

**État de stress post-traumatique
chez des patients accidentés de la route :
Le dépistage infirmier dans un service de soins aigus.
*Une revue de littérature étoffée***

Travail de Bachelor

Par

Florie Baumgartner

Promotion 2008-2011

Sous la direction de : Ruth Lötscher & Catherine Matter

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

Problématique : Le thème général de ce travail porte sur le processus de reconnaissance infirmier du risque d'un état de stress post-traumatique chez des patients accidentés de la route lors de leur hospitalisation en chirurgie orthopédique. Les études récentes montrent que ce trouble psychologique peut avoir un impact majeur sur le rétablissement post-traumatique des survivants et ainsi influencer de manière importante leur qualité de vie sur le long terme.

But : Déterminer les connaissances, moyens et outils à disposition de l'infirmière¹ en soins aigus lui permettant d'identifier les patients adultes susceptibles de développer un état de stress post-traumatique ultérieur à l'accident.

Méthode : Il s'agit d'une revue de littérature étoffée. Afin de trouver la documentation nécessaire, la base de données Medline a été consultée. Quinze recherches ont été analysées et synthétisées à l'aide de grilles de lecture. Leurs principaux résultats ont été ensuite regroupés par catégories.

Résultats : Trois thèmes principaux émergent des résultats. La connaissance de l'expérience que représente un accident de la route, du processus d'adaptation au traumatisme que doit mener le patient ainsi que les caractéristiques susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque d'ESPT. Ces savoirs combinés par l'utilisation systématique d'outils spécifiques et valides peuvent permettre à l'infirmière d'évaluer ce risque.

Implication pour la pratique : Ce travail met en lumière plusieurs recommandations. Par exemple, la nécessité d'utiliser un jugement clinique basé sur les connaissances de l'ESPT permettrait à l'infirmière de comparer le patient avec ce qu'elle sait de la prévalence, de la nature du traumatisme et des réactions post-traumatiques.

Mots clés : Accident de la route, état de stress post-traumatique, évaluation infirmière, chirurgie orthopédique.

¹ Dans un souci de légèreté du texte, le substantif est au féminin, mais concerne également les professionnels de sexe masculin.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la contribution de plusieurs personnes que je tiens à remercier chaleureusement.

Un grand merci à mes deux directrices de mémoire, Mesdames Catherine Matter et Ruth Lötscher. Vos disponibilités et vos accompagnements enrichissants m'ont permis de pousser ma réflexion plus loin en vue de l'élaboration de ce travail.

Je tiens à remercier chaleureusement ma famille et mes amis pour leur soutien quotidien : Catherine, Charly, Marion, Joëlle, Rachel et Josette vos conseils et le temps que vous m'avez accordé pour les relectures du travail m'ont été très précieux. Un merci particulier à Pascal, mon compagnon, pour son aide et son soutien tout au long de ce périple.

Merci à Anne, Aurélie et Daniela pour leur fidèle amitié et pour avoir su me motiver et m'encourager durant chaque étape de la réalisation de ce Bachelor Thesis.

Table des matières

RESUME	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	7
1 PROBLEMATIQUE	9
1.1 ÉTAT DES CONNAISSANCES	9
1.2 SYNTHÈSE DU POINT DE VUE INFIRMIER	13
1.3 QUESTION DE RECHERCHE.....	15
1.4 OBJECTIFS ET BUTS POURSUIVIS.....	15
2 FONDEMENTS THEORIQUES	16
2.1 L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	16
2.2 LE MODELE TRANSACTIONNEL DU STRESS	18
2.3 LE JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER.....	20
3 METHODE	24
3.1 CHOIX DU DEVIS.....	24
3.2 ÉTAPES DE LA RÉALISATION DE LA REVUE ÉTOFFÉE DE LITTÉRATURE.....	24
3.3 CRITÈRES DE SÉLECTION DES ARTICLES	25
3.4 STRATÉGIES DE RECHERCHE	26
3.5 MÉTHODE D'ANALYSE	29
3.6 SYNTHÈSE DES DONNÉES.....	29
4 RESULTATS	30
4.1 EXPÉRIENCE DE L'ACCIDENT DE LA CIRCULATION	30
4.1.1 <i>Perceptions de l'événement dans les jours / semaines suivant l'accident</i>	30
4.1.2 <i>Qui demande de l'aide ?</i>	31
4.2 ADAPTATION AU TRAUMATISME	32
4.2.1 <i>Impact du support social</i>	32
4.2.2 <i>Stratégies d'adaptation</i>	33
4.3 DÉPISTAGE DU RISQUE D'ESPT	35
4.3.1 <i>Caractéristiques des patients et prévalence</i>	35
4.3.2 <i>Facteurs impliqués dans le développement de l'ESPT</i>	37
4.3.2.1 Facteurs prédictifs de l'ESPT	38
4.3.2.2 Facteurs protecteurs de l'ESPT.....	40
4.3.2.3 Facteurs sans association à l'ESPT	41
4.3.3 <i>Instruments de dépistage utilisables en chirurgie orthopédique</i>	41
4.3.3.1 L'échelle PTSD-8	42
4.3.3.2 L'échelle PAS.....	42

5 DISCUSSION	43
5.1 ANALYSE ET CRITIQUE DES RECHERCHES SELECTIONNEES	43
5.2 DISCUSSION DES RESULTATS	45
5.2.1 <i>Expérience de l'accident de la circulation</i>	45
5.2.2 <i>Adaptation au traumatisme</i>	47
5.2.3 <i>Dépistage du risque d'un ESPT</i>	49
5.3 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	52
5.4 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE.....	52
5.5 BESOIN DE RECHERCHES ULTERIEURES	54
5.6 LIMITES.....	54
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES	60
ANNEXE A : DECLARATION D'AUTHENTICITE.....	60
ANNEXE B : SCHEMA DU PROCESSUS D'ADAPTATION APRES UN EVENEMENT TRAUMATIQUE.....	61
ANNEXE C : SYNTHÈSE INTEGRATIVE DES DONNEES	62
ANNEXE D : DIAGRAMME DE PRESENTATION DES DONNEES	63
ANNEXE E : SYNTHÈSE DES FACTEURS RELIES A L'ESPT CHEZ UNE PERSONNE ACCIDENTEE DE LA ROUTE	64
ANNEXE F : INSTRUMENTS DE DEPISTAGE EN SOINS AIGUS DU RISQUE D'ESPT	65
PTSD-8.....	65
<i>Posttraumatic Adjustment Screen (PAS)</i> :.....	66
ANNEXE G : PROCESSUS DE SOIN INFIRMIER – SOUTENIR L'ADAPTATION DES PATIENTS ACCIDENTES ..	67
ANNEXE H : GRILLE DE LECTURE CRITIQUE D'UN ARTICLE SCIENTIFIQUE	69
ANNEXE I : GRILLE DE SYNTHÈSE POUR L'ANALYSE DES ARTICLES	71
AANNEXE J : ARTICLES EXCLUS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE ETOFFÉE.....	72
ANNEXE K : CLASSIFICATION DES ARTICLES RETENUS PAR PAYS	73
ANNEXE L : RECAPITULATIF DES QUINZE ETUDES RETENUES	74
ANNEXE M : GRILLES DE SYNTHÈSE DES 15 RECHERCHES ANALYSÉES.....	77
1) <i>Pruitt et Zoelner (2008) : The impact of social support : An analogue investigation of the aftermath of trauma exposure.</i>	77
2) <i>Zatzick et al. (2007) : Strengthening the Patient-Provider Relationship in Aftermath of Physical Trauma Through an Understanding of the Nature and Severity of Posttraumatic Concerns</i>	83
3) <i>O'Donnell et al. (2010) : Posttraumatic Stress Disorder After Injury : Does Admission to Intensive Care Unit Increase Risk ?</i>	88
4) <i>Gustafsson & Ahlström (2006) : Emotional Distress and Coping in the early Stage of Recovery following Acute Traumatic Hand Injury : a Questionnaire Survey</i>	93
5) <i>Bryant et al. (2010) : Sleep Disturbance Immediately Prior to Trauma Predicts Subsequent Psychiatric Disorder.</i>	98

6) Malcoun et al. (2010) : Feasability of Identifying Eligible Trauma Patients for Posttraumatic Stress Disorder Intervention.	103
7) Tan et al. (2008) : Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore..	107
8) Ryb et al. (2009) : PTSD after Severe Vehicular Crashes.	113
9) Hansen et al. (2010) : PTSD-8 : A Short PTSD Inventory.....	119
10) O'Donnell et al. (2010) : A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury.....	124
11) Gabert-Quillen et al. (2011) : PTSD after Traumatic Injury : An Investigation of the Impact of Injury Severity and Peritraumatic Moderators	130
12) Ozer et al. (2003) : Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults : a Meta-Analysis.....	135
13) Zatzick et al. (2010) : Multisite Investigation of Traumatic Brain Injuries, Posttraumatic Stress Disorder, and Self-reported Health and Cognitive Impairments	142
14) Tsay et al (2001) : Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma	147
15) Coronas et al. (2010) : Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder : A prospective study in motor vehicle accident survivors	152

Liste des tableaux

Tableau 1: Critères diagnostiques de l'ESPT (DSM-IV-TR, 2003)	17
Tableau 2 : PICO - démarche pour élaborer une question de recherche documentaire	25
Tableau 3 : Concepts et mots clés associés à la question de recherche.....	25
Tableau 4 : Synthèse des facteurs reliés à l'ESPT chez une personne accidentée de la route	64
Tableau 5 : Processus de soins infirmier - soutenir l'adaptation des patients accidentés	68
Tableau 6 : Explicatif des articles exclus de la revue de littérature étoffée	72
Tableau 7 : Classification des 15 articles retenus par pays	73
Tableau 8 : Récapitulatif de l'analyse des 15 études	76

Introduction

Les conséquences d'un traumatisme lié à un accident de la circulation peuvent non seulement être physiques, mais également psychologiques. Parmi celles-ci on relève notamment l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Pourtant, dans la pratique, et plus particulièrement dans un service de soins aigus, le processus diagnostique de reconnaissance et de prévention de l'ESPT chez les survivants d'accidents de la circulation ne paraît pas être pris en compte. Lors d'un stage effectué en chirurgie orthopédique, j'ai pu observer que les professionnels de la santé semblaient réticents à parler de l'impact psychique d'un tel événement avec les patients. En effet, la dimension psychologique d'un patient accidenté ne fut pas prise en compte, malgré une demande explicite d'un proche envers l'équipe soignante. La réponse des infirmières relatives à cette absence de soins, fut que ce patient sera transféré dans un service de réadaptation dans les jours suivants, dans lequel une attention particulière sur son vécu psychologique lui sera offerte. Cette situation m'a alors interpellée. Pourquoi ne pas avoir pris en compte cet aspect psychique dans l'offre en soins du patient ? Ceci est-il lié à l'aspect central des soins médico-délégués ? Ou encore à d'autres facteurs méconnus ? De plus, le patient n'entrait pas dans le sujet spontanément, évitant les émotions liées au vécu de l'accident. Dès lors, je me suis questionnée sur les enjeux autour d'une personne accidentée et les spécificités infirmières qui lui sont liées.

Une recherche de littérature récente a été effectuée sur les interventions infirmières spécifiques à la prévention de l'ESPT chez les victimes d'accident de la route. Les résultats de cette recherche, réalisée par une infirmière suisse, ont débouché sur un livre et une application dans des institutions universitaires germanophones (Bühlmann, 2009). Cet ouvrage souligne l'importance reliée de cette thématique de prévention pour les victimes.

Une revue de littérature étoffée est utile et bénéfique pour les soins infirmiers. En effet, rechercher et analyser dans la littérature existante des résultats ayant fait l'objet d'une recherche méthodologique rigoureuse est le moyen le plus sûr afin d'obtenir des informations pouvant être considérées comme scientifiquement valides.

Ce travail trouve sa structure à partir de différents concepts théoriques : l'ESPT, le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman et le jugement clinique infirmier.

Ces concepts sont liés à la question de recherche, résultant de la problématique dégagée sur la thématique des accidentés de la route. Différentes stratégies ont permis d'extraire quinze articles scientifiques dans le but de répondre à notre question de recherche. Leurs caractéristiques ainsi que la démarche englobant cette revue de littérature étoffée sont développées dans le chapitre « méthode ». Les résultats pertinents, extraits de ces quinze articles puis catégorisés, sont ensuite exposés pour faire l'objet d'une discussion et d'une mise en lien avec les concepts théoriques développés.

L'objectif de ce travail est de dresser le portrait des connaissances, des moyens et des outils à disposition de l'infirmière en soins aigus lui permettant d'évaluer le risque qu'un patient accidenté de la route développe un ESPT. Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche, le vécu des personnes accidentées dans les suites immédiates du traumatisme devra être documenté. De plus, les caractéristiques des individus susceptibles de développer ce trouble devront être identifiées. Enfin, si les résultats le permettent, ce travail pourrait dégager des recommandations, propres au domaine des soins infirmiers, visant à améliorer le dépistage et l'évaluation des patients à risque, afin que ceux-ci bénéficient par la suite d'interventions spécifiques adéquates et efficaces.

1 Problématique

Afin de mettre en lumière les éléments problématiques liés aux victimes d'accident de la circulation, un état des connaissances est réalisé. Des données épidémiologiques sur les accidents et les risques d'ESPT sont exposées. L'ESPT est décrit d'un point de vue physiopathologique et psychopathologique. Sa prévention, son processus diagnostique, ses traitements et ses interventions sont également survolés. La synthèse de ces éléments, ciblée sur les soins infirmiers, aboutit à la question de recherche et à ses objectifs.

1.1 État des connaissances

Accidents de la circulation

L'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2010) relate une diminution du nombre de morts et de victimes graves lors d'accident de la circulation pour l'année 2008. Pourtant, cette même année, 5137 personnes ont été gravement blessées en Suisse dans un tel accident. Les conséquences sont plus lourdes pour les conducteurs de deux-roues, représentant 48% des personnes tuées ou gravement blessées ainsi que pour les piétons (14%). Les voitures sont impliquées dans 62% des accidents avec lésions corporelles, avec 34% de blessés graves ou tués (OFS, 2010). La mortalité routière est trois fois supérieure chez les hommes que chez les femmes, ceci étant notamment lié à des facteurs d'exposition et de comportements plus à risque (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2004). L'OMS (2004) relate que dans les pays à revenus élevés, la population âgée de 15 à 29 ans a le plus haut taux de décès par accident de la route.

Du lieu de l'accident, la personne est transportée dans un service d'urgence où les interventions prodiguées visent à stabiliser son état et à évaluer la sévérité du traumatisme. Celui-ci peut varier en type et en gravité. L'OMS (2004) observe que les accidentés de la route représentent 13% à 31% des patients hospitalisés pour des traumatismes et que la durée de leur hospitalisation moyenne est de vingt jours. Près du quart de ces personnes souffrent de traumatisme crânio-cérébral (TCC). 10% des patients ont des plaies ouvertes et 20% des fractures des membres inférieurs (OMS, 2002). L'univers de la personne devient alors l'unité de soins aigus. Une fois son état stabilisé, une période de réadaptation peut débuter dans un centre spécialisé avant un possible retour à domicile.

L'état de stress post-traumatique

L'ESPT fait partie des troubles anxieux dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, 2003). Sa survenue dépend de l'exposition à une expérience traumatique, comme peut l'être un accident de la circulation. La crainte, le sentiment d'impuissance ou d'horreur en réponse à cet événement menacent l'intégrité physique et psychologique du survivant et provoquent des symptômes. Ceux-ci sont la reviviscence, l'évitement et l'émoussement ainsi que l'hyperactivité neurovégétative. Leur présence entre deux jours et quatre semaines après le traumatisme témoigne d'un état de stress aigu. S'ils persistent ou apparaissent plus d'un mois après l'événement, on parle alors d'ESPT (DSM-IV-TR, 2003).

Comme le dit Constant (2003), « la réponse psychologique et biologique à l'événement traumatique est déterminée à la fois par les caractéristiques de l'événement et de l'individu » (p.400). La crainte, un héritage biologique, peut être influencée par l'interprétation subjective de l'individu sur l'événement. L'individu qui se retrouve confronté à sa vulnérabilité doit développer sa résilience, mais des réponses biologiques peuvent modifier la restauration du sentiment de sécurité (Constant, 2003). Des altérations dans l'amygdale et l'hippocampe ainsi que des perturbations hormonales sont observées chez les patients avec un ESPT. Les taux de noradrénaline et la réactivité des récepteurs α 2-adrénergique sont surélevés, alors que ceux de cortisol sont diminués. Cela engendre une activation exagérée du système nerveux sympathique (augmentation de la fréquence cardiaque) et affecte la consolidation de la mémorisation de l'événement traumatique.

Dès lors, un état de crainte constant s'instaure et des stratégies d'évitement se mettent en place. Pour Constant (2003), ces stratégies réduisent les opportunités de diminuer les réponses de craintes et empêchent le développement de stratégies d'adaptation efficaces. En effet, la personne accidentée doit développer de telles stratégies pour faire face aux difficultés tant physiques que psychologiques liées à l'événement. Bühlmann (2009) indique que la confiance, la certitude de pouvoir retrouver une forme de vie similaire à celle d'avant, la sécurité financière et le sentiment de soutien par les proches sont des éléments qui facilitent ce processus d'adaptation.

