

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

NAAMEE Jean

Présentée et soutenue publiquement le 05/07/2021

IMPACT DU PSYCHOTRAUMATISME SUR LE RETOUR AU POSTE DE TRAVAIL AU
SEIN D'UNE POPULATION DE SALARIÉS ACTIFS
UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Directeur de thèse : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, CHU Clermont-Ferrand
CMP B

Président du jury : Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, CHU Clermont-Ferrand
SST

Membres du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, CHU Clermont-Ferrand
Urgences et Post-Urgences, et Madame BOURGUET – ROBILLARD Delphine,
Psychologue Clinicienne, CHU Clermont-Ferrand CMP A, UPP et CUMP

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES :

JOYON Louis

UNIVERSITE D'AUVERGNE :

DOLY Michel

TURPIN Dominique

VEYRE Annie

DULBECCO Philippe

ESCHALIER Alain

PRESIDENTS HONORAIRES :

CABANES Pierre

UNIVERSITE BLAISE PASCAL :

FONTAINE Jacques

BOUTIN Christian

MONTEIL Jean-Marc

ODOUARD Albert

LAVIGNOTTE Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER :

BERNARD Mathias

PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT :

DEQUIEDT Vianney

VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

FOGLI Anne

VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE :

HENRARD Pierre

VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE :

PEYRARD Françoise

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES :

PAQUIS François

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES :

DETEIX Patrice

CHAZAL Jean

DOYEN :

CLAVELOU Pierre

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE :

ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles -
BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA
Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe -
CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques -
DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice -
ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER
Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM.
LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-
Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert -
PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle -
MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre -
SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe -
TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude -
ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène -
MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAUT-LLORCA Frédérique Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre Neurologie
M. GILAIN Laurent O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin Rhumatologie
M. ABERGEL Armando Hépatologie
Mlle BARTHELEMY Isabelle Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc Médecine Interne

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel Dermatologie - Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent Urologie
M. TRAORE Ousmane Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc Médecine Interne
M. BONNET Richard Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric Physiologie
M. FUTIER Emmanuel Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth Néphrologie
M. MOTREFF Pascal Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe Cancérologie – Chirurgie Générale

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François Génétique
M. LESENS Olivier Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain Cardiologie
M. MERLIN Etienne Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne Rhumatologie
M. DURANDO Xavier Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia Neurologie
M. SAKKA Laurent Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain Hématologie
M. POINCLOUX Laurent Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud Cardiologie

M. EVRARD Bertrand Immunologie
M. POIRIER Philippe Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne Médecine Générale
M. CAMBON Benoît Médecine Générale
M. TANGUY Gilles Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien Hématologie
M. BUISSON Anthony Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan Pédiopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume Bactériologie
M. SOLER Cédric Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre Nutrition Humaine
M. PIZON Frank Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric Médecine Générale
Mme ROUGE Laure Médecine Générale

Remerciements

Au Professeur George BROUSSE pour son accessibilité et ses lumières.

Au Professeur DUTHEIL pour son implication sur tous les fronts, y compris celui-ci.

Au Professeur SCHMIDT pour sa disponibilité et sa participation à ce jury de thèse.

À Mme BOURGUET – ROBILLARD pour ses fonctions à l'excellent DU de Psychotraumatologie ainsi que pour sa participation à ce jury de thèse.

À M. Pascal JOUVIN, pour son accord d'utiliser les données de l'AIST-LPA dans cette étude.

Aux équipes Médicales et de Santé au Travail avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler dans chacun de mes huit stages d'internat.

Au Dr Martine JACQUAND, d'une assiduité à toute épreuve, d'un grand secours, et d'un contact chaleureux, ce fut aussi un plaisir de faire équipe, merci. Merci aussi à Christelle PETIT, son assistante.

Au Dr Audrey VILMANT, pour son savoir-faire avec le logiciel santé travail de l'AIST-LPA, et pour les bons moments que sont tous les moments avec elle.

À ma famille, enfin, merci pour leur soutien et leur compréhension inépuisables.

Table des Matières

Remerciements	
Listes des figures et des abréviations	
Résumé et mots-clés	
1. Introduction	12
2. Objectifs	14
2.1. Contexte de l'étude et position du problème.....	14
2.2. Hypothèse de départ et objectif principal.....	16
3. Matériel et méthode	17
3.1. Population étudiée et outils de recrutement.....	17
3.2. Modalités de recrutement.....	18
3.2.1. Critères d'inclusion.....	18
3.2.2. Critères d'exclusion.....	20
3.3. Outils de mesure et d'évaluation.....	21
3.4. Critère d'évaluation principal.....	24
3.5. Critères d'évaluation secondaires.....	24
3.6. Notes complémentaires, variables abandonnées.....	24
3.7. Éthique, accords CPP et CNIL, protection de l'anonymat.....	25
4. Résultats	28
4.1. Résultats généraux.....	28
4.1.1. Données générales.....	28
4.1.2. Données liées au poste de travail.....	29
4.1.3. Données liées au traumatisme.....	31
4.2. Résultats principaux.....	34
4.3. Résultats secondaires.....	34
4.4. Résultats complémentaires.....	38
5. Discussion	39
6. Conclusion	44
Références Bibliographiques.....	46
Bibliographie.....	49
Annexes	52
1. Figure 1.....	52
2. Figure 2.....	53
3. Figure 3.....	53

Liste des figures

Figure 1. Flow Chart

.....

Figure 2. Analyses univariées

.....

Figure 3. Analyses multivariées.

.....

Liste des abréviations

- TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique
- PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder (nom anglophone du TSPT)
- AIST-LPA : Association Interprofessionnelle de Santé au Travail – La Prévention Active
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- NAF : Nomenclature d'Activités Française
- CSP : Catégorie Socio-Professionnelle
- AT : accident de travail
- IDEST : Infirmier Diplômé d'État en Santé au Travail
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- HTA : Hypertension Artérielle
- VRP : Voyageur Représentant et Placier (métier commercial)
- AMP : Aide Médico-Psychologique (métier santé)
- AVP : Accident de la Voie Publique

Résumé

Contexte : Près d'un tiers de la population générale a été ou sera un jour exposé à un événement potentiellement traumatisant, et on trouvera parmi ces personnes les 2% pour lesquels cela se traduira en un Trouble de Stress Post-Traumatique.

Objectif : Notre hypothèse de départ est que le TSPT constitue un important facteur de risque de désinsertion professionnelle et de non-retour au poste de travail. Le but de cette étude est d'observer, sur un échantillon de personnes ayant repris le travail après avoir développé la pathologie, quel impact a pu avoir cette dernière sur le retour ou non au poste de travail.

Méthode : A partir de la base de données d'une Association Interprofessionnelle de Santé au Travail, nous avons recherché des sujets actuellement en poste, soit atteints de TSPT au moment du recueil de données, soit l'ayant été par le passé. Leurs dossiers médicaux ont fait l'objet d'un recueil de données anonymisées : socio-démographiques, ayant trait à l'événement traumatisant, en lien avec leur travail et en rapport avec leur santé physique. Le critère de jugement principal était la reprise ou non du travail au poste occupé au moment du traumatisme.

Résultats : 33 sujets ont été retenus. 36% n'ont pas repris à leur poste de travail mais à un autre et dans une autre entreprise, tandis que les 64% restants ont repris au même poste. 76% des sujets victimes de psychotraumatismes en accident de travail ont repris au même poste alors que 75% des victimes hors accident de travail ont changé de poste et d'entreprise après le traumatisme.

Mots clés : TSPT, PTSD, psychotraumatisme, stress post-traumatique, travail, reprise

1. Introduction

L'expérience traumatique se caractérise par une confrontation violente de la personne avec "le réel de la mort". Elle porte en elle une menace d'anéantissement, propre à éveiller un vécu d'effroi, une sidération psychique et une sensation de mort imminente, accompagnés d'un sentiment d'impuissance. Cette image écrasante peut être imposée par la survenue d'une catastrophe (naturelle), d'un accident (de la voie publique ou non) ou d'une agression (physique ou verbale), à potentiel mortel si cela est vécu personnellement, à potentiel mortel voire effectivement mortel si vécu par procuration, c'est-à-dire en tant que témoin. Classiquement, l'expérience est soudaine, brutale, inattendue, et la vision de la mort pénètre par effraction le psychisme pour se loger dans l'inconscient, ne laissant pas le temps à la personne d'intégrer les événements dans les circuits logiques de sa pensée. Pour reprendre les mots du Dr CROCQ, psychiatre militaire ayant co-fondé les CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychiatrique) en France, il s'agit d'un « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur » (1). Dans une forme moins répandue, le traumatisme peut résulter d'une confrontation à la dégradation psychique par une répétition d'évènements jugés « mineurs », portant atteinte notamment à l'estime de soi (disqualifications, agressions, ambiance délétère, humiliante, dégradante).

