre les scores PCL-S et WHOQOL-BREF, chose qui n'a pas, à notre connaissance, été retrouvée dans d'autres études. Cette relation serait néanmoins à confirmer par une étude ayant une puissance statistique plus importante.

Conclusion :

L'ESPT et la qualité de vie sont des notions auxquelles nous sommes tous confrontés de façon consciente ou non dans la pratique de la médecine générale. Leur connaissance est donc primordiale afin de suivre et traiter au mieux nos patients.

Abstract:

Key words:

PTSD, post traumatic stress disorder, PCL-S, WHOQOL-BREF, QOL, quality of life, physical wound.

Introduction:

Due to the actual geopolitical situation (terrorism, international conflicts, mass murders), PTSD is more and more mediatized and studied. PCL-S is a scale that can evaluate the severity of PTSD. Its symptomatology is characterised by three main symptoms: repetition, hyper vigilance and avoidance. Those symptoms can alterate one's psychological and daily life functioning wich can influe on quality of life. The WHOQoL BREF, is a questionnaire allowing the assessment of quality of life and is validated in French population. Our work is based on the study of a cohort of 35 patients presenting PTSD and followed in HIA Robert Picqué. The main objective is to look for a relationship between the presence of a physical wound on these patients and the alteration of their quality of life. The secondaries objectives are to look for risk and protective factors that can affect quality of life.

Materials and Methods

Our work is a descriptive, retrospective study of a population of 35 people followed and/ or hospitalized for PTSD at HIA Robert Picqué between 2008 and 2018. The inclusion criteria were: presenting a PTSD with a PCL-S score ≥ 34; presence of WHOQoL-BREF and PCL-S scale completed. The exclusion criteria were: incomplete WHOQoL-BREF and/or PCL-S. 33 people were included for the study of the main objective. Comparisons for qualitative data were made using a Mann Whitney Wilcoxon test and the R version 3.2.2 software.

Result:

We didn't show a significative relationship between presence of physical injury and impairment of quality of life in patient with PTSD. However, we observed that wounded people had a tendancy to have a more alterated quality of life than unaffected individuals. We also observed an inversely proportional and significative relationship ($p>0,05$) between PCL-S score and WHOQoL BREF. We did not highlight any protective or risk factors affecting the quality of life.

Discussion:

Our study could not reveal a significative relationship between the existence of a physical wound and impairment of quality of life in patients suffering from PTSD. A stronger study employing a larger amount of people, multicentered and done prospectively would be interesting to perform to obtain more meaningful results. However we could show an inversely proportional and significative link between PCL-S and WHOQoL-BREF scores, which, to our knowledge, has not been found in any other study. Yet, this relation should be confirmed with a statistically more powerful study.

Conclusion:

General physicians encounter constantly in everyday life the concepts of quality of life and PTSD. Thus, their knowledge is essential in order to improve the way we look up to our patients.

Serment d'Hippocrate :

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

ANNEXES :

Annexe 1 : Définition Trouble stress post traumatique : DSM V

Critères diagnostiques du DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015)* pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10)

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

Critères A :

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

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

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

Critères B :

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

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer*

des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêvees effrayants sans contenu reconnaissable ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peutobserver des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C :

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

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

Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la

survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

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

Critère E :

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

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

Critère F :

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

Critère G :

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

Critère H :

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

Spécifier le type :

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

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

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

Échelles d'évaluation de l'ESPT :

Annexe 2 : PDI ou Inventaire de détresse péri traumatique.

Inventaire de détresse péritraumatique

Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécu pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivit. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai ».

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1	Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2	Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3	Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4	J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5	Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6	J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7	J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8	J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9	J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10	J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11	J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12	J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13	Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

Annexe 3 : IES-R.

Test IES-R (Weiss et Marmar, 1997)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant :

ENTOUREZ LA RÉPONSE CORRESPONDANT À VOTRE CHOIX

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beau-coup	Énormé-ment
Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit.	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Annexe 4 : PCL-S

Échelle de l'état de stress post-traumatique **PCL-S (Posttraumatic Checklist Scale)**

Nom : Prénom : Âge : Sexe : Date : / / .

Instructions

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :_____

Date de l'événement : _____/_____/_____

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

Score total |__|__|__|

Échelles de qualité de vie :

Annexe 5 : MOS-SF36.

*M*edical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36)

- Ces items peuvent être regroupés en trois catégories :

Le statut fonctionnel

Il comprend 10 items sur l'activité physique (PF), 2 items sur la vie et relations avec les autres (SF), 4 items sur les limitations dues à l'état physique (RP) et 3 items sur les limitations dues à l'état psychique (RE).

Le bien-être

Il comprend 5 items sur l'évaluation de la santé psychique (MH), 4 items sur l'énergie et la vitalité (VT) et 2 items sur les douleurs physiques (BP).