Données épidémiologiques de l'ESPT :

Il est important de souligner que l'ESPT se développe chez une minorité d'individus victimes d'un traumatisme extrême. De plus, sa prévalence diminue dans les premiers mois. Bien que les événements impliquant de la violence causent plus fréquemment un ESPT qu'un accident de la route, l'ampleur du phénomène n'est pas moindre (Constant, 2003). On constate notamment que sa phase de latence est variable. Entre un et trois mois dans la forme aiguë de l'ESPT, plus de trois mois dans sa forme chronique et jusqu'à plus de six mois après l'événement dans la forme différée. Un risque élevé d'évolution vers la chronicité existe, un tiers des personnes développant un ESPT étant encore symptomatique six ans après le traumatisme (DSM-IV-TR, 2003 ; Roberts, Kitchiner, Kenardy & Bisson, 2009). Selon Roberts et al. (2009) 13% des survivants d'accidents de la route développent un état de stress aigu et pas moins de 23% souffrent d'un ESPT. Le DSM-IV-TR (2003) précise qu'approximativement 80% des victimes souffrant d'un état de stress aigu (soit sur les 13% cités ci-dessus) développent par la suite un ESPT. La prévalence de ce trouble le place en quatrième place des troubles psychiatriques les plus fréquents. Constant (2003) explique également que la comorbidité est la règle plus que l'exception. Les personnes souffrant d'un ESPT ont deux à quatre fois plus de risque de développer une dépression majeure, un trouble anxieux ou un abus de substance, conduisant 19% d'entre eux à une tentative de suicide. De même, l'ESPT est associé à des symptômes et maladies physiques tels que l'asthme, le cancer, l'obésité, les douleurs chronique, l'hypertension, la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, les ulcères gastroduodénaux et les cardiopathies ischémiques (Guess, 2006).

Facteurs prédisposant à l'ESPT

Trois types de variables prédictives à l'ESPT sont identifiés dans l'étude d'Hoge, Austin et Pollack (2007) :

1. Les variables prétraumatiques : le genre féminin, des antécédents psychiatriques, une faible intelligence ou un retard neuro-développemental.
2. Les variables péritraumatiques : l'intensité du traumatisme, les réponses immédiates de la personne.
3. Les variables post-traumatiques : le soutien social perçu, le stress de la vie, les menaces permanentes pour la sécurité.

Malgré ces prédispositions, il n'est pas possible de prédire quels individus développeront un ESPT, même chez des personnes souffrant d'un état de stress aigu. En effet, d'autres variables semblent intervenir lors de son développement (Fusgang, Moergeli & Schnyder, 2004 ; Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove & McFarlane, 2008). L'étude de Meyer, Dittrich, Küster, Markraf, Hofmann & Strauss (2005) constate que le degré des symptômes de stress aigu, les blessures et l'intensité de la douleur sont associés au développement de l'ESPT chez les accidentés de la route qui en souffrent. Bühlmann (2009) parle également de la douleur comme facteur de risque de l'ESPT et souligne que celle-ci est souvent mal traitée ou sous-traitée dans les soins aigus. Pour Meyer et al. (2005), la prévention secondaire de la symptomatologie trauma-dépendante est primordiale, par le biais d'une information et d'une gestion efficace de la douleur.

Diagnostic, prévention, interventions et traitements de l'ESPT

En raison de son impact sur la qualité de vie, l'ESPT devrait être diagnostiqué rapidement (Rankin, Carretta & Jaroszynski, 2008). Des échelles d'auto-évaluation de l'ESPT existent, notamment l'échelle PCL-C (PTSD Checklist, Civilian Version) qui démontre des résultats de dépistage rapide (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996). Dans son étude Constant (2003) relève des interventions spécifiques liées à la prévention de l'ESPT qui consistent à offrir un soutien et à fournir les informations nécessaires à la personne traumatisée. Selon ce même auteur, les patients interprètent les symptômes de l'ESPT comme une modification de leur caractère ou un signe de faiblesse. Il est alors important d'en parler rapidement, lors de l'hospitalisation, afin qu'ils comprennent la nature psychobiologique de leurs symptômes, qui sont liés au stress intense vécu dans la situation. Rankin et al. (2008) constatent que si des questions précises ne sont pas posées, le diagnostic d'ESPT peut être manqué. Constant (2003) souligne parallèlement que les personnes traumatisées sont souvent réticentes à chercher de l'aide pour pallier à leurs symptômes. En effet, celles-ci ne sont pas conscientes du lien entre leurs symptômes et l'événement traumatique ou alors craignent d'être considérées comme émotionnellement instables (Constant, 2003). Écouter sans juger et rassurer la personne permet aux professionnels d'établir une relation de confiance, car un soutien adéquat de la part des intervenants de première ligne « peut aider la personne à surmonter ses préjugés et barrières à l'instauration d'un traitement » (Constant, 2003, p. 402).

Le débriefing psychologique est actuellement controversé. Son efficacité est remise en

question et un traitement médicamenteux préventif de l'ESPT ne se fait pas systématiquement. Les bêtabloquants auraient un intérêt dans son traitement, contrairement aux benzodiazépines qui augmenteraient les risques d'ESPT. Si la détresse persiste les anxiolytiques sont privilégiés (Rose, Bisson, Churchill & Wessely, 2002 ; Attal, 2009). Lorsque le diagnostic d'ESPT est établi, les interventions visant à supprimer les symptômes sont envisageables. Les meilleurs résultats de gestion de l'ESPT sont les thérapies focalisées sur le traumatisme. Ces techniques, sur le long terme, « aident le patient à se confronter à sa crainte et aux réponses émotionnelles en rapport avec l'événement traumatique » (Constant, 2003, p. 402). Actuellement, trois types d'intervention sont recommandées (Bisson & Andrew, 2009; Attal, 2009) :

- La thérapie cognitive comportementale (TCC).
- L'eye movement desensitization reprocessing (EMDR²).
- Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

1.2 Synthèse du point de vue infirmier

Suite à l'état de ces connaissances, nous remarquons qu'une victime d'accident de la route encourt le risque de développer un ESPT. S'il se manifeste, ce trouble peut persister et devenir chronique, affectant alors la qualité de vie de la personne. La réaction post-traumatique fait partie des diagnostics infirmiers, où le stress post-traumatique est vu comme un « effet » de traumatisme (Carpenito-Moyet, 2009 ; Doenges & Moorhouse, 2001).

L'infirmière occupe une place privilégiée au côté du patient. Par ses interventions centrées sur l'interaction, elle peut aider le patient à accepter le fait que l'accident ait bel et bien eu lieu, afin qu'il puisse commencer à s'adapter efficacement au traumatisme. Pourtant, Seng (2003) indique que le rôle étiologique du traumatisme dans un problème de santé reste souvent inaperçu ou non reconnu. Pour cause, il y a peu de temps encore, la plupart des traumatismes aboutissant à un ESPT étaient tabous (viol, traumatismes de guerre). En effet, les réactions du traumatisme sur la santé n'étaient pas explicites, les rendant invisibles dans les théories, recherches et soins infirmiers, ou alors en marge des

² **EMDR** : thérapie individuelle cognitivo-comportementale, créée en 1995. Elle consiste en des expositions en imagination au traumatisme, associées à des stimulations alternatives (visuelles, auditives ou kinesthésiques) répétées jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété (Attal, 2009).

prestations de soins traditionnels, relégués à la psychiatrie (Seng, 2003).

Il est alors nécessaire d'émettre quelques hypothèses de compréhension :

- H1 : L'infirmière en soins aigus, qui a un rôle important autour d'actes médico-délégués, de stabilisation et d'évaluation, est peut-être absorbée par les aspects techniques reliés à la personne accidentée.
- H2 : La durée courte du séjour, le rythme, la densité du travail et les priorités de soins chez ces patients peuvent rendre la prévention et la détection de l'ESPT difficile.

Ainsi, plusieurs possibilités de recherche s'offrent à nous. Il serait, dans un premier temps, intéressant d'analyser le vécu des soignants face à ce genre de situation. Cela permettrait de favoriser leurs ressources en comprenant leur réticence à aborder le thème avec les patients et ainsi de rompre ce cercle vicieux. Dans la même perspective, une analyse des besoins des patients accidentés en phase aiguë permettrait de cerner leurs réelles attentes, questionnements et enjeux autour des interventions infirmières. Une analyse des études permettrait de mettre en évidence la spécificité des interventions de la population la plus touchée : la population jeune et masculine, et de la plus concernée par l'ESPT : la population féminine. Un autre axe de recherche pourrait se pencher sur l'entourage, qui joue un rôle central dans l'accompagnement du patient. De plus, un support social adéquat est un des facteurs de résilience à l'ESPT chez la personne accidentée de la route (Bühlmann, 2009 ; Hoge et al., 2007).

La première question de recherche retenue dans ce travail concernait les interventions infirmières auprès de l'entourage de la personne accidentée. Après consultation des bases de données comme Pubmed et Cinhal, les résultats ont démontré qu'une revue de littérature étoffée portant spécifiquement sur la famille n'était pas réalisable. En effet, trop peu de recherches pertinentes et significatives spécifiques à cette population ont été effectuées dans le domaine des soins aigus. La question de recherche a alors été modifiée et portait sur les interventions infirmières, dans un service de chirurgie orthopédique, visant à prévenir un ESPT chez les patients accidentés de la route. Les recherches menées sur les bases de données citées précédemment ont permis d'extraire des résultats intéressants. Un nombre important de travaux se concentraient autour des interventions spécifiques au dépistage des patients risquant de développer un ESPT.

Seng (2003) considère que « reconnaître les effets du traumatisme est une intervention

de prise en charge, qui peut conduire à des soins de santé plus efficaces et à de meilleures relations avec le patient » (p. 34). Le processus de reconnaissance des effets d'un traumatisme, tel qu'à la suite d'un accident de la circulation, dans un raisonnement clinique infirmier est nécessaire. Cette thématique est donc pertinente pour la pratique infirmière, permettant des interventions ciblées plus efficaces, visant à atténuer les effets de l'ESPT et de meilleurs résultats de santé. Bühlmann (2009) et Seng (2003) ont développé des démarches de soins à cet usage. Cependant, il reste difficile de savoir quel patient survivant à un accident risque de souffrir d'un ESPT. Même si seulement une minorité de patients est susceptible de développer ce trouble, cette probabilité est bien réelle. De plus, on observe des difficultés quant à leur dépistage ainsi que leur prise en charge globale lors de leur hospitalisation dans le milieu des soins aigus.

1.3 Question de recherche

Au vu de ces différents éléments, la question de recherche suivante est formulée par l'auteur:

« Quelles connaissances, quels moyens et quels outils à disposition de l'infirmière permettent l'évaluation du risque d'un état de stress post-traumatique chez un patient accidenté de la route, dans un service de chirurgie orthopédique ? »

1.4 Objectifs et buts poursuivis

L'objectif est de dresser le portrait des connaissances, moyens et outils à disposition de l'infirmière en chirurgie orthopédique servant à évaluer le risque qu'encourt un patient accidenté de la route de développer un ESPT. Trois buts en découlent :

- 1) Documenter le vécu des survivants d'accidents de la circulation dans les suites immédiates du traumatisme.
- 2) Identifier les caractéristiques des personnes accidentées de la route susceptibles de développer un ESPT.
- 3) Proposer des recommandations propres au domaine des soins infirmiers en vue d'améliorer en milieu aigu le dépistage et l'évaluation des patients à risque. Le but étant que ces derniers bénéficient par la suite d'interventions spécifiques adéquates, au moment opportun.

2 Fondements théoriques

Afin de cerner les enjeux entourant la question de recherche et d'avoir un support pour l'analyse et la discussion, des concepts sont définis et développés ci-dessous. Il s'agit de l'ESPT, du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman et du jugement clinique infirmier.

2.1 L'état de stress post-traumatique

L'ESPT est associé à la fois à des altérations neuroendocriniennes et comportementales (Friedman, Charney & Deutch, 1995, cité par Seng, 2003). Cet état n'est pas lié à une réaction normale à un stress extrême, mais plutôt à un type de réactions distinctes, se produisant chez certaines personnes traumatisées. L'ESPT est caractérisé par des dérèglements physiologiques et par des efforts d'adaptation devenant inadaptés, à tel point qu'ils affectent le fonctionnement, la santé mentale et la santé physique de la personne (Yehuda & MacFarlane, 1996, cité par Seng, 2003). Son diagnostic est élaboré en fonction de sept critères répartis par ordre alphabétique dans DSM-IV-TR (2003, pp.539-540) :

L'état de stress post-traumatique : critères diagnostiques (DSM-IV-TR, 2003)

A) Exposition à un événement traumatique qui engendre ces deux éléments:

- Vécu (ou être témoin) d'une menace de mort ou de graves blessures.
- Réaction sous forme de peur intense, d'un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

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

- Souvenirs répétitifs et envahissants (images, pensées et perceptions) provoquant un sentiment de détresse.
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse.
- Impression ou agissements soudains, « comme si » l'événement allait se reproduire avec possibles illusions, hallucinations ou épisodes dissociatifs (flash-back).
- Sentiment intense de détresse psychologique.
- Réactivités physiologiques lors de repères symboliques.

C) Symptômes d'évitement et d'émoussement. Présence d'au moins trois de ces manifestations :

<ul style="list-style-type: none"> – Évitement de pensées, de sentiments ou de conversations. – Efforts pour éviter des activités, des endroits ou des personnes. – Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme. – Réduction nette d'intérêt. – Sentiment de détachement. – Restriction des affects. – Sentiment d'avenir « bouché ».
<p>D) Symptômes d'hyperactivité neurovégétative. Présence d'au moins deux de ces symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu. – Irritabilité ou accès de colère. – Difficultés de concentration. – Hypervigilance. – Réaction de sursaut exagérée.
<p>E) La perturbation (symptômes B, C et D) dure plus d'un mois.</p>
<p>F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>

Tableau 1: Critères diagnostiques de l'ESPT (DSM-IV-TR, 2003)

Le DSM-IV-TR (2003) précise que différentes formes caractérisent la survenue et la durée des symptômes de l'ESPT :

- Forme « aiguë » ; début des symptômes entre un et trois mois post-traumatique.
- Forme « chronique » ; début des symptômes plus de trois mois après l'événement.
- Forme « différée » ; début des symptômes plus de six mois après le facteur de stress.

L'état de stress aigu comporte les mêmes symptômes que l'ESPT (ainsi que des symptômes dissociatifs³ pendant et après l'exposition), mais ceux-ci sont immédiats et durent jusqu'à 4 semaines après l'événement traumatique. C'est pourquoi le diagnostic de l'état de stress aigu évolue vers un ESPT dans le cas où ces symptômes persistent après 4 semaines (DSM-IV-TR, 2003).

³ **Dissociation** : sentiment subjectif de torpeur, détachement ou une absence de réactivité émotionnelle, réduction de la conscience de son environnement, impression de déréalisation, impression de dépersonnalisation, amnésie dissociative (DSM-IV-TR, 2003, p.544).

2.2 Le modèle transactionnel du stress

En 2008, le nouveau Petit Robert définit le stress comme « l'ensemble des réactions non spécifiques (physiologique, métabolique, comportementale) à un agent agressif » (p.2439). Le Syndrome Général d'Adaptation, issu des travaux d'Hans Selye (1936, 1956) sur la réponse physiologique au stress, représente le fondement de la théorie du stress. Cette théorie comprend trois stades : une phase d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement où l'organisme manifeste des désordres somatiques. Cependant, ce modèle repose sur un schéma de causalité unidirectionnel ne prenant pas en compte toute la complexité des mécanismes en marche lors d'une situation stressante (Quintard, 2001).

Les théories du stress ont évolué depuis. Le stress est envisagé aujourd'hui comme un processus multifactoriel ayant des composantes affectives, cognitives, sensorielles, viscérales, endocriniennes et comportementales en interactions étroites les unes avec les autres (Quintard, 2001). Lazarus et Folkman (1984), repris par Sarafino (1990), définissent le stress comme la « résultante de transactions entre la personne et son environnement qui conduisent l'individu à percevoir une discordance, réelle ou imaginée, entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologique, psychologique et social » (Quintard, 2001, p.50). Selon eux, le stress est alors un processus dynamique dans lequel stresser, réponses au stresser et relation entre la personne et son environnement sont en interaction continue.

L'impact d'un événement stressant dans la vie d'une personne est toujours très individuel et influencé par son évaluation subjective (Bühlmann, 2009). Son processus d'adaptation implique des ajustements qui influencent l'impact du stresser grâce à des stratégies cognitives. Celles-ci sont menées à la suite d'une évaluation en deux étapes :

1. L'évaluation primaire, ou stress perçu, se réfère à l'interprétation de la situation. Celle-ci peut être perçue comme menaçante, comme un défi ou insignifiante par la personne (Lazarus & Folkman, 1984). La mesure objective de l'événement et ses conséquences jouent alors un rôle secondaire (Bühlmann, 2009).
2. L'évaluation secondaire, ou contrôle perçu, concerne l'évaluation des ressources internes et externes de la personne. Elle dépend des croyances et de la notion de contrôle de l'individu, lui permettant ou non de gérer une situation stressante. Le concept de vulnérabilité y est étroitement lié (Lazarus & Folkman, 1984).

L'individu a également à sa disposition des ressources personnelles ou provenant de son environnement, influençant positivement ou négativement l'adaptation (Lazarus & Folkman, 1984). De même, des caractéristiques réelles, ou perçues, de la situation déterminent la manière dont l'individu s'adapte. Ces caractéristiques sont la nature de l'événement, sa durée, sa gravité, sa contrôlabilité et son ambiguïté (Lazarus & Folkman, 1984).