Le Trouble de Stress Post-Traumatique se définit par la persistance ou l'apparition de certains symptômes au-delà du premier mois succédant à l'expérience traumatique. De même que pour la plupart des pathologies, on considère un TSPT comme chronique lorsqu'il persiste au-delà de trois mois. Les signes attendus sont une reviviscence des événements, une hyperactivité neurovégétative, des conduites d'évitement ou conduites phobiques, flashbacks, distorsions

cognitives, un détachement général des activités et relations, une amnésie... Peuvent y être associés d'autres troubles, qu'ils arrivent *de novo* ou, s'ils étaient déjà présents, qu'ils se renforcent : altérations de l'humeur, manifestations dépressives et anxieuses, troubles somatoformes (algiques, digestifs, cardiaques, neurologiques, endocriniens...), conduites addictives, troubles du comportement, risque suicidaire... (2)

Aussi reconnu soit-il dans l'imaginaire collectif actuel, le TSPT demeure une affection qu'il n'est pas aussi aisé de diagnostiquer pour les non-spécialistes, y compris médecins. Ces derniers sont tentés d'apposer l'étiquette TSPT sur toute altération négative du comportement ou de l'humeur consécutive à une expérience traumatique, voire à une expérience *difficile*, c'est-à-dire vécue comme telle par le patient sans pour autant qu'on puisse y retrouver la notion évoquée plus haut, qui est la confrontation avec l'idée de la mort. Ce flou diagnostique dans lequel évoluent encore nombre de médecins à l'heure actuelle, s'il n'y a pas lieu d'en faire le reproche à des non-spécialistes, serait à lui seul un motif suffisant pour fournir un travail semblable à notre étude.

2. Objectifs

2.1. Contexte de l'étude et position du problème

Au sein de la population générale aux USA, 60.7% des hommes et 51.2% des femmes ont rapporté une exposition à au moins un événement potentiellement traumatique au cours de leur vie, soit environ la moitié de la population (3). Parmi ces personnes, il est attendu que 2% développeront un Trouble de Stress Post-Traumatique (4). En effet, la majeure partie des gens exposés ne développeront pas ce trouble. Cela dépend de la violence du choc mais aussi des forces personnelles, constitutionnelles de la personne qui « l'encaisse », et de ses réserves énergétiques. Ce n'est pas la nature de l'événement ni le degré de souffrance qui suffisent à faire le traumatisme ; celui-ci a sa réalité psychopathologique propre, à partir de l'effraction et du rapport au réel, et sa propre logique évolutive (5).

En France, sur 36 000 personnes entre 1999 et 2003, la prévalence instantanée d'un TSPT complet (durée des symptômes dépassant 1 mois) était de 0,7 %, avec une quasi-égalité de fréquence entre hommes (45 %) et femmes (55 %). En analysant les conséquences d'un traumatisme psychique au-delà de la forme complète de TSPT, c'est-à-dire en prenant en compte les états de stress aigu n'ayant pas dépassé un mois, 5,3 % de l'échantillon rapportaient des troubles psychotraumatiques. (6)

L'impact en termes de congés maladie associés au TSPT aux USA est très proche de celui lié aux épisodes dépressifs majeurs (7). Cet impact se traduit par une moyenne de 3,6 jours d'arrêt par mois pour 100 salariés issus de tous secteurs professionnels, ce qui est 3,6 fois plus que la moyenne toutes maladies confondues (8) et représenterait une perte de productivité nationale de 3 milliards de dollars.

En France les arrêts maladie supérieurs à 30 jours représentent 80% des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (9). Le nombre d'arrêts maladie est en baisse, mais ceux de longue durée augmentent et coûtent de plus en plus cher à l'Assurance maladie (10).

Les statistiques de l'INSEE (11) affirment que les arrêts maladie durent en moyenne 2 mois, et que 15% d'entre eux seulement durent plus de 3 mois. L'Assurance Maladie a mis en place une cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle, qui propose ses services aux personnes en arrêt depuis plus de 3 mois. Plus long est l'arrêt, plus difficile est la reprise. Et on estime que 50 à 60% des TSPT se chronicisent (12).

L'expérience de l'arrêt maladie est généralement vécue comme un événement de vie difficile pouvant laisser des séquelles et des craintes par rapport à l'entreprise. Le retour à l'emploi suscite des angoisses engendrées par la honte et les difficultés liées au travail et aux conditions de travail. En France en 2015 on attribuait 22% des invalidités au handicap psychique, 3 000 000 de personnes étaient atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire, ou de dépression sévère ou de troubles obsessionnels compulsifs, soit 4,3% de la population à risque de présenter un handicap psychique (13, 14, 15).

Enfin, un rapport états-unien de 2000 (16) faisait état, en s'appuyant sur deux articles (17, 18), d'un risque de perte d'emploi multiplié par 150% chez les victimes de TSPT par rapport au reste de la population.

Ainsi le TSPT est une pathologie fortement prévalente et invalidante, et il constitue un important facteur de risque de désinsertion professionnelle et de non-retour au poste de travail. Dans ce contexte, il nous paraît crucial de stimuler la production d'études sur le sujet.

2.2. Hypothèse de départ et objectif principal

Notre hypothèse de départ est que le TSPT constitue un important facteur de risque de désinsertion professionnelle et de non-retour au poste de travail.

En se concentrant sur un échantillon de salariés ayant repris le travail après un psychotraumatisme, notre étude rétrospective tentera d'observer l'impact du TSPT sur le retour ou non au poste de travail.

3. Matériel et méthode

3.1. Population étudiée et outils de recrutement

Les données et résultats de cette étude ont respectivement été collectés et menés par un interne de médecine du travail ayant passé un diplôme universitaire de psychotraumatologie, avec l'aide et la collaboration d'un Professeur de psychiatrie et d'addictologie également impliqué dans le diplôme universitaire susmentionné, d'une épidémiologiste et médecin du travail, ainsi que de l'Association Interprofessionnelle de Santé au Travail AIST-LPA (La Prévention Active). Les sujets inclus dans l'étude étaient exclusivement des salariés suivis par l'AIST-LPA.

En France, tout employeur doit présenter ses salariés à un service de Santé au Travail, c'est pourquoi les services de Santé au Travail sont organisés : soit sous la forme de services dits autonomes, c'est-à-dire compris au sein des entreprises ; soit sous la forme de services inter-entreprises. À titre d'exemple, c'est sur le fonctionnement de services autonomes que sont suivis les salariés de la SNCF, de la Poste, ou encore de Michelin. De leur côté les services interprofessionnels sont basés sur un système de cotisation de la part d'entreprises adhérentes. Pour vous donner une idée de l'intérêt de tels services, on ne saurait affecter une équipe de Santé au Travail à une petite entreprise telle qu'une boulangerie de proximité. Cela ne veut pourtant pas dire que les services interprofessionnels de Santé au Travail se cantonnent aux petites et moyennes entreprises. Ainsi, l'AIST-LPA a dans ses effectifs de grandes entreprises de transport, ainsi qu'une bonne partie des supermarchés et hypermarchés ou encore certains établissements de soins privés et publics. L'AIST-LPA, qui couvre l'ensemble du département Puy-de-Dôme ainsi que l'arrondissement de Brioude, comptait en 2019 près de 15.000 entreprises de tous types et environ 155.000 salariés.

L'exploration des dossiers et le recueil des informations utiles pour notre étude s'est fait courant avril 2019 pendant le stage d'un interne de médecine du travail à l'AIST-LPA, avec l'accord

de son tuteur de stage et du Directeur de l'AIST-LPA et sous réserve de respect de l'anonymat des salariés par anonymisation systématique des dossiers intégrés au sein de l'étude. Les sujets et variables de cette étude sont extraits de la base de données du logiciel de santé au travail ou logiciel métier de l'AIST-LPA : DINAMIT. Ce logiciel permet entre autres de notifier des pathologies présentes ou passées au titre de la Classification Internationale des Maladies CIM-10 et de lancer une recherche à partir de cette classification. Depuis début 2017 l'AIST-LPA a entrepris de fonctionner en « zéro papier », autrement dit le travail des équipes de santé se fait de plus en plus par ordinateur et les dossiers-papier sont en cours de numérisation, tâche qui est loin d'être terminée.

3.2. Modalités de recrutement

3.2.1. Critères d'inclusion

- Classification CIM-10 :

La recherche des sujets pour cette étude a pris en compte, parmi les 155.000 salariés inscrits en 2019, tous ceux qui étaient déjà inscrits ou l'ont été sur la période de 2008 à 2018 et pour qui il a été apposé, sur la même période et par un médecin du travail de l'AIST-LPA, un diagnostic de TSPT au moyen de la CIM-10. (NB : s'il est vrai que l'AIST fonctionne en zéro papier depuis 2017, un diagnostic peut toutefois être inscrit dans DINAMIT et daté d'avant 2017, à titre d'antécédent ou de maladie chronique.) Le logiciel permet une recherche automatique, que nous avons concentrée sur les occurrences des libellés de la CIM-10 suivants : F-43.1 – *État de stress post-traumatique* –, et F-43.0 – *Réactions à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation*. Ce dernier a été considéré comme un équivalent plausible du F-43.1 du point de vue d'un médecin du travail, d'où son inclusion.