L'évaluation globale de la santé

Elle est fondée sur 5 items de perception globale de l'état de santé (GH) et un item servant à décrire les modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée (HT).

D'autres domaines pouvant être pertinents n'ont pas été choisis dans la SF 36 : sexualité, sommeil, situation et positionnement familial (family function).
Dans deux dimensions, la réponse se fait de manière binaire (oui/non) et dans les six autres de manière qualitative ordinale (3 à 6 réponses possibles). Pour chaque dimension, les scores aux différents items sont codés puis additionnés et transformés linéairement sur une échelle allant de 0 à 100. Un score résumé physique (physical composite score : PCS) et un score résumé psychique (mental composite score : MCS) peuvent être calculés selon un algorithme établi. Dans la langue anglaise, différentes versions ont été proposées : la version standard, la version aiguë et la version utilisée en Grande Bretagne. À noter que la version aiguë de la SF 36 utilise la notion d'une semaine au lieu de quatre semaines utilisées dans la version standard. Cette version est plus intéressante lorsque le questionnaire est administré hebdomadairement ou bi-mensuellement. Malgré différentes traductions en français réalisées par des équipes canadienne et suisse, une adaptation française a été proposée par Leplège, afin d'améliorer la fiabilité de la SF 36 dans la population hexagonale.

- Comment répondre au questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez.
Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.
Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1 / 5

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1 : excellente.
2 : très bonne.
3 : bonne.
4 : médiocre.
5 : mauvaise.

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

1 : bien meilleur que l'an dernier.
2 : plutôt meilleur.
3 : a peu près pareil.
4 : plutôt moins bon.
5 : beaucoup moins bon.

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours.
Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Listes d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
A			
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport…	1	2	3
B			
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
C			
Soulever et porter les courses	1	2	3
D			
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
E			
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
F			
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
G			
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
H			
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
I			
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
J			
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique

	OUI	NON
A		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
B		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
D		
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel [comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

	OUI	NON
A		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
B		
Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
C		
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

1 : pas du tout.
2 : un petit peu.
3 : moyennement.
4 : beaucoup.
5 : énormément.

7/ Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1 : nulle. 2 : très faible. 3 : faible.
4 : moyenne. 5 : grande. 6 : très grande.

8/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 : pas du tout. 2 : un petit peu. 3 : moyennement.
4 : beaucoup 5 : énormément.

9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.
Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
A						
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
B						
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
C						
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remontez le moral ?	1	2	3	4	5	6
D						
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
E						
Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
F						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
G						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
H						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
I						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1 : en permanence.
2 : une bonne partie du temps.
3 : de temps en temps.
4 : rarement.
5 : jamais.

11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
A					
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
B					
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
C					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
D					
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Annexe 6 : EuroQol-5D.

L'EQ-5D est une échelle de qualité de vie standardisée, développée dans les années 1990 par un groupe européen l'EuroQol group. Ce questionnaire a été validé dans un grand nombre de pays (plus de 100 versions linguistiques existent), dont la Belgique. Il a d'abord été conçu pour être complémentaire à d'autres mesures de la QdVS, mais il est actuellement de plus en plus utilisé comme un instrument indépendant.

Dans l'enquête de santé 2013, cet instrument figure dans l'auto-questionnaire et s'adresse exclusivement aux personnes âgées de 15 ans et plus. Il est présenté sur 2 pages : la première contient le système descriptif de l'EQ-5D tandis que sur la seconde figure une échelle visuelle analogique (EQ-VAS).

La première page comprend cinq items représentant cinq dimensions : mobilité, autonomie personnelle, activités courantes, douleurs et gênes, anxiété et dépression. Chaque item a cinq niveaux de réponse. La période de référence considérée est « aujourd'hui ». Les questions sont formulées comme ci-dessous :

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé aujourd'hui.

QL01 Mobilité

1. Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied.
2. J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied.
3. J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied.
4. J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied.
5. Je suis incapable de me déplacer à pied.

QL02 Autonomie de la personne

1. Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
2. J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
3. J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
4. J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e).
5. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e).

QL03 Activités courantes (exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs)

1. Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes.
2. J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes.
3. J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes.
4. J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes.
5. Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes.

QL04 Douleurs / gêne

1. Je n'ai ni douleur ni gêne.
2. J'ai des douleurs ou une gêne légère(s).
3. J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s).
4. J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s).
5. J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s).