Suite à cette évaluation, la personne met en place des stratégies d'adaptation visant à affronter l'événement jugé stressant. Ces stratégies sont définies sous le terme de « coping » par Lazarus et Folkman (1984). Il s'agit de « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les demandes externes et/ou internes perçues comme consommant ou excédant les ressources de la personne » (p.141). Ces auteurs soulignent que la finalité du coping ne doit pas être assimilée à la maîtrise de la situation. Un coping efficace, dans des conditions stressantes, doit permettre à la personne de tolérer, minimiser, accepter ou ignorer ce qui ne peut être maîtrisé. Il existe différents types de stratégies d'adaptation :

- *Le coping centré sur l'émotion*, incluant des stratégies visant à réguler les réponses émotionnelles en lien avec l'événement. Il peut s'agir d'évitement, de déni, de minimisation, de distance, d'avoir une attention sélective, de faire des comparaisons positives, d'avoir une pensée magique ou encore de lutter pour rendre un élément négatif positif. Un plus petit groupe de ces stratégies est dirigé à augmenter la détresse émotionnelle comme par exemple l'auto-accusation. En effet, certaines personnes ont besoin d'être au plus mal avant de pouvoir se sentir mieux (Lazarus & Folkman, 1984). Ces mêmes auteurs précisent que « nous utilisons le coping centré sur l'émotion pour maintenir l'espoir et l'optimisme, nier les faits et les implications, refuser de reconnaître le pire, agir comme si ce n'était pas important, et ainsi de suite. » (p.151). Ces processus se prêtent alors à une interprétation inconsciente ou à une distorsion de la réalité.
- *Le coping centré sur le problème*, servant à gérer ou modifier le problème. Comme le disent Lazarus et Folkman (1984), ce sont « les efforts axés sur le problème afin de pouvoir le définir, générer des solutions alternatives, peser ces alternatives en termes d'avantages et désavantages, choisir entre elles et agir » (p.152). Khan (1964, cité par Lazarus & Folkman, 1984) émet deux groupes de stratégies centrées sur le problème : les stratégies dirigées sur l'environnement et celles qui sont

dirigées sur soi, comme par exemple faire de l'exercice physique, respirer calmement, développer de nouveaux comportements ou apprendre de nouvelles compétences.

Lazarus et Folkman (1984) soulignent l'importance de l'identification des stratégies d'évaluation des individus lors de situations stressantes afin d'éclairer la manière dont ils s'adaptent. Dans son ouvrage traitant des patients accidentés de la route, Bühlmann (2009) observe que les victimes sont confrontées à divers problèmes liés à l'accident, à la situation actuelle (douleur, immobilité, manque d'information, perte de contrôle, changements d'image corporelle) ou à l'avenir (incertitude, anxiété). L'auteur précise que la première phase d'adaptation a lieu durant la période des soins hospitaliers, où différentes stratégies peuvent être observées chez les patients qui tentent de faire face. Les stratégies visant à reprendre le contrôle, à relativiser ou à accepter la situation sont souvent plus utilisées que des stratégies d'évitement. Cependant, Bühlmann (2009) relève que les patients gravement blessés, confrontés à des difficultés particulièrement importantes et variées, expriment la pleine mesure des changements et des pertes en utilisant souvent des stratégies d'évitement.

En annexe, un schéma⁴ illustre le processus d'adaptation dans son ensemble. Il permet de visualiser les différentes étapes se regroupant autour d'une personne accidentée de la route afin que celle-ci s'adapte de manière efficace à l'événement traumatique.

2.3 Le jugement clinique infirmier

Dans son ouvrage, Bühlmann (2009) indique que les infirmières, de par leurs compétences, leur bienveillance ainsi que leur fiabilité dans l'identification et la résolution des problèmes, peuvent aider les victimes d'accident de la circulation à faire face à cet événement traumatique. Pourtant, selon Seng (2003), le défi actuel consiste à adapter la compréhension infirmière dans la considération systématique du rôle du stress post-traumatique comme un facteur étiologique à d'autres problèmes de santé générale. Les démarches de soins actuelles structurant le processus de soins seraient insuffisantes (Seng, 2003). Le questionnement se situe au niveau du jugement clinique infirmier, autour de la reconnaissance du risque d'ESPT chez un patient accidenté.

⁴ Annexe B : schéma du processus d'adaptation après un événement traumatique.

La démarche de soins infirmiers, ou processus de soins, est un processus intellectuel, dynamique et interactif (Quinodoz et Lötscher, 2010). Elle est structurée par des étapes logiquement ordonnées (collecte de données, analyse et interprétation des données, objectifs de soins, planification, exécution des interventions et évaluation) servant à planifier les soins personnalisés visant le mieux-être du patient. Elle appartient au professionnel et requiert un jugement clinique (Phaneuf, 1996, cité par Quinodoz & Lötscher, 2010).

Le jugement clinique est un processus décisionnel fondé sur une analyse et une interprétation de données relatives à la santé basée sur la combinaison d'un savoir théorique, d'expériences et d'intuitions (Jarvis, 2010, Dallaire, 2008, Phaneuf, 2008, cité par Quinodoz et Lötscher, 2010). Phaneuf (2008) décrit le jugement clinique de l'infirmière comme étant « une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données recueillies auprès du patient : il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire » (p.1). Pour Dallaire (2008), le jugement clinique constitue la dernière condition pour prodiguer des soins infirmiers inspirés des connaissances disponibles. Il s'agit du rôle infirmier autonome, de son savoir.

Le jugement clinique rend apte à reconnaître les particularités d'une situation, propose des interventions pour gérer la condition instable d'une personne, articule la perspective de soins infirmiers dans toute situation de soin, laisse entrevoir des possibilités réalistes d'amélioration ou de développement chez la personne, établit des distinctions qualitatives fines dans des zones critiques de la pratique (Dallaire, 2008, p. 279).

Phaneuf (2008) explique la complexité de ce concept et met en évidence les exigences requises pour poser un jugement clinique de qualité :

- Des connaissances théoriques sur le problème en cause.
- Une certaine expérience clinique.
- Une capacité rigoureuse d'observation.
- Une bonne capacité de raisonnement sur la réalité observée.
- Le développement de la pensée critique : peser les « pour » et les « contre », permettant à l'infirmière de reconnaître des signes et symptômes caractéristiques de certains problèmes et de juger des hypothèses possibles.
- La confiance en soi, en ses connaissances et la capacité d'oser.

- L'acceptation des responsabilités inhérentes au jugement clinique puisqu'il conduit à la prise de décision.
- Le respect des standards de qualité de soins et des principes éthiques.

Le jugement n'est pas donné une fois pour toutes, il doit se développer (Dallaire, 2008). Selon Phaneuf (2008), être capable de poser un jugement clinique requiert une certaine maturité intellectuelle et professionnelle. Phaneuf (2008) décrit quatre connaissances essentielles à la pratique infirmière : « Les connaissances empiriques, issues des données saisies par les sens, les connaissances conceptuelles provenant de la mise en relation de ces observations, les connaissances rationnelles tirées d'un raisonnement sur ces données et les connaissances décisionnelles servant à la prise de décisions responsables » (p.4). Pour Dallaire (2008), le développement du jugement clinique dépend de la compétence de l'infirmière. Benner, Hooper-Kyeiakidis & Stannared (1999, cité par Dallaire, 2008) considèrent qu'une évaluation compétente « se définit comme une prévoyance clinique qui rend apte à anticiper et à prévenir les problèmes potentiels de façon à influencer fortement sur l'évaluation de la situation » (p.280). De plus, Boychuk et Duchscher (2001, cité par Dallaire, 2008) prétendent que le « jugement clinique ne se développe pas seulement avec le temps et le cumul de l'expérience » (p.281). En effet, Effken (2001, cité par Dallaire 2008) précise que « le savoir tacite et l'expérience peuvent contenir des théories erronées parce que ces théories ne sont pas soumises à l'analyse. » (p.281). Dans le même sens, le jugement clinique « s'affine avec le développement de l'expertise et repose sur une capacité d'appréhender globalement la situation afin d'intervenir de façon appropriée » (Benner, 1982, cité par Dallaire 2008, p.281).

La qualité de l'observation et du raisonnement infirmier est essentielle. En effet, Phaneuf (2008) souligne que le jugement clinique infirmier oriente l'action infirmière, mais souvent aussi celle du médecin et des autres professionnels de la santé. Il est donc important de poser des jugements cliniques solides. Dans ce sens, Bühlmann (2009) a développé une démarche clinique visant à mener une évaluation des soins chez le patient accidenté afin de pouvoir le soutenir dans son processus d'adaptation. Sa démarche soulève l'importance des paramètres permettant le

« clinical assessment⁵ » infirmier. Selon Bühlmann (2009), un « assessment de qualité requiert des connaissances spécialisées, un intérêt pour le bien-être des personnes accidentées en combinaison avec une observation approfondie, des questions délicates et une écoute attentionnée » (p.120). Dans le même ordre d'idée, Seng (2003) a développé un modèle pour la pratique infirmière centré sur le raisonnement clinique, le dialogue avec les patients et le processus diagnostique de l'ESPT. Seng (2003) souligne que les infirmières en psychiatrie sont familiarisées avec l'ESPT, alors que les infirmières des soins généraux ont besoin de comprendre et de développer des compétences nécessaires pour y répondre.

⁵ **Clinical assessment**, synonyme d'évaluation clinique : consiste en une évaluation clinique systématique et rigoureuse des différents systèmes physiologiques. Elle est fondée sur la mesure des signes vitaux, l'observation des signes et symptômes cliniques, complétée par la palpation, l'auscultation et la percussion ainsi que l'interprétation des données paracliniques (biologiques) (Jarvis 2010, cité par Quinodoz & Lötscher, 2010).

3 Méthode

3.1 Choix du devis

Le devis choisi pour répondre à la question de recherche est une revue de littérature étoffée. Ce devis va permettre d'actualiser nos connaissances grâce à des travaux scientifiques déjà effectués sur le sujet. Les premières recherches traitant de l'ESPT sont apparues dans les années huitante, époque de la création du diagnostic dans le DSM-III. Les premiers écrits sur les séquelles traumatiques, les types d'expositions traumatiques et les populations à risque remontent aux années 1990-1995. L'état actuel des recherches témoigne de l'élaboration importante de la littérature concernant les facteurs prédictifs, les moyens de dépistage ou les interventions précoces chez les survivants d'accidents de la route susceptibles de développer un ESPT. Ces recherches ne se concentrent pas toujours dans les soins aigus, mais certains de leurs résultats peuvent être généralisables. Il est donc pertinent d'en recenser les écrits et de mettre en lien les différentes connaissances actuelles afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Cette revue de littérature apportera différentes réflexions et points de vue utiles pour l'analyse. Elle élaborera de nouvelles pistes d'ouverture pour de futures perspectives de recherche ou de prévention dans le domaine des soins infirmiers.

3.2 Étapes de la réalisation de la revue étoffée de littérature

Afin d'orienter la revue de littérature, la question de recherche a été posée grâce à l'acronyme « PICO » regroupant 4 composantes (Melnik & Fineout-Overholt, 2005, cités par Gautier, Côté, Gagnon & Mbourou Azizah, 2010). Le tableau 2, ci-après, illustre cette première démarche qui a permis de déterminer les concepts et mots clés appropriés. Ceux-ci sont présentés dans le tableau 3. Cette procédure a permis de répertorier de façon efficace les articles pertinents sur le sujet. Les bases de données Medline (aussi appelé Pubmed), Banque de Données en Santé Publique (BDSP) et Cinhal ont été consultées entre septembre 2010 et mai 2011. C'est sur Medline que les articles répondant à la question de recherche ont été trouvés. Les mots-clés ont été introduits dans la barre de recherche à l'aide de termes [Mesh]. Les références trouvées

grâce aux termes [Mesh] dans les citations des premiers articles ont également été utilisées (« related citations »). Une autre stratégie de recherche consista à consulter la bibliographie des articles retenus ainsi que celle de l'ouvrage de Bühlmann (2009) afin d'augmenter la documentation.

P Population à l'étude	Survivants d'un accident de circulation
I Intervention	Ressources à disposition de l'infirmière permettant l'évaluation du risque d'ESPT chez les survivants d'un tel accident
C Complément d'intervention	Dans un service de chirurgie – orthopédie (dans les soins aigus)
O Outcomes Variables mesurées	Évaluation et prévention du risque de l'ESPT chez les survivants d'un accident de la circulation

Tableau 2 : PICO - démarche pour élaborer une question de recherche documentaire

	CONCEPT 1 Évaluations infirmières	CONCEPT 2 Accident de la circulation	CONCEPT 3 ESPT	CONCEPT 4 Chirurgie – orthopédie
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> – Prevention and control – Nursing Process, Nursing Assessment – Nurse / Nursing – Nurse-Patient relations patient – Mass Screening – Adaptation, Psychological 	<ul style="list-style-type: none"> – Traffic Accidents 	<ul style="list-style-type: none"> – Stress Disorder, Post-traumatic / PTSD – Stress Disorder, Traumatic, Acute / ASD 	<ul style="list-style-type: none"> – General surgery – Traumatology – Orthopedics – Trauma Centers – Wounds and injuries

Tableau 3 : Concepts et mots clés associés à la question de recherche

3.3 Critères de sélection des articles

La littérature englobant l'ESPT est large. En conséquence, plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été utilisés afin de trier les articles les plus pertinents concernant notre question de recherche puis ressortis de la base de données Medline.

Critères d'inclusion :

- Recherches portant sur l'ESPT suite à un accident de la circulation, de préférence en milieu de soins aigus.
- Langue : français, anglais ou allemand.
- Articles avec résumé, méthode, résultats et discussion.
- Date : de 2006 à 2011.
- Population : adulte, soit + de 19 ans.
- Provenance des articles : pays occidentaux.

Critères d'exclusion :

- Recherches portant sur l'ESPT suite à d'autres types de traumatismes (par exemple catastrophes naturelles, agressions physiques ou sexuelles, guerres).
- Population : enfants, adolescents.
- Contexte : soins intensifs, soins de réadaptation ou soins à domicile.

3.4 Stratégies de recherche

Les tableaux ci-après illustrent les sept différentes stratégies de recherche menées sur Medline permettant la sélection des articles nécessaires à la revue de littérature étoffée. Il est ainsi possible de visualiser le nombre d'articles dégagés selon différentes combinaisons de mots-clés et retenus après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion. Ils sont aussi utiles pour la vérification de leur pertinence et de leur justesse. La huitième stratégie a été la consultation de l'ouvrage de Bühlmann (2009).

Stratégie 1 :

	Mots-clés	Résultats
	Stress Disorder, Post-Traumatic	3331
AND	Trauma Centers	15

Nombre d'articles retenus : 1

- Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D. & McFarlane, A. (2010). Sleep Disturbance Immediately Prior to Trauma Predicts Subsequent Psychiatric Disorder. *SLEEP*, 33 (1), 69-74.

Stratégie 2 :

	Mots-clés	Résultats
	Psychological Adaptation	12446
AND	Traffic Accidents	44
AND	Stress Disorder, Post-Traumatic	17

Nombre d'articles retenus : 2

- Pruitt, L.D. & Zoellner, L.A. (2008). The impact of social support : an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 253-262
- Ryb, G.E., Dischinger, P.C., Read, K.M. & Kufera, J.A. (2009). PTSD after Severe Vehicular Crashes. *Annals of Advances in Automotive Medicine*, 53, 177-193.

Stratégie 3 :

	Mots-clés	Résultats
	Adaptation Psychological	12446
AND	Traffic Accidents	44
AND	Wounds and Injuries	13

Nombre d'articles retenus : 1

- Tan, K.L., Lim, L.M. & Chiu, L.H. (2008). Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore. *International Council of Nurses*, 55, 110-116.

Stratégie 4 :

	Mots-clés	Résultats
	Stress Disorder, Post-Traumatic	3331
AND	Wounds and Injuries	369
AND	Mass Screening	10

Nombre d'articles retenus : 1

- O'Donnell, M.L., Creamer, M.C., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A.C.N., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A.C., Silove, D. & Bryant, R.A. (2008). A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 923-932.

Stratégie 5 :

	Mots-clés	Résultats
	Stress Disorder, Post-Traumatic	3331
AND	Wounds and Injuries	369
AND	Risk factors	68

Nombre d'articles retenus : 2

- Zatzick, D.F., Rivara, F.P., Jurkovich, G.J., Hoge, C.W., Wang, J., Fan, M.-Y., Russo, J., Trusz, S.G., Nathens, A. & Mackenzie, E.J. (2010). Multisite Investigation of Traumatic Brain Injuries, Posttraumatic Stress Disorder, and Self-reported Health and Cognitive Impairments. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (12), 1291-1300.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M., Holmes, A.C.N., Ellen, S., McFarlane, A.C., Judson, R., Silove, D. & Bryant, R.A. (2010). Posttraumatic Stress Disorder After Injury : Does Admission to Intensive Care Unit Increase Risk. *The Journal of Trauma : Injury, Infection and Critical Care*, 69 (3), 627-632.