- Existence d'une expérience traumatique après le début de la vie active du salarié :

Le minimum requis pour accepter la possibilité d'un TSPT était la description d'une expérience traumatique datant d'une période d'activité professionnelle, aussi avons-nous pris en compte les éléments textuels qui pouvaient raisonnablement contenir une confrontation avec l'idée de la mort, et les données du dossier sur le poste de travail (actuel au passé) occupé au moment du traumatisme. Lorsque la description du traumatisme souffrait d'un manque de précision il a parfois été possible d'inclure tout de même le sujet : soit grâce au diagnostic de TSPT posé par un Psychiatre dans un courrier accessible au sein du dossier médical, soit parce qu'il a été fait mention textuellement par le médecin du travail que le salarié a consulté un psychiatre et que ce dernier aurait bel et bien parlé de TSPT.

- Expérience traumatique datant d'un an au moins :

Ce choix chronologique avait pour objet de nous accorder un recul suffisant sur le déroulement de la reprise du travail du salarié suite au traumatisme.

- Salarié actif :

Il était nécessaire d'avoir des salariés actifs puisqu'il s'agissait d'étudier la viabilité de la reprise du travail. Une fois les dossiers isolés, il s'est agi de vérifier que la personne avait repris le travail depuis au moins un mois après le traumatisme. Pour cela, un listing des différents types de visites médicales de Santé au Travail dont a bénéficié le salarié était accessible dans le logiciel, de sorte que l'on pouvait voir s'il avait eu une visite de reprise après arrêt maladie. On précisera que la visite de reprise après arrêt maladie est obligatoire après un mois d'arrêt, et après n'importe quelle durée d'arrêt si la cause est un accident de travail.

55 cas ont répondu aux critères d'inclusion.

3.2.2. Critères d'exclusion

- Salariés d'entreprises suivies par un service de Santé au Travail autonome :

Cela est devenu un critère d'exclusion sans que nous l'ayons désiré. Au départ, l'étude voulait inclure des cas supplémentaires issus de deux services autonomes, or malgré nos efforts elle n'a réussi à en tirer que 2 dans l'un et 6 dans l'autre. La rareté les rendait donc trop peu représentatifs et impactait négativement l'homogénéité de l'étude. C'est donc uniquement des salariés suivis par un service interprofessionnel qui ont été retenus.

- Diagnostic de TSPT manifestement erroné :

Parmi les 55 cas ayant répondu aux critères d'inclusion, il s'est révélé impératif de faire le tri. Au niveau des CIM-10 F-43.0 en particulier, les cas où l'on trouvait un courrier du psychiatre attestant d'un TSPT ont été retenus, ainsi que les cas relatant une expérience traumatique évidente avec apparition de symptômes tels que ceux cités en introduction. Près de la moitié des 55 cas se sont avérés : soit étiquetés à tort F-43.1, soit étiquetés F-43.0 et effectivement non TSPT. Ont été écartés les dossiers révélant une absence simultanée de tous les éléments pouvant conforter le diagnostic avec suffisamment de certitude (ni courrier du psychiatre, ni mention de suivi psychiatrique en rapport avec la pathologie, ni description de l'expérience traumatique, ni présence de symptômes typiques). Parmi les 33 cas restants, considérés comme TSPT probables, il est resté 21 des 29 F-43.1, et 12 des 26 F-43.0. Certains F-43.1 ont été certifiés attribués à tort grâce à un courrier du psychiatre présent dans le dossier qui mentionnait une autre pathologie psychiatrique expliquant les symptômes.

Nous sommes ainsi arrivés à un total de 33 sujets retenus pour cette étude.

3.3. Outils de mesure et d'évaluation

Une fois les dossiers désignés, les variables suivantes ont été extraites, automatiquement dans le cas des dossier informatisés et manuellement pour les autres.

- Variables socio-démographiques :

- Âge, genre.

- Variables sur la profession :

- Poste de reprise, soit l'emploi déclaré lors de la reprise du travail suite au traumatisme, et nomenclatures NAF et CSP correspondantes.
- Poste traumatisme, soit l'emploi déclaré au moment de l'expérience traumatique, et nomenclatures NAF et CSP correspondantes.
- Entreprise de plus de 50 salariés, afin de différencier petites entreprises des moyennes et grandes.

- Variables liées au traumatisme :

- Type de traumatisme, précision sommaire apportée à la description de l'expérience traumatique, au cas par cas (exemples : agression verbale avec menace de mort, témoin accident mortel, drame familial, etc.).
- Intentionnalité du traumatisme : qualité supplémentaire apportée au type de traumatisme, s'agissant de faire la différence entre, d'un côté les expériences traumatiques ayant pour vecteur un acte intentionnel, et de l'autre celles de nature accidentelle [oui, non].

- AT : [oui] ou [non] selon que l'expérience traumatique est survenue sur le lieu de travail ou non. Cette variable se démarque de la notion administrative de reconnaissance en accident de travail en ce qu'elle désigne une expérience traumatique vécue sur le lieu du travail, quand bien même elle n'aurait pas été reconnue officiellement en accident de travail, puisqu'il s'agit de différencier traumatisme au travail et traumatisme hors travail. (NB : chaque fois que l'on dira "AT" dans cette étude il s'agira d'accident de travail et jamais d'arrêt de travail.)
- Diagnostic TSPT par psychiatre : [oui] si existence dans le dossier d'un courrier du Psychiatre l'affirmant ou si le médecin du travail évoque l'existence d'un avis psychiatrique en faveur d'un TSPT ; [non] si aucune trace écrite d'un médecin affirmant un TSPT en dehors de la simple CIM-10. NB : un diagnostic par un psychiatre implique une prise en charge également.
- Prise en charge psychothérapeutique du traumatisme [oui, non].
- Temps d'arrêt maladie [en mois].
 - Variables d'impact du traumatisme sur la reprise du travail :
- Ancienneté de la reprise du travail après le traumatisme [en mois] : correspondant au temps écoulé entre le moment de l'étude et la prise ou la reprise d'une activité professionnelle après la date de l'expérience traumatique. Si la personne n'a souffert aucune interruption de son activité professionnelle suite à l'expérience traumatique, cette durée est égale à l'ancienneté du traumatisme.
- Poste de travail [même, autre] : si la personne a changé ou non de poste de travail lorsqu'elle a repris postérieurement à son traumatisme. Pour les changements de poste de travail, il pourra être précisé s'il y également eu changement d'entreprise.
- Inaptitude, sur décision du médecin du travail [oui, non].
- Démission, du poste occupé lors du traumatisme [oui, non].

- Invalidité pré-traumatisme [oui, non] : invalidités catégorie 1 uniquement, qui ouvrent droit à une pension s'élevant à 30% du salaire brut pris sur les 10 années d'activité les mieux rémunérées.
 - Invalidité post-traumatisme [oui, non] : idem, mais après le traumatisme.
- Variables d'impact sur la santé physique :
- Séquelles physiques [oui, non], des suites du traumatisme.
 - Séquelles physiques visibles [oui, non], des suites du traumatisme ; visible dans le sens de perceptible au premier coup d'œil ou presque, par des signes tels que cicatrice ou boiterie par exemple.
 - Tabagisme pré-traumatisme [oui, non].
 - Tabagisme post-traumatisme [idem, moins, plus, sévère], en termes comparatifs par rapport au tabagisme antérieur. Le tabagisme est inscrit dans le logiciel en *nombre de cigarettes par jour*, offrant une idée assez précise de la quantité. (Nous l'avons nommé de façon assez vague tabac "post-traumatisme" en raison des difficultés à uniformiser cette variable. Nous avons pensé évaluer le tabagisme à 1 an du traumatisme, mais cette information était rarement disponible dans la fourchette de temps désirée, ainsi le "tabagisme post-traumatisme" désigne parfois un tabagisme évalué à quelques mois du traumatisme, et d'autres fois à deux ou même trois ans.)
 - IMC pré-traumatisme, sous forme descriptive [normal, surpoids, obésité].
 - IMC post-traumatisme, sous forme descriptive [normal, surpoids, obésité]. (Mêmes remarques que pour le tabagisme post-traumatisme.)
 - HTA pré-traumatisme [oui, non].
 - HTA post-traumatisme [oui, non]. (Mêmes remarques que pour tabagisme et IMC post-traumatisme.)

Le logiciel d'épidémiologie utilisé pour l'obtention des résultats était "EPI info".