QL05 Anxiété / dépression

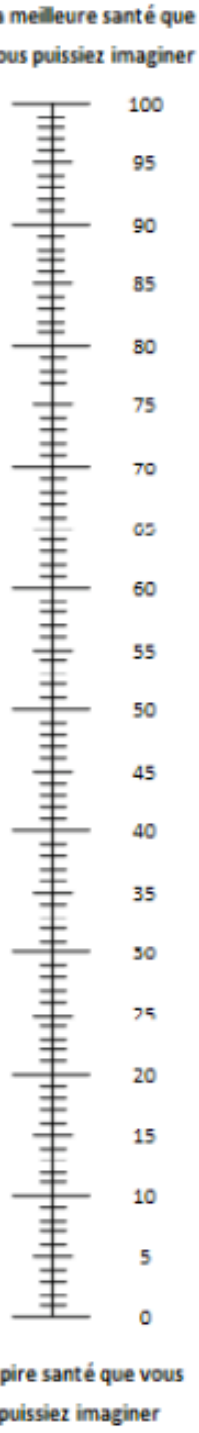
1. Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e).
2. Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e).
3. Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e).
4. Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e).
5. Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e).

La deuxième page consiste en une échelle visuelle analogique, dénommée « EQ-5D VAS », graduée de 0 à 100 (100 étant le meilleur état possible). La question est formulée comme ci-dessous :

QL06

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer. 0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

Votre santé aujourd'hui = ☐



Annexe 7 : WHOQOL-BREF.

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

		Très faible	**faible**	**ni faible ni bonne**	**bonne**	**très bonne**
1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	☐	☐	☐	☐	☐

		très insatisfait(e)	**insatisfait(e)**	**ni satisfait(e) ni insatisfait(e)**	**satisfait(e)**	**très satisfait(e)**
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	☐	☐	☐	☐	☐

		Pas du tout	**un peu**	**modérément**	**beaucoup**	**extrêmement**
3	La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Aimez-vous votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	☐	☐	☐	☐	☐

	très difficilement	difficilement	assez facilement	facilement	très facilement
15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	☐	☐	☐	☐	☐

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	☐	☐	☐	☐	☐
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	☐	☐	☐	☐	☐

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	☐	☐	☐	☐	☐
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?	☐	☐	☐	☐	☐
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	☐	☐	☐	☐	☐
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	☐	☐	☐	☐	☐
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	☐	☐	☐	☐	☐
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	☐	☐	☐	☐	☐

	jamais	parfois	assez souvent	très souvent	tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	☐	☐	☐	☐	☐

BIBLIOGRAPHIE:

1. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale. 2005 Apr 1;31(2):182–94.
2. Vaudoyer J-L, Mondor H. Ambroise Paré et les Valois. Editions Mimésis Histoire. 2017.
3. Morgan S. L'état de stress post-traumatique: diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs. Paris: Mon Petit Éditeur; 2012.
4. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010 May 1;168(4):311–9.
5. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
6. Weltgesundheitsorganisation, editor. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Critères diagnostiques pour la recherche. Paris: Masson; 1994. 226 p.
7. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale. 2008 Dec 1;34(6):577–83.
8. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):21–7.
9. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995 Dec 1;52(12):1048–60.
10. Jolly A. Evénements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. Ann Méd-Psychol. 2000;158(5):370–8.
11. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. Am J Psychiatry. 1992 May;149(5):671–5.
12. Allgulander C. Suicide and Mortality Patterns in Anxiety Neurosis and Depressive Neurosis. Arch Gen Psychiatry. 1994 Sep 1;51(9):708–12.

13. Szadoczky E, Vitrai J, Rihmer Z. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. Eur Psychiatry. 2000 Sep 1;15(6):343–7.

14. Tarrier N, Gregg L. Suicide risk in civilian PTSD patients: Predictors of suicidal ideation, planning and attempts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2004 Aug [cited 2018 Sep 9];39(8). Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00127-004-0799-4

15. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999 Jul;56(7):617–26.

16. Nicoli M, Bouchez S, Nieto I, Gasquet I, Kovess V, Lépine J-P. Idéation et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. /data/revues/00137006/v38i4/S001370061100042X/ [Internet]. 2012 Dec 9 [cited 2018 Sep 10]; Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/751667

17. Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. [Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation]. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2005 Jan;50(1):67–71.

18. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. J Trauma Stress. 1995 Jan;8(1):75–90.

19. Beck JG, Grant DM, Read JP, Clapp JD, Coffey SF, Miller LM, et al. The Impact of Event Scale –Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. J Anxiety Disord. 2008;22(2):187–98.

20. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS. L'Encephale. 2003 Jun;29(3 Pt 1):232–8.

21. Paul F, Pommier De Santi v. Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatiques chez les militaires de retour de mission,. In: La psychiatrie en milieu militaire. Elsevier Masson; 2013.