Stratégie 6 :

Quatre articles ont été sélectionnés suite à des recherches lancées sur les travaux en lien avec les précédentes études :

- Coronas, R., Gallardo, O., Suarez, D., Garcia-Pares, G. & Menchon, J.M. (2010). Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder : A prospective study in motor vehicle accident survivors. *European Psychiatry*, 10.1016/j.eurpsy.2010.06.006.
- Gabert-Quillen, C.A., Fallon, W. & Delahanty, D.L. (2011). PTSD after Traumatic Injury : An Investigation of the Impact of Injury Severity and Peritraumatic Moderators. *Journal of Health Psychology*, 16 (4), 678-687.
- Hansen, M., Andersen, T.E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S. & Mackrill, T. (2010). PTSD-8 : A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 101-108.
- Malcoun, E., Houry, D., Arndt-Jordan, C., Kearns, M.C., Zimmerman, L., Hammond-Susten, M. & Rothbaum, B. (2010). Feasibility of Identifying Eligible Trauma Patients for Posttraumatic Stress Disorder Intervention. *Western Journal of Emergency Medicine*, 11 (3), 274-278.

Stratégie 7 :

Une autre stratégie de recherche a été d'insérer dans la barre de recherche de Medline le nom de l'auteur Zatzick D.F., dont plusieurs articles pertinents avaient été présélectionnés. L'article suivant a été retenu :

- Zatzick, D.F., Russo, J., Rajotte, E., Uehara, E., Roy-Byrne, P., Ghesquire, A., Jurkovich, G. & Rivara, F. (2007). Strengthening the Patient-Provider Relationship in Aftermath of Physical Trauma Through an Understanding of the Nature and Severity of Posttraumatic Concerns. *Psychiatry*, 70 (3), 260-273.

Stratégie 8 :

Trois recherches ont été découvertes et retenues suite à la consultation de la bibliographie de l'ouvrage de Bühlmann (2009) :

- Gustafsson, M. & Ahlström, G. (2006). Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 : 557-565.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults : A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.
- Tsay, S.L., Halstead, M.T. & McCrone, S. (2001). Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 74-83.

3.5 Méthode d'analyse

Les grilles d'analyse de recherche quantitative⁶ (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, cité par Nadot & Bassal, 2010) ont permis d'évaluer la validité des recherches sélectionnées. S'inspirant de cet outil, une grille supplémentaire a été réalisée afin d'optimiser l'extraction des données et d'analyser les quinze articles recensés⁷.

3.6 Synthèse des données

Les résultats des quinze articles retenus, analysés dans les grilles de lecture, ont été regroupés et comparés afin d'en ressortir les éléments significatifs permettant de répondre à la question de recherche. Différents classements et sous-classements ont ensuite émergé et sont présentés en annexe dans un schéma de synthèse⁸. Ils sont également repris dans le chapitre des résultats.

⁶ Annexe H : grille de lecture critique d'un article scientifique.

⁷ Annexe I : grille de synthèse pour l'analyse des articles.

⁸ Annexe C : synthèse intégrative des données.

4 Résultats

Trois thèmes principaux illustrant les connaissances et les moyens à disposition de l'infirmière en chirurgie orthopédique ont émergé des quinze articles :

1. Expérience de l'accident de la circulation
2. Adaptation au traumatisme
3. Dépistage du risque d'ESPT

Ces catégories comportent différents sous-thèmes permettant de mieux cerner la complexité entourant le risque d'ESPT chez les patients hospitalisés suite à un accident de la route. Chaque thématique est analysée séparément dans ce chapitre.

4.1 Expérience de l'accident de la circulation

Des recherches identifient certaines particularités liées à l'impact de l'accident de la circulation. Il semble alors important de mettre en évidence ces caractéristiques, exprimées par les professionnels, les patients et leurs proches afin de faciliter la compréhension du vécu d'un tel traumatisme et d'en connaître les enjeux.

4.1.1 Perceptions de l'événement dans les jours / semaines suivant l'accident

Tan et al. (2008) observent que les conséquences d'un accident de la circulation ont un impact sur la vie de la personne, et ce d'autant plus si ses blessures sont graves et nécessitent une hospitalisation. Cette étude a analysé l'expérience de 6 patients hospitalisés en orthopédie ayant survécu à un accident de la route. Tous les sujets décrivent le milieu hospitalier comme un « business », un endroit « mécanique et insensible ». Cependant, la relation soigné-soignant et la qualité des soins prodigués par les infirmières sont très importantes pour les patients. Ceux-ci font notamment part de leur besoin de soutien de la part des professionnels. Ils attendent des infirmières une certaine compréhension, de la sympathie et de la sensibilité à leur égard. En effet, cette même étude considère l'accident comme une expérience traumatisante, pour laquelle une sensation de « paralysie » reflète le vécu des patients. Un sentiment commun d'anxiété, de choc et de perte de contrôle est également exprimé par chaque participant. Entre autres, une des patientes, une jeune femme, précise que ses souvenirs en lien avec

le traumatisme sont stressants et effrayants. Elle avait été « trop choquée pour réagir », remplie de tristesse et de culpabilité suite au décès de son amie dans l'accident.

L'enquête de Pruitt et Zoellner (2008) a trouvé une très forte augmentation de détresse subjective (anxiété générale et affects négatifs) et de pensées intrusives 48 heures après la visualisation d'une vidéo choquante regroupant des accidents de la circulation. Ces résultats sont également confirmés par l'étude de Tsay et al. (2001). En effet, des récits expliquent des taux de prévalence relativement élevés d'affects négatifs (dépression) et de symptômes de stress traumatique dans la première semaine suivant l'accident. Toujours dans ce sens, les résultats de Gustaffson et Ahlström (2006) ont démontré qu'entre une et deux semaines après l'accident traumatique, un tiers des patients rapportaient une détresse émotionnelle, exprimée sous forme d'anxiété et de dépression.

Tan et al. (2008) relèvent qu'après l'accident, la moitié des patients s'étaient principalement inquiétés de l'état de leur véhicule. La recherche de Zatzick et al. (2007) s'est concentrée sur la nature des préoccupations des patients dans les suites immédiates de l'accident. Dans leur questionnaire pouvant regrouper un total de trois préoccupations, chaque patient en exprime en moyenne 2,11 lors de son hospitalisation. L'étude a permis de préciser que 43% se sentent « extrêmement soucieux » concernant une seule préoccupation et 14% pour trois préoccupations. Le domaine d'inquiétude le plus préoccupant pour 68% des patients est celui de la santé physique, reliant des craintes concernant les douleurs, les blessures ou encore l'autogestion des soins. Le domaine du travail et des finances tourmente 59% des patients et près de la moitié sont également très préoccupés par des pensées et sentiments dédiés à la famille ou aux amis impliqués dans l'accident. Par contre, selon Zatzick et al. (2007), les patients sont peu concernés par les domaines de la psychologie, du médical et légal. Dans le même ordre d'idées, 60% des patients expriment que la douleur est leur plus grand facteur de stress, suivi de l'immobilité, de l'inquiétude pour les proches ou amis mêlés à l'accident puis de l'incertitude pour la suite (Tsay et al., 2001).

4.1.2 Qui demande de l'aide ?

Dans les suites de l'hospitalisation, 16% des patients indiquent avoir consulté un professionnel de la santé mentale et 9% se sont vu prescrire des médicaments contre le stress, la dépression ou des problèmes de sommeil (Bryant et al., 2010). La recherche de Malcoun et al. (2010) a démontré que les personnes accidentées de la route étaient plus

susceptibles de participer à une intervention psychologique dans les suites immédiates d'un événement traumatique si elles étaient plus jeunes (environ 30 ans). Par contre, aucune différence significative n'est apparue concernant l'ethnie ou le sexe, contrairement à d'autres types de traumatismes pour lesquels les femmes sont plus susceptibles de solliciter une telle intervention (agressions sexuelles ou physiques). L'étude soulève aussi le fait que les survivants d'accidents de la route sont moins susceptibles de participer à une intervention psychologique que les victimes d'agressions. Les patients mentionnent le désintérêt d'une telle intervention, la volonté de rentrer chez soi ou le fait d'être souffrant comme principales raisons du refus.

4.2 Adaptation au traumatisme

Les recherches ont permis de relever plusieurs éléments susceptibles d'augmenter, de diminuer ou de faire obstacle à une adaptation efficace, permettant de surmonter le traumatisme ressenti après l'accident de la route. Ces données sont exposées ci-dessous.

4.2.1 Impact du support social

La recherche de Pruitt et Zoellner (2008) a conceptualisé le support social positif, négatif ou absent afin d'analyser le rôle d'un tel soutien. C'est le support social positif qui apporte le plus d'aide, ce qui signifie que le support pratique la validation, favorise l'expression, écoute activement et apporte un soutien émotionnel positif à la personne accidentée. De plus, il offre un plus grand soutien et de meilleurs conseils. Le support négatif est quant à lui perçu comme le moins bon support, lorsqu'il n'y a pas de validation, qu'on blâme, stigmatise ou viole la confiance de la personne et qu'on la décourage à s'exprimer sans tenir compte de ses préoccupations. De plus, cette étude souligne que les affects négatifs sont grandement influencés si la personne bénéficie d'un support social négatif dans les suites immédiates de l'accident, contrairement à un support positif ou à l'absence de soutien. Un support absent est expliqué comme un soutien où la personne répondante évite une relation de confiance, ne se positionne pas, se réfère à des événements sans rapport avec l'accident, blâme la partie tierce ou n'adresse aucune émotion. Par contre, le support social n'a pas d'influence directe sur les affects positifs de la personne après un accident. Ces résultats sont semblables à ceux de Tsay et al. (2001) qui soulignent l'effet « amortisseur » d'un soutien social adéquat, bien que celui-ci ne contribue pas de manière significative à de meilleurs

affects ou à une meilleure adaptation dans les suites du traumatisme. Pruitt et Zoellner (2008) expliquent que la perception de l'événement serait influencée par le soutien social. Les perceptions subjectives de l'événement sont stables pour les personnes bénéficiant d'un soutien positif et négatif. Par contre, les participants ayant un soutien social absent perçoivent la gravité de l'événement et des blessures comme moindre. L'absence de soutien engendre une augmentation de pensées intrusives dans ce groupe de patients. En effet, 24% déclarent avoir au minimum trois pensées intrusives lorsque le soutien offert est absent lors des 48 heures suivant l'événement, contre 12% si le support est négatif et 10,7% s'il est positif. Les sujets sans support évaluent leurs pensées intrusives comme étant plus pénibles que dans les deux autres groupes. De plus, les résultats de Pruitt et Zoellner (2008) relèvent qu'une plus grande dissociation lors de l'événement est associée à plus de pensées intrusives seulement lorsque le soutien social est absent.

4.2.2 Stratégies d'adaptation

Tan et al. (2008) évoquent la notion d'auto-transformation des patients, à savoir la dernière phase iée à l'adaptation au traumatisme d'un accident de la route. En effet, les six patients accidentés interrogés soulignent que l'accident n'a pas touché uniquement leur apparence physique, mais qu'ils ont également subi des changements dans leurs attitudes à l'égard de différents aspects de la vie. Le traumatisme les a incités à une profonde réflexion au sujet de leur vie afin de surmonter son impact. Pour « aller de l'avant », les patients décrivent diverses stratégies de coping utilisées lors des jours et semaines suivant l'accident.

Selon les résultats de l'enquête de Tsay et al. (2001), une adaptation efficace à l'événement traumatique est prédictive lorsque le patient a un haut niveau de contrôle perçu sur ses stressors, lorsqu'il est satisfait de son support social et lorsque que ses coping sont centrés sur le problème et la pensée magique. En général, les patients interrogés dans cette étude se disent globalement très satisfaits de leurs efforts d'adaptation suite à l'accident. En effet, les patients estiment avoir un niveau élevé de contrôle sur leurs préoccupations associées au traumatisme. Pourtant, l'analyse de Tsay et al. (2001) révèle que les patients évaluent leurs blessures à un haut niveau et que, plus cette perception est grave, moins ceux-ci contrôleront la situation. De même les auteurs indiquent que l'intensité de la douleur a un impact fort sur l'efficacité de l'adaptation.

Les patients ont décrit les stratégies leur permettant de gérer plus facilement la situation et d'afficher plus de contrôle dans l'enquête de Tan et al. (2008). Tous les patients ont mentionné la grande source de réconfort fournie tout au long de la trajectoire par leurs familles et amis. En outre, deux participants ont utilisé leurs croyances spirituelles et trois autres ont fait appel à leurs expériences antérieures pour surmonter le traumatisme. Ces derniers ont expliqué que même si l'accident actuel était plus lourd de conséquences, les stratégies acquises lors de ces expériences ont permis une gestion plus aisée de l'événement. Les patients ayant subi divers traumatismes majeurs à la suite d'un accident utilisent aussi différentes stratégies d'adaptation selon les résultats de Tsay et al. (2001). De hauts niveaux de coping centrés sur le problème sont recensés chez les patients ainsi que de hauts niveaux de coping centrés sur la pensée magique⁹ et sur la recherche de soutien social. Dans cette même recherche, les analyses ont montré que les patients utilisent, à des taux modérés, le coping d'évitement et d'auto-accusation. Gustafsson & Ahlström (2006) apportent des précisions sur ces différents types de coping. Les 112 sujets de l'étude ont avoué utiliser très fréquemment la stratégie « *essayer de garder la situation sous contrôle* ». 90% d'entre eux ont souvent « *essayé de regarder le(s) problème(s) objectivement et sous tous les angles* », « *accepté la situation telle qu'elle est* » et « *espéré une amélioration* ». Beaucoup de patients ont parfois utilisé la stratégie « *en rire et minimiser les choses en pensant qu'elles auraient pu être pire* ». Moins de 20% ont utilisé « *médité ou prié et cru en Dieu* », « *pris des médicaments pour diminuer les tensions* », « *blâmé quelqu'un d'autre* » ou « *laissé quelqu'un d'autre résoudre les problèmes* » comme stratégies d'adaptation. Dans leur enquête, Gustafsson & Ahlström (2006) relèvent des différences entre la fréquence et le type de coping utilisés. Les stratégies centrées sur le problème sont significativement plus utilisées que celles centrées sur la pensée magique et les stratégies centrées sur l'émotion sont les moins présentes. La même recherche a permis de différencier les stratégies utilisées par les patients avec et sans détresse émotionnelle suite à l'accident (deux groupes). Les patients présentant une détresse émotionnelle utilisent en moyenne vingt-quatre différentes stratégies alors que les patients ne souffrant pas de détresse en utilisent vingt. De plus, neuf stratégies diffèrent significativement entre ces deux groupes de patients ; sept sont plus utilisées par les personnes souffrant de détresse (dont quatre parmi celles-ci sont des stratégies

⁹ **Pensée magique** : stratégie de coping centrée sur l'émotion, qui consiste à moduler les tensions en essayant de modifier la perception sans affronter directement le problème (Tsay et al. 2001).

centrées sur l'émotion) ; deux sont plus utilisées par les patients sans détresse. Ces deux dernières stratégies sont centrées sur la pensée magique (« *accepter la situation telle qu'elle est* » et « *penser qu'il n'y a pas à s'inquiéter, que la situation va se résoudre d'elle-même* »). Des analyses de comparaisons menées par ces chercheurs démontrent que le style de coping centré sur l'émotion est très fréquent chez les patients souffrant de détresse émotionnelle. Ce dernier résultat peut être mis en relation avec l'étude de Tsay et al. (2001), associant de manière significative des niveaux modérés à élevés de coping centrés sur l'émotion (éviter, pensée magique, auto-accusation) à l'augmentation du stress perçu et à la diminution de l'efficacité d'adaptation. Selon leurs travaux, les patients utilisant davantage le coping centré sur l'émotion sont moins aptes à évaluer correctement la situation, c'est-à-dire utiliser des stratégies centrées sur le problème.

4.3 Dépistage du risque d'ESPT

Certaines études ont objectivé que l'ajustement psychologique suite à l'expérience traumatique vécue par les personnes accidentées dépend de plusieurs facteurs, pouvant justifier l'ampleur de l'ESPT (Ryb et al., 2009 ; Ozer et al., 2003 ; Coronas et al., 2010 ; Tsay et al., 2001 ; O'Donnell et al., 2010 ; Gabert-Quillen, 2011 ; Bryant et al., 2010 ; Zatzick et al., 2007 ; Zatzick et al., 2010). Il paraît essentiel de connaître ces caractéristiques afin d'optimiser le dépistage de ce trouble. De plus, deux échelles, spécifiquement conçues pour être utilisées en milieu aigu, permettent d'évaluer le risque du développement de ce trouble dans cette population.