3.4. Critère d'évaluation principal

Le critère principal retenu pour observer le retour ou non au poste de travail après un psychotraumatisme est la reprise ou non du salarié, après son arrêt maladie, au poste de travail effectivement occupé au moment du traumatisme.

3.5. Critères d'évaluation secondaires

En rapport avec le poste de travail :

- Nomenclatures NAF et CSP correspondant au travail (concomitant ou consécutif au traumatisme).
- Mise en inaptitude par le Médecin du Travail au poste de travail occupé lors du traumatisme.

En rapport avec le traumatisme :

- Présence ou absence d'intentionnalité dans l'expérience traumatique.
- Présence ou absence de séquelle physique due au traumatisme.
- Traumatisme en AT ou non.
- Durée de l'arrêt maladie.

3.6. Notes complémentaires, variables abandonnées

À l'origine il était prévu un recueil des antécédents et comorbidités. Nous l'avons abandonné par manque de précisions importantes, comme la date et la périodicité souvent absentes dans les dossiers. Par exemple, un cas de "trouble dépressif récurrent", mais on ne sait s'il était

présent avant le traumatisme ou s'est installé après ce dernier. Il est vrai que certains antécédents étaient dûment datés, toutefois l'inconsistance globale rendait ces données complètement erratiques et il ne restait finalement rien à en tirer.

De même, nous avons songé à inclure une variable de "nombre de postes différents occupés entre le poste au moment du traumatisme et le poste de reprise". Cette donnée s'est soldée par 33 résultats identiques sur 33, à savoir 0 poste différent occupé entre l'ancien et l'actuel.

3.7. Éthique, accords CPP et CNIL, protection de l'anonymat

Cette étude a fait l'objet d'une demande d'accord de la part d'un Comité d'Éthique, d'une demande d'avis auprès du Comité de la Protection des Personnes (CPP) Sud-Est division 6, et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

La question du psychotraumatisme soulève un certain nombre de questionnements éthiques. Comme expliqué en introduction, c'est une pathologie profonde et intime. Les victimes éprouvent souvent de la culpabilité vis-à-vis de l'événement, en dépit de la logique. A cela se rajoute l'image négative des événements traumatiques pour une entreprise. Evoquer les accidents qui ont pu se produire au sein d'une entreprise et causer des traumatismes psychiques chez ses salariés pourrait donner une mauvaise image de celle-ci sur les plans de la sécurité en particulier. En France, le Code du Travail stipule que "l'employeur doit prendre les mesures nécessaires à la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs" (19), ce qui rend pour le moins délicate la notion de la responsabilité en cas d'accident ou d'agression sur le lieu du travail.

Ce n'est donc pas sans difficultés que les étudiants et chercheurs s'engagent dans un sujet comme le psychotraumatisme. Ils peuvent se heurter à une forme de tabou sur le sujet. En ce qui nous concerne, nous avons souhaité, au-delà de l'intérêt scientifique, lever en partie ce tabou

afin d'agir en faveur des victimes. Il nous tient à cœur d'améliorer la condition des personnes souffrant de TSPT, et nous avons la conviction que la production de travaux scientifiques autour de cette pathologie est le meilleur moyen d'atteindre cet objectif.

Dans les cas d'études soulevant des questionnements éthiques, la recherche ne saurait être justifiée que s'il est vraisemblable qu'elle n'aura pas d'impact néfaste sur la population étudiée et s'il est attendu qu'elle pourrait bénéficier à cette population ou à une population concernée par le sujet exploré (20, 21).

À propos de la protection de l'anonymat, point crucial et central lorsqu'il s'agit de préserver l'intimité et l'image des personnes, un soin particulier a été apporté à l'éviction de tout recoupement possible d'informations pouvant mener à l'identification des sujets ou des entreprises intégrés à cette étude. Les données (socio-démographiques, de l'emploi, du psychotraumatisme et de la santé physique) ont été recueillies de façon rétrospective dans les dossiers médicaux de Santé au Travail, et les informations d'identité des sujets ont naturellement été occultées et n'ont toujours été accessibles dans le cadre de cette étude qu'au seul interne chargé du recueil de données. L'anonymat des entreprises a été préservé. Cette étude a laissé de côté les questions géographiques, en dehors du fait qu'elle se concentre sur l'Auvergne. Le type de traumatisme n'y a jamais été précisé outre mesure ; par exemple, "témoin d'un suicide" ne nous informe pas des conditions matérielles, logistiques, temporelles ou spatiales de l'acte suicidaire, pas plus que de l'âge ou du genre du ou de la suicidé(e), du nombre de témoins présents ou de toute autre mention. L'âge des sujets en années est une donnée de l'étude mais nous n'avons pas sauvegardé le jour, le mois, ni l'année de naissance.

Nous espérons avoir de ce point de vue répondu aux exigences de l'éthique que confère ce type de travail et l'exercice de notre métier.

4. Résultats

Attention : dans ce chapitre, lorsqu'il est dit "poste traumatisme", comme dans "CSP poste traumatisme", il est question du "poste de travail" occupé au moment de l'expérience traumatique. Au cours de sa lecture le lecteur veillera donc à bien différencier ce mot "poste" du préfixe "post-" qui peut être employé pour décrire une situation tardive, par exemple le tabagisme "post-traumatisme" rapporté au tabagisme "pré-traumatisme".

4.1. Résultats généraux

4.1.1. Données générales

- Cette étude comprenait 45,5% de femmes et 55,5% d'hommes, soit pratiquement un ratio H/F de 1.

- Moyenne d'âge des salariés au moment de l'étude : 44 ans, allant de 21 ans à 77 ans.

- Comparaison genre et âge des sujets au moment de l'étude :

Chez les moins de 45 ans, 32% d'hommes et 68% de femmes.

Chez les plus de 45 ans, 86% d'hommes et 14% de femmes.

- Moyenne d'âge des sujets lors du traumatisme : 39 ans.

2/3 des sujets de cette étude ont vécu leur expérience traumatique avant 45 ans.

- Moyenne d'âge des sujets lors du traumatisme en fonction du genre :

Femmes : 31 ans et 93% ont 45 ans et moins.

Hommes : 46 ans et 47% ont 45 ans et moins.

4.1.2. Données liées au poste de travail

- Fréquence des professions exercées au moment du traumatisme :

Sur 30 postes de travail connus lors de l'expérience traumatique on dénombre 7 chauffeurs-conducteurs soit 23%. Le reste des professions était diversifié incluant : militaire, concessionnaire automobile, maçon, mécanicien, plombier chauffagiste, voyageur représentant et placier, hôte de caisse, cuisinier, agent de sécurité, agente d'entretien, infirmier et psychologue.

- NAF du poste de reprise :

Secteur d'activité des entreprises occupées par les salariés au moment de l'étude :

C : Industries extractives	3,03%
F : Construction	12,12%
G : Commerce et réparation d'automobiles et motocycles	15,15%
H : Transports et entreposage	27,27%
I : Hébergement et restauration	3,03%
K : Activités financières et d'assurances	6,06%
M : Activités spécialisées scientifiques et techniques diverses	6,06%
N : Activités de services administratifs et de soutien aux entreprises	12,12%
Q : Santé humaine et action sociale	15,15%

- NAF du poste traumatisme :

Secteur d'activité des entreprises occupées par les salariés au moment de l'évènement ayant occasionné un TSPT (secteur regroupé issu du code NAF) :

C : Industries extractives	3,33%
F : Construction	10%
G : Commerce et réparation d'automobiles et motocycles	20%
H : Transports et entreposage	30%
I : Hébergement et restauration	3,33%
K : Activités financières et d'assurances	3,33%
M : Activités spécialisées scientifiques et techniques diverses	6,66%
N : Activités de services administratifs et de soutien aux entreprises	10%
Q : Santé humaine et action sociale	13,33%

- Fréquences des CSP du poste traumatisme et du poste de reprise :

Poste traumatisme : 77% Ouvriers et Employés.

Poste de reprise : 77% Ouvriers et Employés.

4.1.3. Données liées au traumatisme

- Voici un tableau récapitulatif des diverses natures des expériences traumatiques recensées à l'étude :

TYPE TRAUMATISME	Frequency	Percent
Accident potentiellement mortel au travail	4	12,12%
Accident de manœuvre d'engin ayant causé l'amputation d'un membre d'une autre personne	1	3,03%
Accident vasculaire cérébral	1	3,03%
Agression (sans plus de précisions)	2	6,06%
Agression physique	8	24,24%
Agression verbale avec menace de mort	1	3,03%
AVP	3	9,09%
AVP a renversé un piéton	1	3,03%
AVP accident de trajet	1	3,03%
AVP renversé par voiture	1	3,03%
Braquage à main armée	1	3,03%
Drame familial	1	3,03%
Témoin accident grave	1	3,03%
Témoin accident mortel	2	6,06%
Témoin massacre	2	6,06%
Vie privée (histoire inconnue)	1	3,03%
Tentative de viol	1	3,03%
Viol	1	3,03%
Total	33	100,00%

- Moyenne des durées d'arrêt maladie consécutif au traumatisme :

La moyenne de temps d'arrêt maladie suite au traumatisme sur cette étude est de 13 mois.