22. Abuse WHOD of MH and P of S. WHOQOL : measuring quality of life. 1997 [cited 2018 Aug 29]; Available from: http://apps.who.int/iris/handle/10665/63482

23. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Aug 29]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9817119

24. Abbadi-Simon S, Gourevitch R, Guelfi J-D. Outils d'évaluation de la qualité de vie. Httpwwwem-Premiumcomdocelecu-Bordeauxfrdatatraitespps37-10748 [Internet]. [cited 2018 Aug 23]; Available from: http://www.em-premium.com.docelec.u-

bordeaux.fr/article/20740/resultatrecherche/3

25. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), Quality of Well-Being Scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQOL) - Busija - 2011 - Arthritis Care & Research - Wiley Online Library. [cited 2018 Aug 23]; Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.20541

26. McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care. 1994 Jan;32(1):40–66.

27. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Community Health. 1980 Dec 1;34(4):281–6.

28. Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. Soc Sci Med 1982. 1990;30(7):829–35.

29. Nanda U, McLendon PM, Andresen EM, Armbrecht E. The SIP68: an abbreviated sickness impact profile for disability outcomes research. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2003 Aug;12(5):583–95.

30. Balestroni G, Bertolotti G. EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. Monaldi Arch Chest Dis [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2018 Aug 23];78(3). Available from: https://www.monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/121

31. Cleemput I. A social preference valuations set for EQ-5D health states in Flanders, Belgium. Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care. 2010 Apr;11(2):205–13.

32. Mahadeva S, Wee H-L, Goh K-L, Thumboo J. The EQ-5D (Euroqol) is a valid generic instrument for measuring quality of life in patients with dyspepsia. BMC Gastroenterol. 2009 Mar 12;9:20.

33. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res. 2004 Mar;13(2):299–310.

34. Shawver Z, Griffith JD, Adams LT, Evans JV, Benchoff B, Sargent R. An examination of the WHOQOL-BREF using four popular data collection methods. Comput Hum Behav. 2016

Feb 1;55:446–54.

35. Baumann C, Erpelding M-L, Régat S, Collin J-F, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2010 Feb 1;58(1):33–9.

36. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. 2004 Jun 14;109:38–46.

37. Braš M, Milunović V, Boban M, Brajković L, Benković V, Đorđević V, et al. Quality of life in Croatian Homeland war (1991-1995) veterans who suffer from post-traumatic stress disorder and chronic pain. Health Qual Life Outcomes. 2011;9:56–56.

38. MacGregor AJ, Corson KS, Larson GE, Shaffer RA, Dougherty AL, Galarneau MR, et al. Injury-specific predictors of posttraumatic stress disorder. Injury. 2009 Sep 1;40(9):1004–10.

39. Saloppé X, Pham TH. Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. Httpwwwem-Premiumcomdocelecu-Bordeauxfrdatarevues00137006v33i6S0013700607000255 [Internet]. 2014 Jun 13 [cited 2018 Feb 19]; Available from: http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/901887/resultatrecherche/2

40. Whitbeck L, Hoyt D, Johnson K, Chen X. Victimization and Posttraumatic Stress Disorder among Runaway and Homeless Adolescents. Sociol Dep Fac Publ [Internet]. 2007 Jan 1; Available from: http://digitalcommons.unl.edu/sociologyfacpub/29

41. Schnurr PP, Lunney CA, Bovin MJ, Marx BP. Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. Clin Psychol Rev. 2009;29(8):727–35.

42. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. J Trauma Stress. 1998 Jan;11(1):103–12.

43. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. Am J Psychiatry. 2001 Sep;158(9):1467–73.

44. Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. Am J Psychiatry. 1991 May;148(5):586–91.

45. Pollock DA, Rhodes P, Boyle CA, Decoufle P, McGee DL. Estimating the number of

suicides among Vietnam veterans. Am J Psychiatry. 1990 Jun;147(6):772–6.

46. Amaya-Jackson L, Davidson JR, Hughes DC, Swartz M, Reynolds V, George LK, et al. Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. J Trauma Stress. 1999 Oct;12(4):709–24.

47. Dekel R, Solomon Z. Marital relations among former prisoners of war: contribution of posttraumatic stress disorder, aggression, and sexual satisfaction. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. 2006 Dec;20(4):709–12.

48. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 5:4–12; discussion 13-14.

49. Magruder KM, Frueh BC, Knapp RG, Johnson MR, Vaughan JA, Carson TC, et al. PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. J Trauma Stress. 2004 Aug;17(4):293–301.

50. Savoca E, Rosenheck R. The civilian labor market experiences of Vietnam-era veterans: the influence of psychiatric disorders. J Ment Health Policy Econ. 2000 Dec;3(4):199–207.

51. O'Connell MJ, Kasprow W, Rosenheck RA. Rates and risk factors for homelessness after successful housing in a sample of formerly homeless veterans. Psychiatr Serv Wash DC. 2008 Mar;59(3):268–75.

52. Glynn SM, Eth S, Randolph ET, Foy DW, Urbaitis M, Boxer L, et al. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol. 1999 Apr;67(2):243–51.

53. Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. Arch Gen Psychiatry. 2003 May;60(5):481–9.