4.3.1 Caractéristiques des patients et prévalence

Différentes caractéristiques des patients, révélées dans les résultats de nombreuses recherches permettent de visualiser, de façon plus concrète, les victimes d'accidents de la route hospitalisées dans un service de chirurgie orthopédique :

Ryb et al. (2009) montrent que sur 367 patients, 84% sont les conducteurs, 74% sont impliqués dans une collision de deux véhicules et que dans 85% des cas, les patients sont testés négativement à l'alcool. Le nombre de jours d'hospitalisation en soins aigus varie de cinq à treize jours selon les études (Zatzick et al., 2007 ; O'Donnell et al., 2010 ; Bryant et al., 2010). Entre 44% et 73% des patients sont de sexe masculin et la

moyenne d'âge est située entre 34-40 ans (Tsay et al., 2001 ; O'Donnell et al., 2008 ; Zatzick et al., 2007 ; Ryb et al., 2009 ; Bryant et al., 2019 ; Coronas et al., 2010). Les blessures engendrées par l'accident sont généralement multiples et 78,9% des patients subissent une chirurgie selon Tsay et al. (2001). La gravité des blessures, évaluée par l'indice de gravité des blessures (Injury Severity Score ; ISS¹⁰) sont modérées à sévères, avec un score en moyenne entre 10 et 16 sur 75 (O'Donnell et al., 2010 ; Bryant et al., 2010 ; Zatzick et al., 2007 ; Coronas et al., 2010 ; Tsay et al. 2001). Dans les études de Zatzick et al. (2010), de Bryant et al. (2010) ainsi que d'O'Donnell et al. (2010) 40% des accidentés avaient un TCC représentent. Ceux-ci ont des blessures significativement plus graves que les survivants sans TCC (Zatzick et al., 2010 ; Bryant et al., 2010 ; O'Donnell et al., 2010). On constate que 14% des patients font un séjour aux soins intensifs d'une moyenne de six jours avant de rejoindre un service de chirurgie orthopédique. Ces derniers ont des blessures beaucoup plus graves avec un score ISS à 23 en moyenne et sont plus soumis au risque d'avoir un TCC. Leur durée d'hospitalisation est d'environ vingt-quatre jours, suivie généralement d'un transfert en réhabilitation. Par contre, les patients faisant un séjour aux soins intensifs ne diffèrent pas au niveau des douleurs vécues ou de la menace perçue pendant le traumatisme (O'Donnell et al., 2010). Selon Coronas et al. (2010) 10,9% des patients souffrent d'antécédents de troubles psychiatriques. Pour Bryant et al. (2010) ce chiffre monte jusqu'à 58% ; 26% des patients souffraient notamment de dépression et 14% d'ESPT avant l'accident. Des évaluations cliniques ou auto-évaluatives de l'ESPT ont été menées à différents moments post-traumatiques. Les taux de prévalence cités dans plusieurs recherches sont les suivants :

- + À partir d'une semaine post-traumatique, Tsay et al. (2001) reportent que pour 19,1% des patients des taux élevés de stress traumatique sont présents.
- + À partir d'un mois, 45,4% des participants ont développé un ESPT dans l'étude de Coronas et al. (2010).

¹⁰ L'Injury Severity Score (ISS) est un système de notation anatomique fournissant un score global pour les patients souffrant de multiples blessures. Chaque blessure est affectée d'un score de gravité (mineur, modéré, sérieux, sévère, critique, maximale) relié à l'une des six régions du corps (tête et cou, face, thorax, abdomen, membres, peau et tissus sous cutanés). Un traumatisme majeur est considéré par un score ISS > à 15. Un exemple ainsi que des explications plus détaillées sont disponibles sur le site www.surgicalcriticalcare.net/Resources/injury_severity_scoring.pdf (Surgical Critical Care, 2009).

- + Après trois mois, selon Bryan et al. (2010), 30% de ceux qui n'avaient pas d'antécédents psychiatriques ont développé un trouble ; une dépression (15%), une agoraphobie (13%), un ESPT (11%) ou un trouble d'anxiété généralisé (9%).
- + À partir de quatre mois, Coronas et al. (2010) diagnostiquent chez 32,8% des patients un ESPT, en précisant que 72% en souffraient déjà à un mois post-traumatique.
- + Six mois après l'accident, 27,5% des survivants ont développé un ESPT (Ryb et al., 2009).
- + À douze mois post-traumatique, 21,8% des patients sont dépistés positifs à l'ESPT dans l'enquête de Zatzick et al. (2010), 24,3% des patients dans celle de Ryb et al. (2009), dont 77% l'étaient déjà à 6 mois. Ceci signifie qu'entre 8% et 9% des patients ont développé un ESPT tardif.

Afin d'expliquer certains résultats, plusieurs recherches ont corrélié les caractéristiques démographiques à celles de l'accident (Tsay et al., 2001 ; Gustaffson & Ahlström, 2006 ; Malcoun et al., 2010). Une difficulté s'est avérée présente dans ces associations. En effet, peu d'auteurs arrivent à expliquer la raison d'un ESPT, les résultats perdant de leur valeur en s'associant à d'autres variables. Par exemple, aucune différence démographique ou clinique n'a permis de différencier les patients qui ont développé un ESPT à 12 mois (O'Donnell et al., 2010 ; O'Donnell et al., 2008 ; Ryb et al., 2009 ; Zatzick et al. 2010).

4.3.2 Facteurs impliqués dans le développement de l'ESPT

Certaines recherches ont permis d'identifier, d'analyser, de comparer et encore d'associer différents facteurs de risque liés à l'ESPT dans des populations de survivants d'accident de la route (Ryb et al., 2009 ; Ozer et al., 2003 ; Coronas et al., 2010 ; Tsay et al., 2001 ; O'Donnell et al., 2010 ; Gabert-Quillen, 2011 ; Bryant et al., 2010 ; Zatzick et al., 2007 ; Zatzick et al., 2010). Des études soulignent l'importance de prendre en compte ces différents facteurs, suggérant de les intégrer dans les dépistages précoces pour le risque d'ESPT (O'Donnell et al., 2010 ; Gabert-Quillen et al., 2011). Au vu de la richesse et de la variété de leurs résultats et pour la clarté du texte, seuls les résultats associés de manière significative ($p < 0.05$) à l'ESPT sont décrits ci-après.

4.3.2.1 Facteurs prédictifs de l'ESPT

Des études répertorient différents facteurs liés positivement à l'ESPT. Ceux-ci ont pu être classés en trois grandes catégories. Elles représentent les facteurs prétraumatiques : déjà présents ou indépendants au traumatisme, les facteurs péritraumatiques : reliés aux séquelles immédiates de l'accident, et les facteurs post-traumatiques : survenant dans les suites de l'événement.

Facteurs prédictifs prétraumatiques

Être une femme est un facteur prédictif au développement d'un ESPT à 3 et 6 mois post-traumatique (Ryb et al., 2009 ; Bryant et al., 2010). L'ethnie et l'âge sont 2 autres caractéristiques évaluées positivement à l'ESPT par Gaber-Quillen et al. (2011). En effet, les non-caucasiens (afro-américains et asiatiques) et les jeunes sont sujets à des taux plus élevés d'ESPT, à 6 semaines et 3 mois post-traumatique pour l'ethnie et à 3 mois pour l'âge.

Les patients signalant des antécédents de troubles psychologiques et un ou plusieurs antécédents de traumatismes montrent des symptômes ou un diagnostic d'ESPT supérieurs (Ozer et al., 2003 ; Ryb et al., 2009). Ces études précisent que même si le traumatisme remonte à l'enfance, son impact est important et que les traumatismes impliquant surtout de la violence physique ou sexuelle ont trait à l'ESPT.

Des troubles du sommeil, chroniques ou aigus (une à deux semaines avant l'accident), sont des facteurs prédictifs cités par Bryant et al. (2010). En effet, les patients sont 2,44 fois plus soumis au risque de développer un ESPT s'ils en souffrent et jusqu'à 3,16 fois plus si cette perturbation n'est pas associée parallèlement à un trouble psychiatrique quelconque.

Facteurs prédictifs péritraumatiques

La survenue d'un décès dans l'accident est un facteur prédictif très fort de l'ESPT, autant à 6 mois qu'à 12 mois et sa prévalence augmente encore s'il s'agit d'un membre de la famille (Ryb et al., 2009).

Dans plusieurs recherches, avoir une dissociation moyenne à élevée ou une détresse émotionnelle intensément négative dans les suites immédiates de l'accident sont associées à l'ESPT (Ozer et al., 2003 ; Ryb et al., 2009 ; Gabert-Quillen et al., 2011). Dans le même sens, Zatzick et al. (2007) relèvent que le nombre de préoccupations

jugées comme sévères par le patient suite à l'accident sont équivalentes à un risque accru d'ESPT de 1,71 fois. Deux recherches ont aussi détecté une corrélation entre la menace perçue sur la vie, c'est-à-dire la peur de mourir ressentie durant l'accident, et une augmentation de symptômes d'ESPT chez les personnes traumatisées (Ozer et al., 2003 ; Ryb et al., 2009).

D'un point de vue clinique, Coronas et al. (2010) se sont intéressés aux marqueurs biologiques. La fréquence cardiaque prise sur le lieu de l'accident, avant l'administration de médicaments, est significativement reliée à un ESPT à 1 mois et à 4 mois post-traumatiques. Dans leur enquête, un seuil limite de 84 battements par minute représente une sensibilité de 62,5% et une spécificité de 75% à l'ESPT, pour des valeurs prédictives positives et négatives de 51,3% et 82,6% respectivement. A contrario, la recherche Ryb et al. (2009) n'a pas associé la fréquence cardiaque prise dans le service des urgences à l'ESPT. La gravité des blessures peut également être associée à l'ESPT, comme démontré par Coronas et al. (2010). Dans leurs travaux, à 4 mois post-traumatique, un seuil limite de 8 points à l'ISS correspond à un ESPT avec une sensibilité de 62,5% et une spécificité de 75%. La localisation des blessures peut aussi être reliée à l'ESPT. Zatzick et al. (2010) ainsi que Ryb et al. (2009) observent que des lésions de la moelle épinière, des blessures faciales ou des blessures aux membres inférieurs augmentent le risque d'ESPT. Par contre, lorsque ces différentes études ajustent leurs résultats, la gravité et la localisation des blessures ne sont pas associées de manière significative à l'ESPT. Ceci est également souligné par d'autres études (Tsay et al., 2001 ; Gabert-Quillen et al. 2011).

Facteurs prédictifs post-traumatiques

À une semaine post-traumatique, l'utilisation de coping d'évitement et de coping centrés sur la pensée magique est clairement reliée à un risque augmenté d'ESPT (Tsay et al., 2001).

Ryb et al. (2009) n'ont pas associé un séjour aux soins intensifs avec un risque accru de développer un ESPT. O'Donnell et al. (2010) ont démontré le contraire. Les résultats de leur étude randomisée établissent, après ajustement des variables, que les patients ont 3,45 fois plus de risque d'avoir un ESPT à 12 mois post-traumatique s'ils ont été admis aux soins intensifs après leur accident.

La gravité subjective est clairement reliée à un ESPT à six semaines et trois mois post-traumatiques dans l'étude de Gaber-Quillen et al. (2011). Même après l'ajustement des autres variables, ce résultat est stable à trois mois post-traumatiques. À six semaines, une dissociation péritraumatique élevée doit être associée pour que la gravité des blessures subjectives reste associée à un plus grand risque d'ESPT.

Tsay et al. (2001) soulignent que l'intensité de la douleur a un impact très fort sur l'efficacité de l'adaptation, l'état affectif et les symptômes post-traumatiques dans la première semaine suivant l'accident. Ryb et al. (2009) ainsi que Zatzick et al. (2010) se sont penchés sur les corrélations entre les états de santé physique et psychique dans les suites du traumatisme et l'ESPT. Sur le plan physique, les patients ont, de manière significative, à 6 et 12 mois post-traumatiques, une mobilité plus limitée, une baisse de la vitalité et des douleurs persistantes. Au niveau de la santé mentale, les patients ont de mauvais résultats émotionnels, comportementaux et cognitifs (96% à 6 mois et 99% à 12 mois).

Dans leur recherche, Ozer et al. (2003) identifient que si le soutien social est perçu à un bas niveau par le patient suite à l'événement, des niveaux plus élevés de symptômes ou de diagnostic d'ESPT se présentent alors.

Les personnes n'ayant pas retrouvé un emploi à six mois post-traumatiques n'ont pas plus de risque de développer un ESPT (Ryb et al., 2009). Par contre, à douze mois post-traumatiques, le fait de travailler à temps partiel ou d'être sans emploi est associé positivement à un risque d'ESPT.

4.3.2.2 Facteurs protecteurs de l'ESPT

Être âgé de moins de 30 ans, être responsable de l'accident et subir des lésions cérébrales sont des facteurs de risque significativement susceptibles de prévenir le développement d'un ESPT six mois après un accident de la circulation (Ryb et al. 2009). Zatzick et al. (2010) corroborent ces résultats. En effet, dans leur recherche avoir un TCC modéré et sévère diminue significativement les symptômes de l'ESPT. Ozer et al. (2003) observent que les personnes jouissant d'un soutien social élevé ont moins de risque de développer un ESPT sur le long terme.

4.3.2.3 Facteurs sans association à l'ESPT

Les caractéristiques en lien avec l'accident comme la position des occupants, la vitesse, le fait d'être entré en collision avec une voiture ou un autre objet (mur, arbre...), l'implication d'alcool ou d'autres substances sont des facteurs sans associations significatives avec l'ESPT dans l'étude de Ryb et al. (2009). De même leur enquête n'associe pas les caractéristiques démographiques comme l'état civil, le niveau d'éducation, le revenu du patient ou le fait qu'il se retrouve sans emploi dans les suites immédiates de l'accident avec l'ESPT. Le rythme cardiaque à l'admission, un séjour aux soins intensifs et des journées de ventilation mécanique ne sont pas non plus reliés à l'ESPT à six mois ou à douze mois post-traumatiques (Ryb et al., 2009). Trois études s'accordent pour dire que la gravité des blessures n'est pas associée à un risque accru d'ESPT (Tsay et al., 2001 ; Gabert-Quillen et al., 2011 ; Ryb et al., 2009). Bien qu'un TCC plus grave soit un facteur protecteur, un score à l'échelle de Glasgow¹¹ plus bas n'est pas associé à un risque diminué ou augmenté d'ESPT (Zatzick et al. 2010, Ryb et al., 2009). Les résultats de Tsay et al. (2001) indiquent que, malgré son effet « amortisseur », le soutien social ne contribue pas à de meilleurs affects ou à une meilleure efficacité d'adaptation. De ce fait, dans cette étude, le soutien social n'a montré aucune association positive ou négative avec l'ESPT.

En annexe, le tableau 4¹² illustre et résume les différents facteurs de risques prédictifs, protecteurs ou sans association avec l'ESPT.

4.3.3 Instruments de dépistage utilisables en chirurgie orthopédique

Des instruments de dépistage courts et simples permettant d'identifier lors de l'hospitalisation quels sont les patients ayant un risque élevé de développer un ESPT ultérieurement sont nécessaires (Hansen et al., 2010 ; O'Donnell et al., 2008). De tels instruments semblent manquer dans la pratique et la majorité des personnes développant ce trouble ne sont alors pas identifiées ou traitées (O'Donnell et al., 2008). Deux outils

¹¹ **L'échelle de Glasgow (GCS)** : Il s'agit d'une échelle de surveillance d'indiquant l'état de conscience d'une personne. Son score est obtenu entre 3 et 15, 3 étant le pire, et 15 le meilleur. Il est composé de trois paramètres: la meilleure réponse oculaire, la meilleure réponse verbale et la meilleure réponse motrice (Surgical Critical Care, 2011).

¹² Tableau 4, en annexe E : Synthèse des facteurs reliés à l'ESPT chez une personne accidentée de la route.

d'évaluation distincts, basés sur des éléments théoriques et l'expérience pratique ont été développés et validés dans nos résultats : les échelles PTSD-8 et PAS¹³.

4.3.3.1 L'échelle PTSD-8

Hansen et al. (2010) ont créé l'échelle PTSD-8 ; *Post-Traumatic Stress Disorder 8 points*. Cet outil permet d'évaluer le risque prédictif de l'ESPT, basé sur huit critères diagnostics dérivant du DSM-IV. Cet outil a démontré de bonnes propriétés psychométriques sur trois échantillons indépendants de victimes de traumatisme, dont le 1^{er} était constitué de 1710 accidentés (90% de la route) (les deux autres échantillons sont des victimes de viol et de catastrophe). Une grande fiabilité et validité sont obtenues pour la PTSD-8. Sa meilleure performance globale pour les critères d'ESPT chez les trois populations traumatisées a été obtenue en utilisant un seuil minimal d'au moins un critère de chacun des trois symptômes, avec un score égal ou supérieur à trois. Cette combinaison classe 33% des patients accidentés de la route comme ayant un risque prédictif à l'ESPT, ce qui ressemble de près aux normes de la littérature.

4.3.3.2 L'échelle PAS

La PAS – *Posttraumatic Adjustment Scale* – a été développée par O'Donnell et al. (2008). Cet outil a le potentiel d'être utilisé comme un instrument de dépistage de l'ESPT (PAS-P) suite à des blessures traumatiques. De plus, il permet d'identifier le risque de dépression majeure (PAS-D), souvent rattaché à l'ESPT. Ce modèle, testé sur un échantillon de 537 personnes hospitalisées dans un service de traumatologie, dont 62% étaient des accidentés de la circulation, est validé par de fortes statistiques d'ajustement. En effet, la PAS-P prédit de manière significative l'ESPT avec une sensibilité et spécificité maximales obtenues par un score minimal de seize points, donnant une sensibilité de 81%, une spécificité de 84%, une valeur prédictive positive de 27% et une valeur prédictive négative de 97,5%. La PAS-D a également démontré sa fiabilité. Un score minimal de quatre résulte en une sensibilité de 70% et une spécificité de 75% pour le risque de dépression. Un des grands avantages de la PAS est qu'elle n'est pas affectée par le temps. Elle reste significative quel que soit le moment où son évaluation est effectuée.

¹³ Les échelles PTSD-8 et PAS figurent en annexe F, pp.65-66.

5 Discussion

Ce chapitre présente tout d'abord une synthèse de la qualité des recherches utilisées pour cette revue de littérature étoffée à travers un regard critique sur les apprentissages méthodologiques. Les résultats sont ensuite discutés en lien avec la problématique et les concepts qui lui sont rattachés afin de répondre à la question de recherche. Finalement, les recommandations pour la pratique, les perspectives futures de recherches ainsi que les limites de ce travail sont exposées.