- Moyenne des durées d'arrêt maladie consécutif au traumatisme en fonction du genre :

10,5 mois pour les femmes.

14,8 mois pour les hommes.

- Fréquence des arrêts de travail d'une durée supérieure ou égale à 3 mois :

52% ont été arrêtés 3 mois ou plus.

- Fréquence des arrêts de travail d'une durée supérieure ou égale à 3 mois en fonction du genre :

59% des arrêts de plus de 3 mois touchaient des hommes, 41% des femmes.

54% des arrêts de moins de 3 mois touchaient des hommes, 46% des femmes.

- Fréquences des diagnostics de TSPT par un psychiatre :

Dans cette étude, 58% des sujets avaient un diagnostic de TSPT venant d'un psychiatre. Les autres n'en avaient pas que nous le sachions.

- Fréquence des prises en charge psychothérapeutiques :

85% des sujets bénéficiaient d'un suivi psychothérapeutique.

- Fréquence des traumatismes en AT :

76% des traumatismes étaient des AT.

- Fréquence des traumatismes en AT par rapport au genre :

89% des traumatismes ayant touché des hommes étaient des AT. 60% des traumatismes ayant touché des femmes étaient des AT. 64% des traumatismes AT ont touché des hommes.

- Fréquence des traumatismes ayant laissé des séquelles physiques :

27% des sujets ont gardé des séquelles physiques de leur traumatisme.

- Fréquence des traumatismes avec intentionnalité :

55% des sujets avaient subi ou assisté à un acte impliquant une intentionnalité de la part du vecteur de l'expérience (agressions, meurtres...).

- Fréquence des traumatismes avec intentionnalité en fonction du genre :

Parmi les femmes, 60% ont vécu une expérience traumatique avec intentionnalité.

Parmi les hommes, 47%.

Parmi les expériences traumatiques avec intentionnalité, 50% touchaient les hommes, 50% les femmes.

Parmi les expériences traumatiques de nature accidentelle, 64% touchaient des hommes.

4.2. Résultats principaux

- Fréquence des changements de poste de travail suite au traumatisme :

64% ont repris au même poste de travail après leur expérience traumatique.

36% ont repris à un autre poste de travail après leur expérience traumatique.

4.3. Résultats secondaires

- Changement de poste de travail suite au traumatisme en fonction du genre :

Hommes : 83% ont repris au même poste de travail.

Femmes : 40% ont repris au même poste de travail.

- Changement de poste de travail suite au traumatisme en fonction de l'âge :

87% des salariés âgés de 45 ans et plus ont repris au même poste de travail, contre 44% chez les moins de 45 ans.

La moyenne d'âge des salariés ayant repris au même poste est de 48 ans, contre 37 chez ceux ayant changé de poste.

- Changement de poste de travail suite au traumatisme en fonction du secteur d'activité (code NAF) lors du traumatisme :

Les 6 salariés du commerce (NAF "G") ont été 83% à changer de poste de travail.

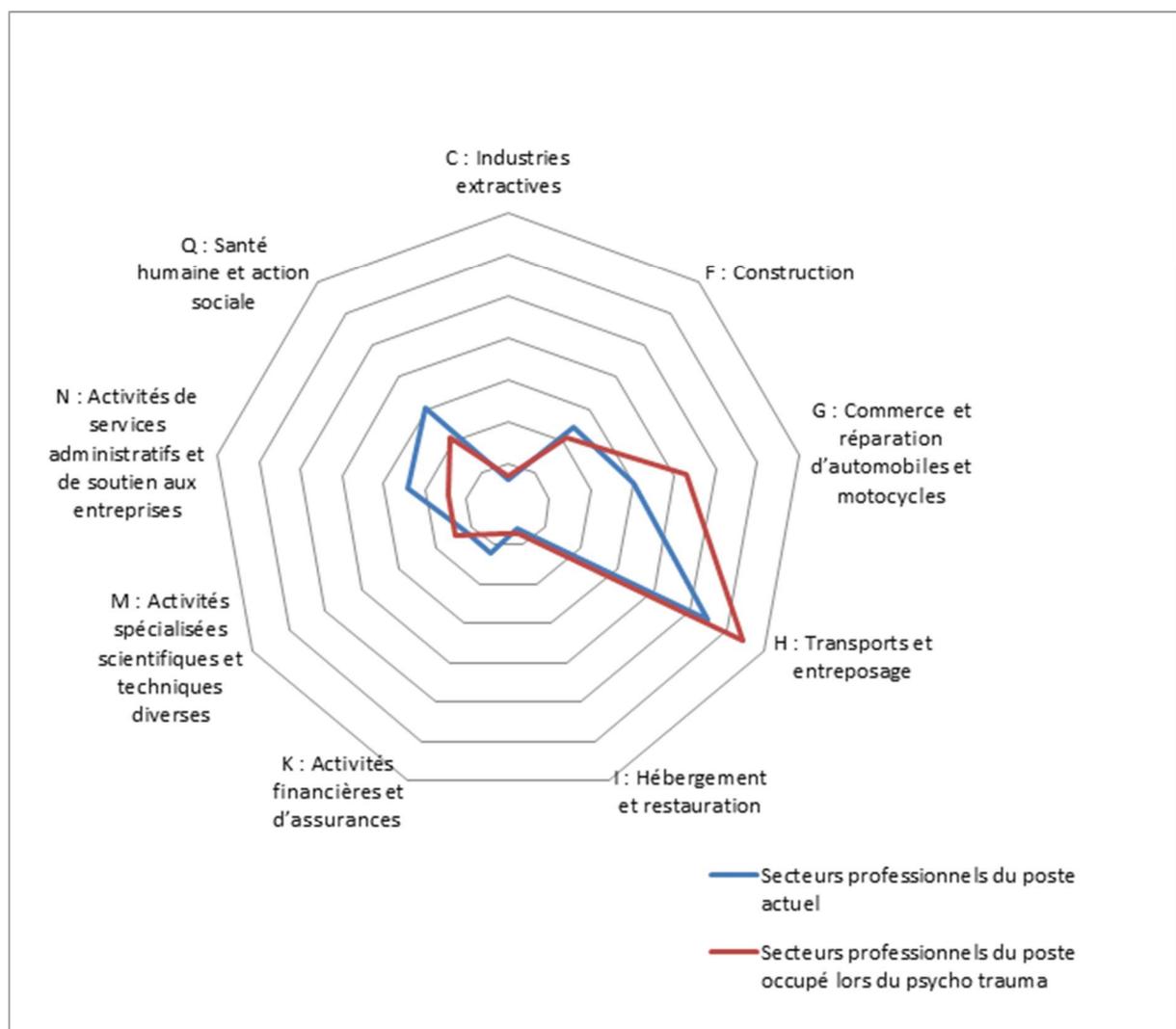
Les 9 salariés du transport (NAF "H") ont été 100% à rester au même poste de travail.

- Changement de poste de travail suite au traumatisme en fonction des AT :

76% des victimes de psychotraumatismes en AT ont repris au même poste, contre 25% des victimes hors AT.

- Codes NAF du poste de reprise par rapport aux codes NAF du poste traumatisme :

Schéma : changements de secteur d'activité après le traumatisme.



3 personnes, soit 9%, ont changé de secteur d'activité.

Au cas par cas :

Un salarié du secteur F est passé au secteur G après un accident potentiellement mortel au travail qui a conduit le Médecin du Travail à le déclarer inapte à son poste antérieur.

Un salarié du secteur G est passé au secteur K après une agression physique au travail. Il a été déclaré inapte à son poste.

Un salarié du secteur G est passé au secteur Q après un AVP hors AT.

- Fréquences des changements de poste de travail après le traumatisme par rapport à la présence ou l'absence d'intentionnalité dans l'expérience traumatique :

83% des salariés ayant changé de poste de travail avaient vécu un traumatisme avec intentionnalité.

38 % des salariés ayant poursuivi au même poste avaient vécu un traumatisme avec intentionnalité.

Parmi les victimes de traumatisme avec intentionnalité 56% ont changé de poste, contre 13% parmi les traumatismes sans intentionnalité.

- Traumatismes en AT par rapport à la présence d'intentionnalité dans l'expérience traumatique :

44% des AT venaient d'expériences traumatiques avec intentionnalité.

88% des hors AT venaient d'expériences traumatiques avec intentionnalité.