5.1 Analyse et critique des recherches sélectionnées

Cette revue de littérature étoffée offre une interprétation des données permettant de mettre en lumière les connaissances, moyens et outils à disposition de l'infirmière afin de dépister le risque d'ESPT chez le patient accidenté de la route dans les soins aigus. Au total, dix-neuf études ont été sélectionnées à partir des différentes stratégies de recherche. Après analyse, cinq études se sont révélées inadaptées et ont été retirées. En annexe, un diagramme de présentation des recherches¹⁴ représente la démarche entreprise afin de récolter ces études et un tableau explique les raisons d'exclusion de ces cinq articles¹⁵. Un autre tableau de synthèse¹⁶, en annexe, récapitule les quinze recherches répondant aux critères d'inclusion, de fiabilité et de validité.

En considérant les quinze études analysées, on remarque que six d'entre elles ont un devis descriptif corrélationnel, c'est-à-dire à la fois qualitatif et quantitatif. Sept recherches ont utilisé un devis expérimental post-test avec groupe de contrôle (dont six longitudinales et une transversale), permettant des comparaisons de résultats et de fiabilité. Parmi celles-ci, une seule présente un devis qualitatif. Il s'agit de l'étude de Tan et al. (2008), menée à Singapour, dont le cadre de vie de ses habitants est différent du nôtre et pour lesquels le simple fait de posséder un véhicule est un luxe. Néanmoins, cette étude a été dirigée par une experte infirmière australienne, ayant abouti à des résultats très instructifs. La dernière étude, une méta-analyse réalisée par Ozer et al.

¹⁴ Annexe D : diagramme de présentation des données.

¹⁵ Annexe J : tableau explicatif des cinq articles exclus de la revue de littérature étoffée.

¹⁶ Annexe L : tableau de synthèse récapitulatif des quinze études retenues.

(2003) a été retenue, malgré sa date de publication n'entrant pas dans nos critères. En effet, cette recherche est une référence citée dans un grand nombre d'écrits, c'est pourquoi sa pertinence a été jugée utile à ce travail.

Toutes les études sélectionnées respectent une structure de qualité (introduction, méthode, résultats, discussion), contiennent des outils valides et expliquent les moyens de contrôle des résultats. La plupart des chercheurs sont issus des sciences médicales, principalement des domaines de la psychologie et de la psychiatrie. De plus, trois auteurs proviennent des sciences infirmières (Gustafsson et al., 2006 ; Tan et al., 2000 ; Tsay et al., 2001) et ces facteurs apportent une certaine authenticité à leurs résultats.

La démarche la plus fréquemment utilisée dans les recherches consistait à répondre à des questionnaires ou à subir une évaluation clinique ainsi que fournir des renseignements démographiques.

La largeur d'échantillon de la plupart des recherches utilisées constitue un de leurs points forts. Dans ces échantillons, 54% à 100% des personnes traumatisées ont été victimes d'un accident de la route. Onze de ces études sont effectuées avec plus de 112 participants, allant même jusqu'à 3047 dans l'étude de Zatzick et al. (2010). Nous pouvons donc en déduire que leurs résultats sont représentatifs. Trois études comportent une population relativement faible (93, 66 et 6). Cependant, Tan et al. (2008) justifient que six participants suffisent à atteindre la saturation des données en recherche qualitative. Il est à souligner que toutes les études ont été publiées entre 2001 et 2011, parmi lesquelles treize l'ont été ces cinq dernières années. Il s'agit de résultats récents, démontrant l'actualité et la pertinence de cette problématique.

Deux tiers des écrits sont issus des continents nord-américain et océanien et moins d'un tiers d'entre eux proviennent du continent européen¹⁷, pouvant constituer une limite pour ce travail. En effet, certains écrits européens (suisse et norvégiens) placent la prévalence d'ESPT chez les accidentés de la route entre 4% et 5% lors des premiers jours post-traumatiques, contrairement aux études américaines et australiennes où cette prévalence varie de 8% à 46% (Schnyder, Morgeli, Nigg et al., 2000 ; Quale, Schanke, Frosli & Roise, 2009 ; O'Donnell et al., 2008 ; O'Donnell et al., 2010 ; Ryb et al., 2009). Ces divergences peuvent provenir d'éléments culturels ou de différences dans les méthodes d'évaluation de l'ESPT. En effet, Ozer et al. (2003) ainsi que Ryb et al.

¹⁷ Annexe K : tableau de classification des articles retenus par pays.

(2009) spécifient que la prévalence à l'ESPT peut être augmentée si le patient bénéficie d'une évaluation clinique (versus auto-évaluation). L'interprétation de ces données peut donc largement varier selon la manière dont on les observe.

Un point fort de cette revue réside dans l'obtention, pour douze de ces recherches, du consentement éclairé de leurs participants, dont six par écrit, avant que toute intervention ne soit menée. L'étude de Tan et al. (2008) est la seule à spécifier que l'anonymat et la confidentialité des résultats sont assurés. Huit recherches ont été approuvées par des comités éthiques et trois études par des conseils institutionnels. Les études de Pruitt et al. (2008), Hansen et al. (2010) et Ryb et al. (2009) ne spécifient aucune indication concernant le consentement de leurs participants. De plus, ces deux dernières études ne considèrent nullement le point de vue éthique. Etant donné que les participants à l'étude de Ryb et al. (2009) n'ont pas tous répondu aux entretiens à six et douze mois post-traumatiques, nous supposons que leur consentement leur a été demandé. De même, l'étude d'Hansen et al. (2010) a invité ses participants en leur envoyant le questionnaire ; ils étaient donc libres d'y participer, ce que 74% d'entre eux ont accepté.

5.2 Discussion des résultats

En vue de répondre à la question de recherche, les trois thématiques émergent des résultats sont ici discutées et mises en lien avec les fondements théoriques de l'ESPT, du modèle transactionnel du stress et du jugement clinique infirmier. Afin d'optimiser la compréhension des lecteurs, la question de recherche est rappelée :

« Quelles connaissances, quels moyens et quels outils à disposition de l'infirmière permettent l'évaluation du risque d'un état de stress post-traumatique chez un patient accidenté de la route, dans un service de chirurgie orthopédique ? »

5.2.1 Expérience de l'accident de la circulation

Les résultats font ressortir de manière significative le choc ressenti par les victimes suite à un accident de la circulation. L'étude de Tan et al. (2008) reprend les explications de Jeavons et Greenwood (2000) stipulant que l'environnement familial des victimes se rompt, engendrant de la colère, souffrance, crainte pour la vie, ce qui rend alors plus vulnérables dans les suites immédiates de l'accident. Cette notion de terreur ainsi que le

vécu d'une menace de mort constituent le critère diagnostic¹⁸ nécessaire à l'évocation de l'ESPT. De plus, la vulnérabilité est un élément important dans le processus d'adaptation au stress, diminuant les capacités de la personne à contrôler la situation (Lazarus & Folkman, 1984). Il semble alors peu surprenant qu'un tiers des patients expriment une détresse émotionnelle dans les premiers jours post-traumatiques selon Gustafsson et Ahlström (2006) ainsi que Pruitt et Zoellner (2008) et Tsay et al. (2001). L'infirmière en soins aigus devrait alors prendre en compte ces symptômes afin d'optimiser sa prise en charge.

La menace perçue lors de l'accident peut être intensifiée par l'ambiguïté qui entoure l'événement et le sens qu'en donne la personne (Lazarus & Folkman, 1984). Il peut être intéressant de constater que les principales préoccupations des patients diffèrent lors des suites immédiates de l'accident et le long terme post-traumatique. Ainsi, le domaine de la santé physique est la principale source de préoccupation des patients en soins aigus. Une attention particulière devrait alors être consacrée à tout ce qui englobe ce domaine (douleurs, blessures, auto-gestion des soins). En effet, des préoccupations sévères sont significativement corrélées à l'ESPT (Zatzick et al., 2007). Afin de les déterminer, les auteurs proposent le développement de stratégies d'évaluation centrées sur le patient. De cette façon, les patients deviennent plus enclins à révéler leurs préoccupations post-traumatiques les plus pressantes. Par ailleurs, un modèle clinique basé sur des preuves et centré sur la relation soignant-soigné permettrait d'améliorer l'élaboration des premières interventions. La sensibilité du soignant face aux préoccupations immédiates du patient est susceptible de renforcer cette relation et répondrait aux attentes de soutien et d'orientation du patient (Zatzick et al., 2007 ; Tan et al., 2008).

Dans cette perspective, l'étude de Malcoun et al. (2010) permet de déterminer quels patients sont plus ouverts à participer à une intervention psychologique précoce et aussi pour quelles raisons. Ces informations ne sont pas en lien direct avec notre question de recherche, mais représentent un intérêt utile à la pratique. Etant conscient du fait que les personnes accidentées sont pour la plupart moins ouvertes à l'aide psychologique devrait ainsi amener le professionnel à investiguer le risque potentiel d'ESPT.

Ces résultats mettent en évidence l'importance de la communication thérapeutique et des relations soignant-soigné. Le dépistage des patients sujet au risque de souffrir d'un

¹⁸ Selon le DSM-IV, l'exposition à un événement traumatique se réfère au critère A du diagnostic de l'ESPT. Se référer au tableau des critères diagnostiques de l'ESPT, pp.16-17.

ESPT passe par des soins individualisés, la reconnaissance de la vulnérabilité du patient et la compréhension de ses principales sources de préoccupations en soins aigus. L'observation approfondie suivie de questions délicates envers les craintes, les besoins et les attentes du patient font partie du jugement clinique. Elles permettent à l'infirmière d'entrer dans une démarche d'évaluation du risque d'ESPT et ainsi améliorent sa pratique.

5.2.2 Adaptation au traumatisme

Les résultats liés à l'adaptation du traumatisme permettent de prendre conscience à quel point l'expérience traumatique est un processus complexe et individualisé. Tout d'abord, une observation attentive des types de soutien dont bénéficie le patient permet de déterminer les relations suivantes. Si celui-ci est négatif ou, pire, absent, il accroît et le niveau d'affects négatifs du patient directement après l'événement, et la fréquence de ses pensées intrusives. Par contre, il a un impact décroissant sur sa perception subjective de l'événement (Pruitt et Zoellner, 2008). Schutzwhol & Maercker (2000, cité par Pruitt et Zoellner, 2008) soulignent que, lorsque la légitimité de l'expérience d'une personne et de ses actions est rejetée, l'invalidation inhibe les expressions futures et augmente l'excitation émotionnelle. Cette inhibition devient alors susceptible de contribuer à l'élaboration et au maintien de la psychopathologie. Une adaptation efficace est prédictive, entre autres lorsque le patient est satisfait de son soutien social, facilitant ainsi ses efforts d'adaptation face aux éléments stressants liés à la situation (Ozer et al., 2003 ; Tsay et al., 2001 ; Lazarus & Folkman, 1984). Cependant, plusieurs recherches montrent qu'un soutien social positif n'a pas une forte contribution sur la façon dont la personne réagit face au stress (Pruitt et Zoellner, 2008 ; Ozer et al., 2003 ; Tsay et al., 2001).

L'efficacité d'adaptation est influencée notamment par les ressources et croyances de la personne (Lazarus & Folkman, 1984). En effet, un sentiment de contrôle de la situation peut changer le sens associé au traumatisme et favoriser l'adaptation du patient à la récupération post-traumatique (Cieslack, Benight & Caden Lehman, 2008 ; Gustafsson & Ahlström, 2006 ; Tsay et al., 2001). Comme le mentionnent Lazarus et Folkman (1984), les individus utilisent en général presque tous les types de coping qu'ils connaissent afin de faire face à des situations stressantes. Les résultats démontrent qu'un nombre considérable de stratégies de coping sont utilisées par les accidentés de la

route, et ce de manière plus intensifiée lorsque ceux-ci sont en détresse émotionnelle. En effet, cet état augmente du fait que l'usage accentué de stratégies de coping centrées sur l'émotion rend leur adaptation nettement moins efficace (Tsay et al., 2001 ; Gustafsson & Ahlström al., 2006, Gabert-Quillen et al., 2011). Selon Lazarus et Folkman (1984) un modèle régulateur de coping a un effet sur les résultats seulement dans la mesure où le coping est centré sur le problème, ce qui permet de réduire les effets négatifs du stress. Ceci surtout lorsque les niveaux de stress sont jugés élevés. Ces éléments démontrent la nécessité de dépister le besoin de soutien afin de leur permettre de réévaluer la situation. Par exemple, Tsay et al. (2001) expliquent qu'en agissant sur la douleur (principal facteur de stress affectant l'évaluation de la situation), le patient, plus confortable, peut alors réévaluer la situation comme moins stressante et entreprendre des actions directes pour résoudre le problème. Lazarus & Fokman (1984) soulignent l'importance d'identifier les stratégies de coping utilisées par les individus afin de déterminer la manière dont ils s'adaptent. Les coping d'évitement expliquent 30% des symptômes d'ESPT et, celui de la pensée magique, 3,4% (Tsay et al., 2001). La capacité de dépister le type de stratégies d'adaptation utilisées par le patient semble alors faire partie intégrante du processus de reconnaissance du risque d'ESPT. En effet, selon Gustafsson & Ahlström (2006), la connaissance et l'observation des sept stratégies les plus fréquemment utilisées par les patients avec détresse émotionnelle peut aider l'infirmière à identifier leur besoin de supports psychologiques. Ces sept stratégies sont : « *espérer l'amélioration* », « *diminuer la tension avec une activité physique* », « *essayer de sortir le problème de sa tête* », « *s'inquiéter* », « *s'isoler* », « *devenir nerveux* » ou « *s'énerver* ». Certaines stratégies, telles que celles centrées sur le problème ou alors les deux stratégies utilisées le plus fréquemment par les patients sans détresse émotionnelle (« *accepter la situation telle qu'elle est* » et « *penser qu'il n'y a pas à s'inquiéter, que la situation va se résoudre d'elle-même* ») peuvent permettre à l'infirmière d'identifier les patients susceptibles de s'adapter efficacement au traumatisme.

Ce dépistage découle de l'évaluation personnelle du traumatisme causé au patient, de ses choix de coping et de son expérience du problème (Tsay et al., 2001 ; Gustafsson & Ahlström, 2006). En connaissance de cause, l'infirmière devrait alors être apte à poser un jugement clinique de qualité.

5.2.3 Dépistage du risque d'un ESPT

Ozer et al. (2003) indiquent que moins du 20% des réponses au stress peuvent être expliquées par des facteurs prédictifs. Encore une fois, le caractère individuel et complexe de l'évaluation et de l'adaptation de l'individu à l'accident est souligné. Pourtant, comprendre qui souffre ou non d'un ESPT suite à un événement traumatique n'est pas un phénomène purement aléatoire (Ozer et al., 2003). Des caractéristiques systématiques et relativement homogènes ont émergé dans nos résultats. Leur identification précoce peut aider à cibler de manière efficace les ressources d'interventions ultérieures (Gabert-Quillen et al., 2011).

A ce stade, il devient nécessaire de revenir sur certains résultats relevant le caractère paradoxal de certains facteurs prédictifs. En premier lieu, la fréquence cardiaque est jugée prédictive lorsqu'elle est supérieure à huitante-quatre battements par minute (Coronas et al., 2010) mais n'est pas reliée à l'ESPT par Ryb et al. (2009). Le premier de ces auteurs fait mention du rythme cardiaque pris sur le lieu de l'accident, contrairement au second dont l'acte est effectué dans le service des urgences, lieu dans lequel le blessé a pu recevoir des médicaments pouvant modifier ses paramètres vitaux. La fréquence cardiaque paraît, de ce point de vue, importante à considérer. Elle peut refléter une première réponse au conditionnement de la peur, résultant d'une hyperactivité neurovégétative, un symptôme de l'ESPT (Coronas et al., 2010). La détermination systématique des paramètres biologiques chez les accidentés de la route pourrait aider à évaluer les risques d'ESPT chez les personnes vulnérables (Coronas et al., 2010).

Lazarus et Folkman (1984) observent que les réactions subjectives de l'événement stressant ne correspondent pas nécessairement au degré de menace réel. En effet, il peut être constaté que les blessures perçues ont un rapport significatif avec l'ESPT. Selon Gabert-Quillen et al. (2011), le dépistage précoce du risque d'ESPT devrait inclure une évaluation subjective de l'événement traumatique. Cependant, la gravité des blessures est aussi un facteur de risque d'ESPT tardif, reliée à la persistance de dommages physiques (Coronas et al., 2010 ; Ryb et al., 2009). Dans ce sens, il semble primordial que l'infirmière redouble son attention envers les patients gravement blessés, susceptibles de ne pas retrouver leurs capacités fonctionnelles et/ou de souffrir de douleurs prolongées ou chroniques.

Constant (2003) relate la réticence des patients à évoquer leur traumatisme. En effet, Bühlmann (2009) souligne qu'après un accident, les personnes peuvent se sentir embarrassées et vulnérables. Par un comportement sollicitant, il devient plus aisé pour le soignant de récolter les informations nécessaires à l'évaluation de la situation, comme par exemple la présence d'antécédents psychiatriques ou de traumatismes qui sont clairement reliés au risque d'ESPT (Bühlmann, 2009, Ryb et al., 2009 ; Ozer et al., 2003). Si le fait de parler est difficile pour le patient, son entourage peut aussi être sollicité afin de recueillir ces informations. Le jugement clinique infirmier va permettre de diagnostiquer ou de supposer des difficultés psychologiques, ceci grâce à une observation fine et attentionnée (Bühlmann, 2003).

Il est important pour la pratique infirmière de savoir que les taux de prévalence d'ESPT touchant cette population sont entre 8% et 46% (O'Donnell et al., 2008 ; O'Donnell et al., 2010 ; Ryb et al., 2009). Il est aussi nécessaire de comprendre que certains facteurs sont associés à la forme aiguë de l'ESPT et que d'autres influencent son évolution vers la chronicité. En effet, Ryb et al. (2009) démontrent que le fait d'être une femme et d'avoir des antécédents de dépression sont des facteurs prédictifs disparaissant à 12 mois, contrairement aux antécédents d'agression ou à la survenue d'un décès lors de l'accident. Ces éléments soulignent la fluidité des symptômes et le besoin de surveillance des patients à long terme.

L'ethnie, mais surtout les éléments culturels des patients sont à considérer dans le dépistage du risque d'ESPT. Selon Lazarus et Folkman (1984), « la culture aide à définir ce qui est important, souhaitable, dommageable ou ignoble et comment les émotions doivent être exprimées et gérées par l'individu » (p.258). Pour Fortuna, Porche & Alegria (2009), le contexte culturel du patient devrait être systématiquement considéré. En annexe 1 du DSM-IV (1994), un schéma de formulation culturelle¹⁹ fournit une méthode concise à l'intégration des questions culturelles dans le processus de diagnostic.

¹⁹ Ce schéma de formulation culturelle se concentre sur l'évaluation de 5 éléments chez le patient : 1) l'identité culturelle (acculturation) 2) la définition culturelle de la maladie (croyances) 3) les facteurs culturels reliés au fonctionnement psychosocial (famille, soutien social) 4) les éléments culturels en lien avec la relation soigné-soignant 5) l'impact global de la culture sur le diagnostic et les soins (Fortuna et al., 2009).

Différents outils de dépistage existent. Deux échelles²⁰ ont été spécialement conçues afin de faciliter l'identification précoce des patients à risque d'ESPT en milieux aigus : la PDSD-8 (Hansen et al., 2010) et de la PAS (O'Donnell et al., 2008). Ces outils brefs, rapides et faciles à administrer conviennent à la fois aux soignants et aux patients. Brewin (2005) a réalisé une revue systématique portant sur treize instruments de dépistage des adultes à risque d'ESPT. Il constate que les outils comportant peu d'items, que des échelles de réponse accessibles et des méthodes de notation simples aboutissent à de bons résultats, si ce n'est meilleurs, que les méthodes de mesure plus longues et plus complexes. En effet, de par leur forte puissance prédictive, ces outils permettent de dépister la majorité des patients peu susceptibles de nécessiter l'intervention de spécialistes de la santé mentale, mais aussi les patients nécessitant une surveillance accompagnée d'une évaluation plus complète (Hansen et al., 2010 ; O'Donnell et al., 2008). La PAS permet de dépister, en cours d'hospitalisation, le risque élevé d'ESPT mais aussi celui de dépression majeure, souvent associé. Ces différentes échelles sont donc des outils indispensables. Cependant, ils ne peuvent être utilisés à bon escient sans qu'un jugement clinique adéquat et pertinent n'aie été auparavant réalisé.

« Le jugement clinique combine le savoir théorique d'une infirmière à la connaissance particulière d'une personne soignée » selon Dallaire (2008, p.279). Les quinze recherches utilisées pour cette revue de littérature étoffée ont permis de dégager des facteurs prédictifs, protecteurs ou sans associations significatives à un ESPT chez les accidentés de la route. Ceux-ci sont résumés dans le tableau 4 en annexe. Il est indispensable que les infirmières en soins aigus aient le besoin de comprendre, de connaître et d'inclure l'évaluation de ces facteurs dans leur dépistage de routine. Pour réaliser ce projet, il est nécessaire que l'infirmière connaisse les principaux symptômes et critères diagnostiques de l'ESPT, tels que décrits dans le DSM-IV. L'utilisation d'échelles valides et fiables, spécifiques à cette population et à ce trouble, pourraient être utilisées de façon systématique par l'infirmière prodiguant des soins à un patient accidenté de la route. Elles lui permettraient d'établir un « tri » des patients à risque. Ces connaissances, outils et moyens joints aux savoirs infirmiers peuvent alors rendre l'identification précoce d'un risque d'ESPT solide et ainsi diminuer la probabilité de son développement.

²⁰ Les échelles PDSD-8 et PAS figurent en annexe F, pp.65-66.

5.3 Réponse à la question de recherche

Quelles connaissances, quels moyens et quels outils à disposition de l'infirmière permettent l'évaluation du risque d'un état de stress post-traumatique chez un patient accidenté de la route, dans un service de chirurgie orthopédique ?

Les différents travaux consultés ont permis de documenter le vécu des survivants d'accidents de la circulation dans les suites immédiates du traumatisme, d'identifier les caractéristiques des individus susceptibles de développer un ESPT ainsi que de proposer des outils de dépistage spécifiques. Le portrait des connaissances, moyens et outils à disposition de l'infirmière en soins aigus a pu être dressé, permettant ainsi d'évaluer le risque d'ESPT chez le patient accidenté de la route. De ce fait, une réponse à la question de recherche a pu être donnée.

5.4 Recommandations pour la pratique

Les recommandations exposées dans ce chapitre ne sont ni exhaustives ni absolues. Cependant, ces pistes d'action peuvent permettre d'améliorer la prise en charge infirmière des patients accidentés de la route hospitalisés en chirurgie orthopédique. Selon les résultats émergents de ce travail ainsi que divers auteurs oeuvrant dans le domaine des soins infirmiers (Seng, 2003 ; Valente, 2010 ; Guess, 2006), ajoutés aux *guidelines* australiennes et britanniques du traitement de l'ESPT (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health²¹, 2011 ; National Institute for Clinical Excellence, 2005), le dépistage infirmier de l'ESPT dans cette population se déroule en trois étapes :

1. Il est recommandé aux praticiens d'adopter une position de vigilance dans les suites immédiates d'un traumatisme. En effet, les opportunités de reconnaissance et d'identification de l'ESPT font partie des interventions infirmières (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2011 ; National Institute for Clinical Excellence, 2005). Pour cela, des connaissances infirmières sont indispensables. Ces dernières doivent utiliser un raisonnement clinique pour comparer la présentation du patient avec ce qu'elles savent de la prévalence et de la nature du traumatisme et des réactions post-traumatiques (connaissance des

²¹ Le site Internet du centre australien de la santé mentale post-traumatique contient des éléments très intéressants. Un guide, conçu pour les professionnels de la santé, apporte des éléments concrets pour la pratique infirmière (<http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resources-guidelines.html>).

symptômes de l'ESPT et des facteurs pouvant influencer ce trouble). De cette manière, l'infirmière peut être consciente du risque pour le patient d'avoir une étiologie reliée au traumatisme (Seng, 2003 ; Valente, 2010 ; Guess, 2006).

2. L'infirmière se doit de prendre en compte les éléments culturels du patient, donner des conseils spécifiques aux accidentés de la route, inclure la famille dans les soins et mener un assessment clinique (physique, psychologique et social). De plus, fournir une première aide psychologique au patient peut s'avérer indispensable. Pour ce faire, une observation et une communication avenante sur certains éléments sont essentielles. En effet, l'infirmière doit notamment investiguer : la sévérité de la réaction du patient, ses principales préoccupations, ses stratégies d'adaptation mises en place, ses antécédents traumatiques et psychologiques ainsi que sa perception du soutien social. Cette évaluation requiert l'établissement et le maintien d'une relation de confiance avec le patient (Seng, 2003 ; Valente, 2010 ; Guess, 2006).
3. Si ces deux premières étapes révèlent des connexions, l'infirmière peut alors établir une démarche de soins spécifique à ce risque (Seng, 2003). L'utilisation systématique d'échelles de dépistage aide le professionnel de la santé à le détecter ainsi que les troubles de santé mentale qui lui sont associés. De plus, ces outils permettent à l'infirmière d'identifier les patients ayant besoin d'une évaluation plus poussée, les conduisant à des interventions appropriées et facilitant leur accès à des ressources supplémentaires (Seng, 2003 ; Valente, 2010 ; Guess, 2006). Il existe dans la littérature de nombreux instruments. Nous proposons de retenir la PTSD-8 ainsi que la PAS, deux échelles validées et fiables, spécifiques au dépistage en milieu aigu.

Il paraît essentiel de citer les recommandations de Bühlmann (2009), ayant développé un processus de soin²² centré sur le « clinical assessment » permettant d'évaluer les patients à risque d'ESPT. Selon elle, pour tous les patients, une évaluation systématique basique de l'adaptation à l'accident doit être menée. Suite à cette évaluation, un assessment plus poussé doit être effectué chez les patients plus vulnérables. Celui-ci doit être centré sur : le concept de soi, le traumatisme psychique, la charge psychique, l'entourage social et la sortie de l'hôpital.

²² Annexe G : tableau retraçant le processus de soin de Bühlmann (2009), permettant de soutenir l'adaptation des patients accidentés.

5.5 Besoin de recherches ultérieures

Afin de continuer à développer le thème de l'ESPT chez les accidentés de la circulation, plusieurs propositions de recherches sont abordées.

Premièrement, l'évaluation des retombées du processus de soins infirmiers établi par Bühlmann dans les hôpitaux universitaires de Berne et Zürich sur la pratique infirmière constituerait un certain enrichissement. Mais actuellement, il est encore trop tôt pour avoir un recul sur cette démarche de soins infirmiers.

Deuxièmement, afin de donner suite au thème de ce travail, des recherches traitant des interventions infirmières auprès de patients diagnostiqués comme étant à risque de développer un ESPT pourrait s'avérer utile pour la pratique.

Troisièmement, le soutien social est décrit comme un facteur prédictif de l'ESPT et parfois comme un facteur protecteur permettant la prévention secondaire de ce trouble. Des recherches pourraient alors se concentrer sur le soutien social, afin de mieux comprendre, informer, aider et améliorer les interventions post-traumatiques.

Et quatrièmement, ce travail s'est intéressé aux accidentés de la route. Cependant l'ESPT peut toucher d'autres personnes vulnérables dans les suites d'un traumatisme. Par exemple les victimes de guerre, d'agressions physiques ou sexuelles, ou encore les survivants d'une catastrophe naturelle. Un intérêt particulier pourrait être porté à la comparaison, à l'association ou la séparation des différents types d'interventions à mener, inhérentes à chacune de ces sous-populations au risque de développer un ESPT.

5.6 Limites

Ce travail constitue une première expérience pour l'auteur. Bien que les critères méthodologiques aient été respectés au mieux, cette revue de littérature étoffée est le fruit d'une novice dans le domaine de la recherche. De ce fait, elle peut être soumise à quelques imperfections.

Les recherches récoltées pour cette revue de littérature étoffée sont toutes écrites en anglais. Cette langue n'étant pas celle de l'auteur, des lacunes peuvent avoir limité, voire empêché la saisie de toute la subtilité du vocabulaire utilisé dans ces études.

Conclusion

L'ESPT avait pour but de confronter des écrits scientifiques en lien avec notre problématique, à savoir le dépistage infirmier de l'ESPT chez des accidentés de route en milieu aigu. L'ESPT engendre un degré d'invalidité fonctionnelle notamment par une diminution significative de la qualité de vie et un moins bon fonctionnement psychosocial. En effet, les survivants d'accidents de la route sont soumis au risque de développer ce trouble psychiatrique. De plus, en sachant que les individus les plus concernés par ce type d'accidents sont plus ou moins jeunes, ces risques de perturbations psychiques demandent une attention particulière. Bien que la fluidité des facteurs associés à l'ESPT ainsi que les caractéristiques propres à chaque individu rendent son dépistage complexe, les résultats de cette revue de littérature étoffée ont permis de répondre à la question de recherche. Les recommandations découlant de ces résultats indiquent qu'un dépistage adéquat peut permettre à l'infirmière d'évaluer le risque, en milieu aigu, qu'encourt un patient accidenté de la route de développer un ESPT ultérieur à l'événement. Ce dépistage en question être axé sur un raisonnement clinique incluant des connaissances sur l'ESPT, une communication avec le patient basée sur une relation de confiance ainsi qu'une démarche de soins axée sur ce risque incluant l'utilisation d'échelles valides.

Ce travail est un pas vers l'amélioration de la prise en charge des accidentés de la route, car un dépistage solide permet ensuite des interventions ciblées plus efficaces, visant à atténuer les effets de l'ESPT et de meilleurs résultats de santé.

Conclusion personnelle

Arrivée au terme de cette revue de littérature, il m'est désormais possible d'appréhender, avec un savoir précieux, les enjeux auxquels sont soumis une personne accidentée et les spécificités infirmières qui lui sont liées concernant le dépistage du risque d'un ESPT chez ces patients. Ce travail de Bachelor est une première expérience dans le monde de la recherche. Il m'ouvre les portes de ce vaste domaine permettant d'améliorer mes prestations grâce à des données probantes. J'espère que les éléments dégagés dans ce travail permettront d'induire chez ses lecteurs une réflexion guidant nos pratiques dans le processus de reconnaissance de ce trouble, dont l'impact sur le patient peut être très invalidant.

Bibliographie

Ouvrages

- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-IV-TR)*. Paris : Masson.
- Bühlmann, J. (2009). *Ein Unfall ist passiert, Pflegende unterstützen Unfallverletzte im Bewältigungsprozess*. Zürich : Careum books.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Manuel de diagnostics infirmier*. Paris : Masson.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier, Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Doenges, M. & Moorhouse, M. (2001). *Diagnostics Infirmiers : Interventions et bases rationnelles*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New-York : Springer Publishing Company.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Clinical Guideline 26 : National Collaborating Centre for Mental Health.
- Rey-Debove, J. & Rey, A. (2008). *Le nouveau Petit Robert de la langue française*. Paris : Société Dictionnaires le Robert.

Articles de périodique

- Attal, J. (2009). Etat de stress post-traumatique et état de stress aigu. *La revue du praticien*, 59, 969-972.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of systematic Reviews*, 18, CD003388.
- Blanchard, E., Jones-Alexander, J., Buckley, T. & Forneris, C. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Brewin, C.R. (2005). Systematic review of Screening Instruments for Adults at Risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (1), 53-62.

- Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M.L., Silove, D. & McFarlane, A.C. (2008). A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 69, 293-299.
- Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D. & McFarlane, A. (2010). Sleep Disturbance Immediately Prior to Trauma Predicts Subsequent Psychiatric Disorder. *SLEEP*, 33 (1), 69-74.
- Constant, E. (2003). L'état de stress post-traumatique. *Louvain Medical*, 122, 398-404.
- Coronas, R., Gallardo, O., Suarez, D., Garcia-Pares, G. & Menchon, J.M. (2010). Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder : A prospective study in motor vehicle accident survivors. *European Psychiatry*, 10.1016/j.eurpsy.2010.06.006.
- Fortuna, L.R., Porche, M.V. & Alegria, M. (2009). A Qualitative Study of Clinicians'Use of the Cultural Formulation Model in Assessing Posttraumatic Stress Disorder. *Transcult Psychiatry*, 46 (3), 429-450.
- Fusgang, A.K., Moergeli, H. & Schnyder, U. (2004). Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. *Nordic journal of psychiatry*, 58, 223-9.
- Gabert-Quillen, C.A., Fallon, W. & Delahanty, D.L. (2011). PTSD after Traumatic Injury : An Investigation of the Impact of Injury Severity and Peritraumatic Moderators. *Journal of Health Psychology*, 16 (4), 678-687.
- Gautier, N., Côté, F., Gagnon, J. & Mbourou Azizah, G. (2010). Trouver le bon article à partir d'un exemple. *Perspectives infirmières*, 17-19.
- Guess, K.F. (2006). Posttraumatic Stress Disorder, Early Detection is Key. *The Nurse Practitioner*, 31 (3), 26-34.
- Gustafsson, M. & Ahlström, G. (2006). Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 557-565.
- Hansen, M., Andersen, T.E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S. & Mackrill, T. (2010). PTSD-8 : A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 101-108.
- Hoge, E., Austin, E. & Pollack, M. (2007). Resilience: Research Evidence and Conceptual Considerations for Posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 24, 139-152.
- Malcoun, E., Houry, D., Arndt-Jordan, C., Kearns, M.C., Zimmerman, L., Hammond-Susten, M. & Rothbaum, B. (2010). Feasibility of Identifying Eligible Trauma Patients for Posttraumatic Stress Disorder Intervention. *Western Journal of Emergency Medicine*, 11 (3), 274-278.
- Meyer, C., Dittrich, U., Küster, S., Markgraf, E., Hofmann, G.O. & Strauss B. (2005). Psychoreaktive Störungen nach Verkehrsunfällen. Ist eine Prädiktion der

- Entwicklung psychoreaktiver Störungen nach Verkehrsunfällen möglich ? *Der Unfallchirurg*, 108, 1065-1071.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M.C., Holmes, A.C.N., Ellen, P., McFarlane, A.C., Judson, R., Silove, D. & Bryant, R.A. (2010). Posttraumatic Stress Disorder After Injury : Does Admission to Intensive Care Unit Increase Risk. *The Journal of Trauma : Injury, Infection and Critical Care*, 69 (3), 627-632.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M.C., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A.C.N., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A.C., Silove, D. & Bryant, R.A. (2008). A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 923-932.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults : A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.
- Pruitt, L.D. & Zoellner, L.A. (2008). The impact of social support : an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 253-262
- Quale, A.J., Schanke, A.-K., Froslic, K.F. & Roise, O. (2009). Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients. *Injury, International Journal of Care Injured*, 40, 498-505.
- Quintard, B. (2001). Concepts, Stress, Coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 46-67.
- Rankin, M., Carretta, C. & Jaroszynski, A. (2008). Nursing Care of Posttraumatic Stress Disorder After Anesthesia Awareness. *Plastic Surgical Nursing*, 28, 35-40.
- Roberts, N., Kitchiner, N., Kenardy, J. & Bisson, J. (2009). Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *The American journal of psychiatry*, 166, 293-301.
- Rose S.C., Bisson J., Churchill R. & Wessely S. (2002). Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000560.
- Ryb, G.E., Dischinger, P.C., Read, K.M. & Kufera, J.A. (2009). PTSD after Severe Vehicular Crashes. *Annals of Advances in Automotive Medicine*, 53, 177-193.
- Schnyder, U., Morgeli, H., Nigg, C., Klaghofer, R., Renner, N., Trentz, O. & Buddeberg, C. (2000). Early psychological reactions to life-threatening injuries. *Critical Care Medicine*, 28 (1), 86-92.
- Seng, J.S. (2003). Acknowledgin Posttraumatic Stress Effects on Health. *Clinical Nurse Specialist*, 17 (1), 34-41.
- Tan, K.L., Lim, L.M. & Chiu, L.H. (2008). Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore. *International Council of Nurses*, 55, 110-116.