- Fréquences des changements de poste de travail par rapport à la présence ou l'absence de séquelle physique due au traumatisme :

Ont repris au même poste de travail : 62% des salariés n'ayant pas gardé des séquelles physiques, contre 78% de ceux en ayant gardé.

- Fréquences des changements de poste de travail en fonction de la durée d'arrêt maladie :

Pour les salariés arrêtés 3 mois ou plus 67% ont reprise au même poste de travail, contre 60% chez les salariés arrêtés moins de 3 mois.

- Fréquences des inaptitudes et des démissions observées après le traumatisme :

50% des salariés ayant changé de poste de travail avaient été déclarés inaptes à leur poste par le Médecin du Travail suite à leur traumatisme. Les 50% restants ont démissionné.

Parmi les 6 salariés déclarés inaptes :

- 5 avaient un diagnostic de TSPT certifié par un psychiatre.
- Les mêmes 5 était en AT.
- 5 avaient pour type de traumatisme une expérience traumatique impliquant une intentionnalité.

Parmi les 6 salariés ayant démissionné :

- 5 avaient un diagnostic de TSPT certifié par un psychiatre.
- 1 seul était en AT.
- 5 avaient pour type de traumatisme une expérience traumatique impliquant une intentionnalité.

- Fréquences des mis en invalidité suite au traumatisme :

Seuls 9% ont fait l'objet d'une mise en invalidité (catégorie 1) par la CPAM.

Parmi ces 3 salariés mis en invalidité :

1 seul changement de poste, le seul des trois à n'avoir pas eu de lésion physique et dont le traumatisme était hors AT. Témoin d'une agression d'une violence rare.

Les 2 autres avaient des séquelles physiques dues à un accident de travail et ont repris au même poste à temps partiel grâce à leur pension d'invalidité.

4.4. Résultats complémentaires

- Fréquence des changements d'habitude tabagique après le traumatisme :

55% des salariés n'ont pas modifié leurs habitudes de consommation, qu'ils aient ou non fumé avant le traumatisme et quelle qu'ait été la quantité consommée.

2 salariés ont augmenté leur consommation.

2 salariés ont réduit leur consommation.

1 salarié s'est sevré.

5. Discussion

Deux tiers des sujets de notre étude ont repris au même poste de travail après leur expérience traumatique. Pour les victimes de psychotraumatismes en AT, la reprise au même poste s'est élevée à 76%. C'est presque le double des 43% relevés par une étude descriptive américaine de 2003 (22). Pour tous types d'accidents de travail confondus, une étude chinoise de 2010 (23) observait un retour à leur poste de travail de 93% de ses sujets. Pour une étude chinoise (24) explorant les bases de données PubMed, MEDLINE et PsycINFO, les chances d'un retour au poste de travail pour des salariés victimes d'AT allaient de 31 à 63%, avec un risque accru de non-retour au poste de travail pour les victimes de TSPT et de syndromes dépressifs. Néanmoins, ces trois études affirmaient manquer d'échantillons assez conséquents pour tirer des conclusions probantes.

Les victimes de psychotraumatismes hors AT n'ont été que 25% à reprendre au même poste. Nous n'avons pas trouvé d'étude explorant les liens entre TSPT hors AT et retour au poste de travail.

Le psychotraumatisme avec intentionnalité conduit les sujets à changer de poste de travail quatre fois plus fréquemment que le traumatisme sans intentionnalité. Il ressort que l'intentionnalité dans l'expérience traumatique est déterminante dans la mise en inaptitude au poste ou, à défaut, la démission du salarié, ce indépendamment de si le traumatisme était en AT ou hors AT. On pourra argumenter que les personnes ayant subi une agression en dehors du travail ont pu désirer changer de lieu de travail pour réduire les chances de recroiser l'agresseur. Des études ont montré que les traumatismes avec intentionnalité étaient sources de TSPT plus sévères et plus étendus dans le temps (25, 26, 27).

Dans notre étude les hommes sont deux fois plus susceptibles que les femmes de reprendre au même poste de travail. Ceci peut s'expliquer par la plus grande proportion de traumatismes avec intentionnalité chez les femmes. Les hommes ont été plus exposés aux traumatismes de nature accidentelle (deux tiers des accidents concernaient des hommes) en raison de leurs métiers faisant plus fréquemment appel à la mobilisation de forces physiques.

Les salariés mis en inaptitude par leur médecin du travail avaient pratiquement tous un diagnostic de TSPT certifié par un psychiatre dans leur dossier. Cela peut s'expliquer du fait que pour une pathologie psychiatrique les médecins du travail tiennent généralement à avoir l'avis d'un spécialiste avant de lancer une procédure de mise en inaptitude au poste.

Pour environ la moitié des salariés de l'étude il est probable que le TSPT ce soit chronicisé, ce qui rejoint les statistiques admises en général, évoquées en introduction (12).

Avec une moyenne d'arrêt maladie de 13 mois, on constate que le TSPT est un trouble très impactant pour l'économie. Rapporté à la durée moyenne d'arrêt maladie pour toute pathologie selon l'INSEE (11), qui est de 2 mois, le TSPT représente une sérieuse menace de désinsertion professionnelle et de non-retour au poste de travail. Une présentation québécoise d'une équipe de psychothérapeutes (28) mentionne notamment que les arrêts de plus de 6 mois conduiraient près d'une personne sur deux à ne pas reprendre le travail. La durée moyenne d'arrêt maladie pour une pathologie psychiatrique au Chili est de 98 jours soit un peu plus de 3 mois (29). Dans une étude japonaise elle a été évaluée à 236 jours d'arrêt (30).

Les métiers pris en compte dans cette étude excluent la gendarmerie-armée et la police, qui réunissent les professions où les expériences potentiellement traumatisantes sont relativement fréquentes. Nous voyons cela comme un avantage pour cette étude puisque cette exclusion des principaux foyers professionnels de TSPT permet de mieux appréhender les différences entre traumatisme en AT et hors AT. Les traumatismes des professions sus-évoquées étant quasi-systématiquement des AT, les inclure dans cette étude aurait fait pencher la balance du côté du nombre de traumatismes en AT bien plus qu'elle ne l'est déjà. Des études (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40) ont déjà montré que les métiers de la police, gendarmerie, armée, journalistes en zones de conflits armés, pompiers, personnels soignants, et conducteurs de trains, sont globalement plus exposés que d'autres professions.

Les personnes ayant gardé des séquelles physiques de leur traumatismes ont été plus nombreuses à reprendre au même poste que celles indemnes physiquement. Ceci contredit le résultat d'une étude chinoise de 2017 (41) () qui citait les séquelles physiques parmi les facteurs de risque de développer un TSPT chronique. Entre autres facteurs de risque, cette dernière étude évoquait le nombre de postes différents occupés et quittés après le traumatisme. Dans notre étude, tous les sujets avaient gardé le premier poste de travail occupé après leur traumatisme, que ce fût le même poste ou un autre poste, et ce durant un an minimum.

Les résultats qui ont trait à la consommation de tabac sont non probants. Pour une meilleure appréciation des changements d'habitude tabagiques chez les victimes de psychotraumatisme, une étude états-unienne de 2018 a noté une hausse de leur consommation (42).

Nous avons certainement un nombre de cas de TSPT non répertoriés dans le logiciel santé travail DINAMIT. Peu des médecins du travail de l'AIST-LPA étaient informatisés avant 2017 et quelques-uns n'utilisent toujours pas la CIM 10 actuellement. Les dossiers-papier sont répartis à travers plusieurs centres et sont difficiles à explorer manuellement du fait de leur nombre (au moins 155.000). Il faut ajouter à cela qu'une recherche manuelle serait elle-même probablement infructueuse puisque le TSPT reste une pathologie difficilement diagnostiquée par les médecins des spécialités autres que la Psychiatrie. Par ailleurs, le psychotraumatisme est une question sensible, comme nous l'évoquions dans le chapitre sur l'éthique. La difficulté à aborder ce sujet a limité notre accès à un certain nombre de dossiers.

L'étude manque de sujets ayant vécu un traumatisme hors AT. Est-ce qu'une part importante de ces traumatismes reste inconnue de la Médecine du Travail ? Le caractère personnel ou privé, la confidentialité, ainsi que le secret médical dans les rapports avec les psychiatres peuvent avoir limité l'accessibilité à de telles données. Il serait intéressant qu'une prochaine étude compare les traumatismes en AT et hors AT sur de plus grands échantillons. Nous ne savons pas d'ailleurs quelle est la part de traumatismes en AT ou non dans la population générale, donnée qu'il serait pourtant intéressant de connaître.

Le travail est une source de stabilité pour l'individu. Il apporte une stabilité financière mais aussi psychologique. Notre étude suggère que le retour au poste de travail après un psychotraumatisme est viable et bénéfique. Ce constat suggère que l'accompagnement des victimes dans leur retour au poste est souhaitable et devrait être encouragé, bien que cela impose d'aller à l'encontre d'une réticence à aborder le sujet sensible qu'est le psychotraumatisme. Notre étude a sans doute trouvé ici sa meilleure justification.

Bien que le niveau de preuve de cette étude soit faible, statistiquement parlant, on pourra s'appuyer dessus pour désigner certaines actions susceptibles d'améliorer la condition des personnes souffrant de TSPT. Tout d'abord, la prise en charge psychothérapeutique reste le pilier central de la guérison. C'est pourquoi la simple amélioration de la connaissance de la pathologie par les non-spécialistes, notamment les médecins du travail, devrait augmenter les orientations vers les spécialistes. Cela réduirait la durée et l'importance des troubles et favoriserait le retour au poste de travail. Deuxièmement, les TSPT venant d'agressions sont généralement plus graves. Stimuler l'affichage au sein des entreprises de règles, lois et panneaux de prévention ciblant toutes les formes d'agressions paraît crucial dans ce contexte. Troisièmement, encourager les entreprises moyennes et grandes, quel que soit leur secteur d'activité, à disposer en permanence d'un(e) psychologue formé à la psychotraumatologie permettrait de maximiser les chances d'assurer une prise en charge précoce en cas d'événement potentiellement traumatique. Une prise en charge précoce améliore fortement le pronostic.

6. Conclusion

Ce travail de thèse a tenté d'observer l'impact du psychotraumatisme sur le retour au poste de travail en se basant sur une étude descriptive. Un échantillon de 33 sujets victimes de psychotraumatismes a pu être tiré d'une population de salariés actifs à partir d'un service interprofessionnel de santé au travail. Le critère de jugement principal était le retour ou non au poste de travail suite au psychotraumatisme. Deux tiers des sujets ont repris au même poste tandis qu'un tiers d'entre eux ont dû en changer. Ce critère principal a été mis en rapport avec plusieurs critères de jugement secondaires, parmi lesquels deux ont donné des résultats significatifs : un psychotraumatisme en accident de travail ne conduit que 24% des salariés à un changement de poste de travail ; 83% des salariés ayant changé de poste avaient vécu une expérience traumatique venant d'une agression et non d'un accident.

Le travail tient une place centrale dans le quotidien des personnes en âge d'être actives professionnellement. Quand le travail porte atteinte à la santé mentale, comme dans le cas d'un accident de travail psychotraumatogène, ce n'est pas nécessairement un changement de poste de travail ou d'entreprise qui aideront la personne à reprendre une activité professionnelle. Le principal facteur retenu par cette étude comme défavorisant un retour au poste de travail est l'existence d'une intentionnalité (agression) dans l'expérience traumatique.

Pour le moment les échantillons et données disponibles sont encore insuffisants pour parvenir à un résultat probant. Comme bien d'autres services médicaux, la Santé au Travail en est encore aux débuts de l'informatisation des pratiques. Mais de plus en plus de professionnels de santé reconnaissent l'intérêt d'harmoniser leur usage des logiciels de santé, et d'ici quelques années nous disposerons d'une plus grande quantité de données exploitables. Nous espérons que les découvertes qui en résulteront permettront de mieux accompagner les personnes souffrant d'un psychotraumatisme dans leur insertion ou réinsertion professionnelle.

Les services de Santé au Travail ont un rôle primordial dans le maintien des salariés dans leur emploi. Le travail est une composante essentielle de la vie, du sentiment d'accomplissement et d'appartenance à la société et à la civilisation. Tout ce qui pourra faciliter la participation des personnes à cet ensemble et la rendre aussi sereine que les besoins le permettent sera un progrès bienvenu à tout point de vue.

Références Bibliographiques

1. CROCQ L, LEFEBVRE P, GIRARD V : « Hystérie et névrose traumatique » compte rendu du congrès de psychiatrie et neurologie de langue française à Lausanne - septembre 1965 – éd Masson – Paris
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52: 1048–1060
4. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. "Post-traumatic stress disorder in the general population", N Engl J Med 1987;317:1630–1634
5. « Les mots du trauma » de Carole Damiani et François Lebigot, experts en victimologie, 2011 - p 175
6. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, Genest P, Rouillon F, Roelandt JL. "Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine", Encephale. 2008 Dec;34(6):577-83
7. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. Psychol Med 1997;27:861–873
8. Kessler RC, Mickelson KD, Barber C, et al. The effects of chronic medical conditions on work impairment. In: Rossi AS, ed. Caring and Doing for Others: Social Responsibility in the Domains of Family, Work, and Community. Chicago, Ill: University of Chicago Press. In press
9. <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20150604.OBS0157/les-arretsmaladie-auscultes-a-la-loupe.html>
10. <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20150604.OBS0157/les-arretsmaladie-auscultes-a-la-loupe.html>
11. https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1377208/ecostat_b.pdf
12. Évolution de l'ESPT, Pr. Alain Prunet psychologue à l'université McGill, Montréal : <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/etat-de-stress-post-traumatique.html>
13. <http://www.handipole.org/IMG/pdf/qu-est-le-handicap-psychique.pdf>
14. <https://chartenationalehandicap.com/chiffres/#:~:text=Handicap%20Psychique,des%20invalidit%C3%A9s%20dues%20aux%20maladies>
15. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Causes_medicales_pensions_invalidite.pdf
16. Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. The Journal of Clinical Psychiatry, 61(sup5), 4–12

17. Ettner SL, Frank RG, Kessler RC. The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes. *Ind Labor Relat Rev* 1997;51:64–81
18. Jayakody R, Danziger S, Kessler RC. Early-onset psychiatric disorders and male socioeconomic status. *Soc Sci Res* 1998;27:371–387
19. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035640828
20. Iyalomhe GB, Imomoh PA. Ethics of clinical trials. *Niger J Med* 2007; 16: 301–306
21. https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2007/09/medsci2007238-9p777/medsci2007238-9p777.html
22. MacDonald H.A., Colotla V., Flamer S., Karlinsky H. Posttraumatic stress disorder (ptsd) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing ptsd resulting from work injury. *J. Occup. Rehabil.* 2003;13:63–77
23. He Y., Hu J., Yu I.T., Gu W., Liang Y. Determinants of return to work after occupational injury. *J. Occup. Rehabil.* 2010;20:378–386
24. Lin K.H., Lin K.Y., Siu K.C. Systematic review: Effect of psychiatric symptoms on return to work after occupational injury. *Occup. Med.* 2016;66:514–521
25. Santiago P.N., Ursano R.J., Gray C.L., Pynoos R.S., Spiegel D., Lewis-Fernandez R., Friedman M.J., Fullerton C.S. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS One.* 2013;8(4) doi: 10.1371/journal.pone.0059236
26. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52: 1048–1060
27. Kessler, R. C. et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 13, 265–274
28. https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciss_laval/Employes_medecins/Activites/Colloque_Alliance/Atelier__3_Gestion_des_arrets_de_travail_vpb.pdf
29. « Licencia médica psiquiátrica: revisión de los efectos positivos y negativos del reposo » - Chile, 2018 : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000400494&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Doki S, Sasahara S, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health* 2015;88:659–67
31. M. Skogstad, M. Skorstad, A. Lie, H. S. Conradi, T. Heir, L. Weisæth « Work-related post-traumatic stress disorder. » : <https://academic.oup.com/occmed/article/63/3/175/1413569>
32. Skogstad M Skorstad M Lie A et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and work, STAMI-report 2011;12

33. Martin M Marchand A Boyer R. Traumatic events in the workplace: impact on psychopathology and healthcare use of police officers. *Int J Emerg Ment Health* 2009; 11:165–176
34. Beaton RD Murphy SA. Sources of occupational stress among firefighter/EMTs and firefighter/paramedics and correlations with job-related outcomes. *Prehosp Disaster Med* 1993; 8:140–150
35. Corneil W Beaton R Murphy S Johnson C Pike K. Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol* 1999; 4:131–141
36. Jonsson A Segesten K Mattsson B. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J* 2003; 20:79–84
37. Misra M Greenberg N Hutchinson C Brain A Glozier N. Psychological impact upon London Ambulance Service of the 2005 bombings. *Occup Med (Lond)* 2009; 59:428–433
38. Wykes T Whittington R. Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *J Forensic Psychiatry* 1998; 9:643–658
39. Yum BS Roh JH Ryu JC et al. Symptoms of PTSD according to individual and work environment characteristics of Korean railroad drivers with experience of person-under-train accidents. *J Psychosom Res* 2006; 61:691–697
40. Feinstein A Owen J Blair N. A hazardous profession: war, journalists, and psychopathology. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1570–1575
41. Chin W-S, Shiao JS-C, Liao S-C, Kuo C-Y, Chen C-C, Guo YL. Depressive, anxiety and post-traumatic stress disorders at six years after occupational injuries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;267:507–516
42. van den Berk-Clark C., Secrest S., Walls J., Hallberg E., Lustman P. J., Schneider F. D., et al. . (2018). Association between posttraumatic stress disorder and lack of exercise, poor diet, obesity, and co-occurring smoking: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol.* 37, 407–416

Bibliographie

1. Sur la relation entre PTSD et maladies cardiovasculaires :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29197198> (Croatie - 2017) « Cardiovascular Disease Risk Factors in Patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A Narrative Review. »
2. Sur les rapports entre l'âge et le sexe de la population et le PTSD (Danemark - 2010) :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917414/> « The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? »
3. Sur la relation burnout-PTSD chez les pompiers (le burnout comme facteur favorisant) :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28975412> (Corée du Sud - 2018) « Relationship between burnout and PTSD symptoms in firefighters: the moderating effects of a sense of calling to firefighting. »
4. Sur les symptômes de PTSD dans 4 professions exposées à la violence et aux menaces – service de psychiatrie, maison de retraite, écoles spécialisées et prison :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30377789> (Danemark - 2019) « Work-related threats and violence and post-traumatic symptoms in four high-risk occupations: short- and long-term symptoms. »
5. Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers :
<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-633.pdf>
6. Sur la violence au travail en tant que possible facteur étiologique de PTSD :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31233309> (Danemark - 2019) « Are frequency and severity of workplace violence etiologic factors of posttraumatic stress disorder? A 1-year prospective study of 1,763 social educators. »
7. Sur l'augmentation du risque d'obésité chez les personnes souffrant de PTSD :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0753332219308613?via%3Dihub> (Norvège – 2019) « Is there a relationship between PTSD and complicated obesity? »
8. "Qu'est-ce que le handicap psychique ?" par l'Agence Entreprises et Handicap :
<http://www.handipole.org/IMG/pdf/qu-est-le-handicap-psychique.pdf>
9. Kilpatrick DG, Resnick HS. Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In: Davidson JRT, Foa EB, eds. Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992:113–143
10. Brewin CR, Andrews B, Rose S, et al. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999; 156:360–366
11. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry* 1994;151:895–901

12. Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry* 1994;151:888–894
13. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216–222
14. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:409–418
15. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:984–991
16. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626–632
17. Nordstrom C, Martin J. *The Paths to Domination, Resistance, and Terror*. Berkeley, Calif: University of California Press; 1992
18. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med* 1987;317:1630–1634
19. Shore JH, Vollmer WM, Tatum EI. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:681–685
20. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155:630–637
21. Simon RI. Chronic posttraumatic stress disorder: a review and checklist of factors influencing prognosis. *Harv Rev Psychiatry* 1999;6:304–312
22. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry* 1996;153(suppl):83–93
23. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989;321: 1209–1214
24. Bronisch T, Wittchen HU. Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:93–98
25. Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health* 1995;85:173–182
26. Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, et al. Past year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1999;156:115–123
27. Simon GE, Katon W, Rutter C, et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med* 1998;28:693–701
28. Ettner SL, Frank RG, Kessler RC. The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes. *Ind Labor Relat Rev* 1997;51:64–81

29. Paul G. Barnett, Abra Jeffers, Mark W. Smith, Bruce K. Chow, Miles McFall, and Andrew J. Saxon. Cost-Effectiveness of Integrating Tobacco Cessation Into Post-Traumatic Stress Disorder Treatment, 2016;18(3):267–274
30. Sunjaya AP, Mgt B, Chris A, Si M, Novianti D, MIPH M. Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for management of post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020;42(1):102–110. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0024
31. LUTTON Dr Bernard, "La souffrance mentale au travail", cahiers de l'INTEFP, Dijon 2005
32. HIRRIGOYEN Dr Marie France, "Le harcèlement moral: la violence au quotidien", Syros, Paris 1998
33. FERENCZI Sandor, "Le traumatisme", PBP, Paris 2006
34. AUDET J., KATZ J.-F., "Précis de victimologie générale", Dunod, Paris 1999
35. BACCINO Dr Eric, "Médecine de la violence", Masson, Paris 2006
36. BARROIS Dr Claude, "Les névroses traumatiques", Dunod, Paris 1988
37. CARIO Robert, "Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration", L'harmattan, Paris 2006
38. CROQ Dr Louis, "Seize leçons sur le trauma", Odile Jacob, Paris 2012
39. CROQ Dr Louis, "Les paniques collectives", Odile Jacob, Paris 2013

Annexes

Figure 1. Flow chart.

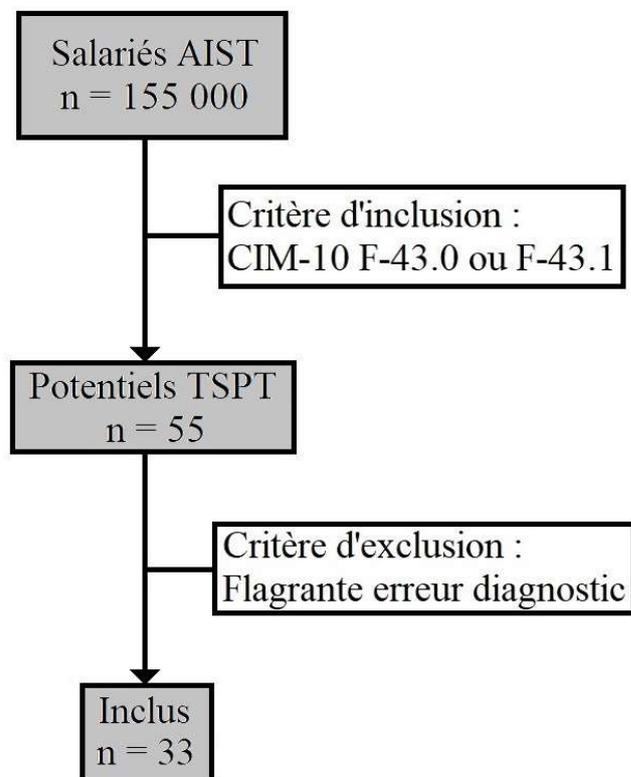


Figure 2. Analyses univariées.

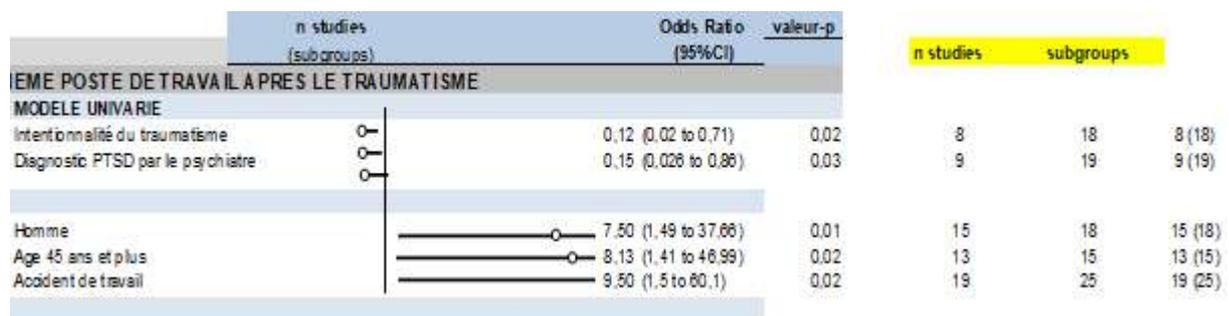
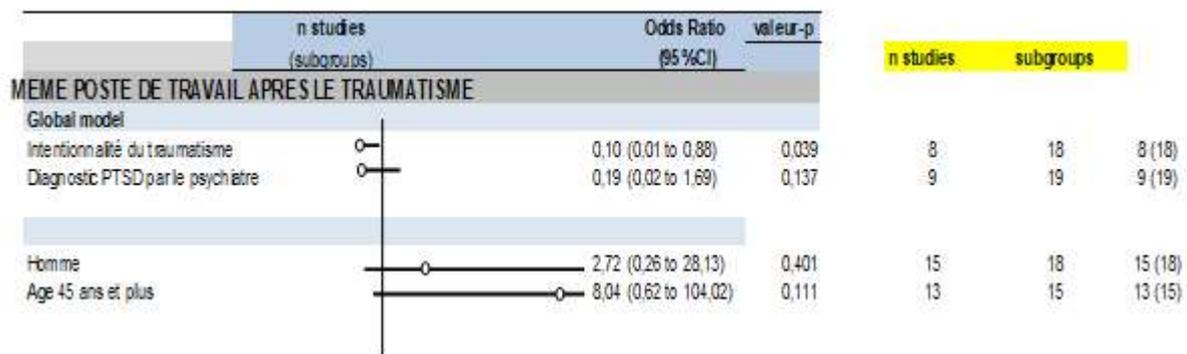


Figure 3. Analyses multivariées.



(Conseil national de l'ordre des médecins)

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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.