- Tsay, S.L., Halstead, M.T. & McCrone, S. (2001). Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 74-83.
- Valente, S.M. (2010). Evaluating and Managing Adult PTSD in Primary Care. *The Nurse Practitioner*, 35 (11), 41-47.
- Zatzick, D. F., Russo, J., Rajotte, E., Uehara, E., Roy-Byrne, P., Ghesquire, A., Jurkovich, G. & Rivara, F. (2007). Strengthening the Patient-Provider Relationship in Aftermath of Physical Trauma Through an Understanding of the Nature and Severity of Posttraumatic Concerns. *Psychiatry*, 70 (3), 260-273.
- Zatzick, D.F., Rivara, F.P., Jurkovich, G.J., Hoge, C.W., Wang, J., Fan, M.-Y., Russo, J., Trusz, S.G., Nathens, A. & Mackenzie, E.J. (2010). Multisite Investigation of Traumatic Brain Injuries, Posttraumatic Stress Disorder, and Self-reported Health and Cognitive Impairments. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (12), 1291-1300.

Documents électroniques

- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. (2011). *A brief practitioner guide*. [Page WEB]. Accès : <http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resources-guidelines.html>. [Page consultée le 9 juin 2011].
- Office fédéral de la statistique. (2010). *Accident et impact sur l'environnement. Données, indicateurs*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch>. [Page consultée le 5 avril 2010].
- Organisation mondiale de la santé. (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. [Page WEB]. Accès : http://www.who.int/violence_injury. [Page consultée le 18 avril 2010].
- Centre de ressources en soins infirmiers (2011). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. Phaneuf, M. (2008). [Page WEB]. Accès : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_d_importance.pdf. [Page consultée le 6 juin 2011].
- Surgical Critical Care. (2009). *Injury Severity Scoring*. [Page WEB]. Accès : http://www.surgicalcriticalcare.net/Resources/injury_severity_scoring.pdf. [Page consultée le 23 mai 2011].

Polycopié

- Quinodoz, M.-N. & Lötscher, R. (2010). *Glossaire autour de la démarche de soins infirmiers*. [Polycopié]. Haute école de Santé : Fribourg.

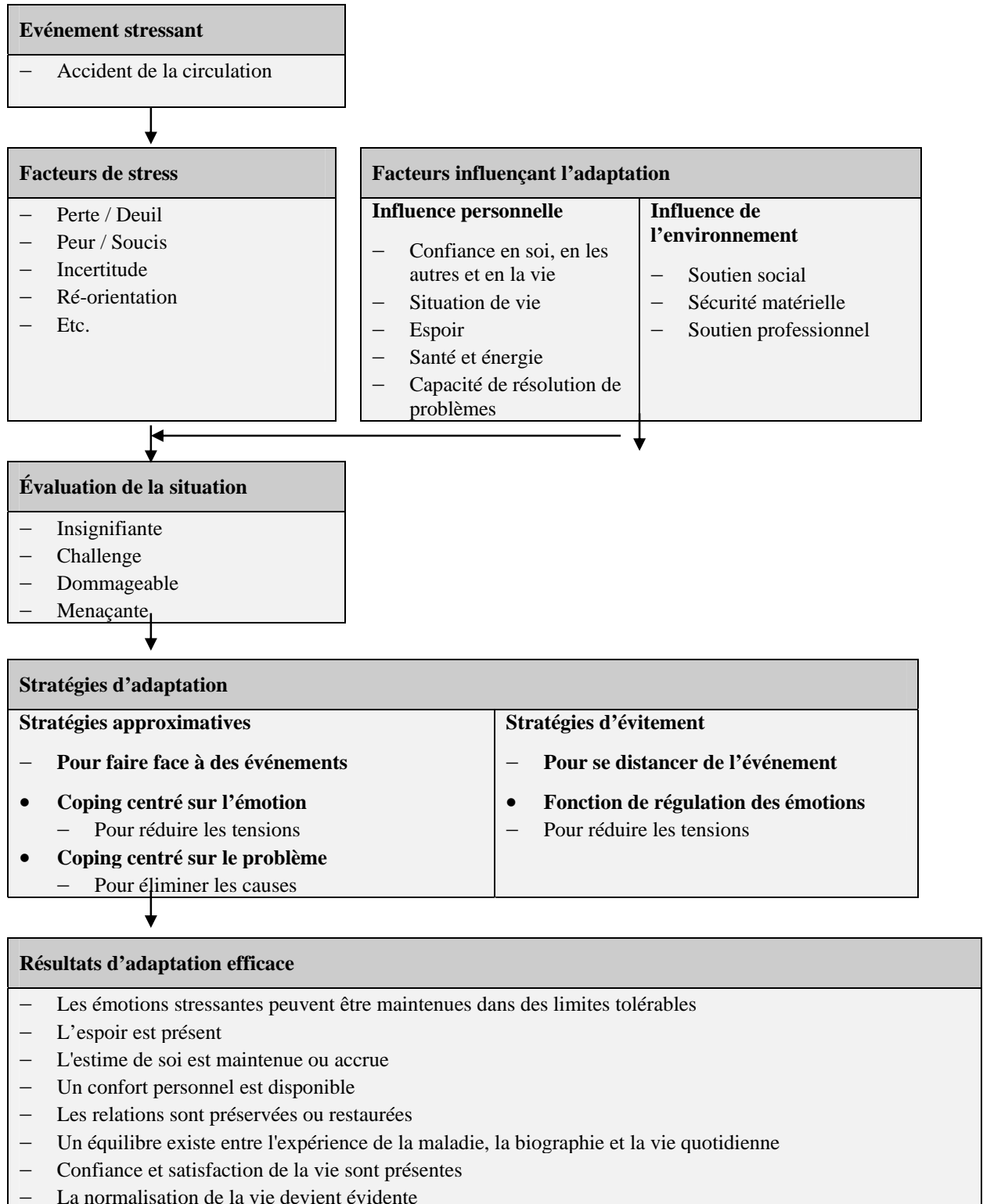
Annexes

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail moi-même, en respectant les règles et normes de l'école. Les références utilisées sont nommées et clairement identifiées selon les directives. »

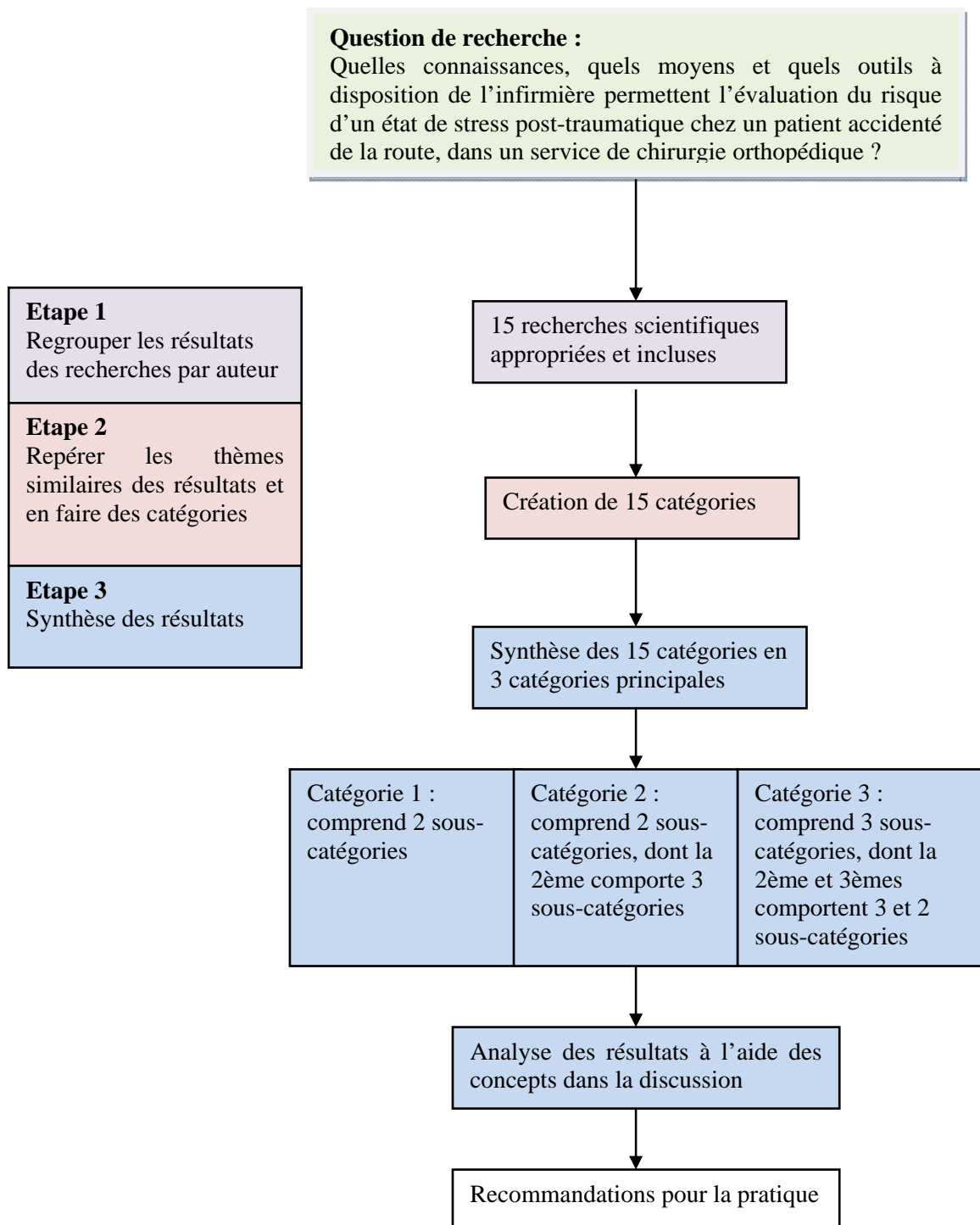
Florie Baumgartner

Annexe B : Schéma du processus d'adaptation après un événement traumatique

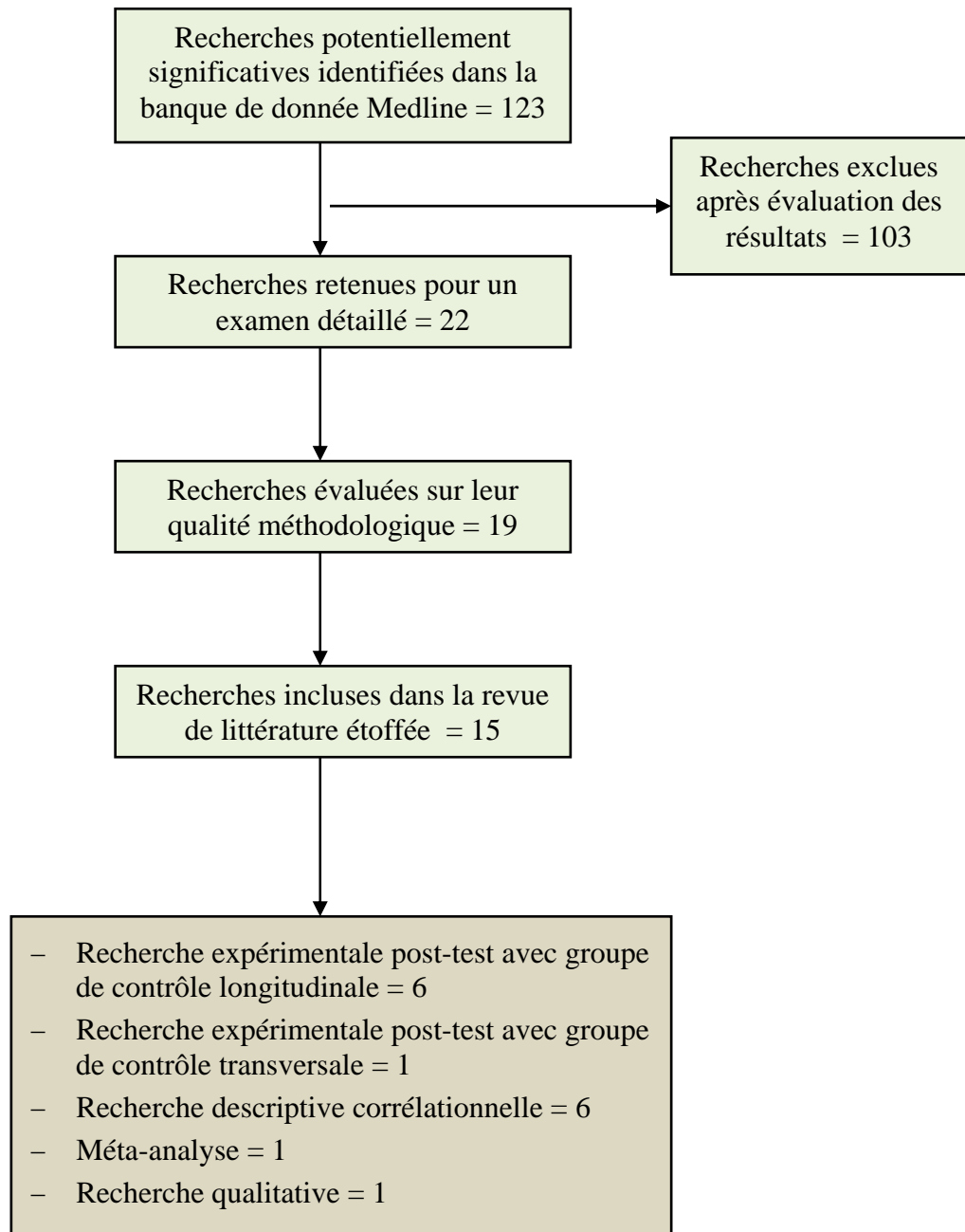


Source : Bühlmann, J. (2009). *Ein Unfall ist passiert, Pflegende unterstützen Unfallverletzte im Bewältigungsprozess*. Zürich : Careum books, p. 28.

Annexe C : Synthèse intégrative des données



Annexe D : Diagramme de présentation des données



Annexe E : Synthèse des facteurs reliés à l'ESPT chez une personne accidentée de la route

Facteurs de risques significativement associés à l'ESPT

Facteurs prétraumatiques :

- + Genre : féminin
- + Ethnie: les non-Caucasiens (afro-américains, asiatiques)
- + Antécédents de dépression et d'anxiété
- + Antécédents traumatiques, surtout d'agressions (physiques ou sexuelles)
- + Problème d'adaptation psychologique
- + Troubles du sommeil, chroniques ou aigus

Facteurs péritraumatiques :

- + Décès dans l'accident, surtout s'il s'agit d'un membre de la famille
- + Blessures : gravité et localisation (faciales, membres inférieurs, lésions de la moelle épinière)
- + Perception de la menace sur la vie durant l'accident
- + Dissociation péritraumatique moyenne à élevée
- + Détresse péritraumatique intensément négative
- + Nombre de préoccupations « graves » immédiates
- + Fréquence cardiaque sur le lieu de l'accident (supérieure à 84 battements/minute)

Facteurs post-traumatiques :

- + Utilisation de coping d'évitement et de coping centré sur la pensée magique
- + Mauvais état de santé physique et psychique
- + Gravité des blessures subjectives
- + Perception d'un bas niveau de soutien social
- + Admission aux soins intensifs
- + Rester sans emploi ou ne pas retravailler à temps plein

Facteurs protecteurs du risque d'ESPT

- + Etre âgé de moins de 30 ans
- + Etre responsable de l'accident
- + Avoir un TCC modéré ou sévère
- + Percevoir un soutien social élevé

Facteurs sans associations avec le risque d'ESPT

- + Caractéristiques liées à l'accident : position des occupants, vitesse, collision contre une voiture ou un autre objet, implication d'alcool ou d'autres substances
- + Caractéristiques démographiques : état civil, éducation, revenu, emploi
- + Caractéristiques liées au traumatisme : séjour aux soins intensifs, journées de ventilation mécanique, gravité des blessures, score du Glasgow
- + Soutien social

Tableau 4 : Synthèse des facteurs reliés à l'ESPT chez une personne accidentée de la route

Annexe F : Instruments de dépistage en soins aigus du risque d'ESPT

PTSD-8

Voici des symptômes que les gens rencontrent parfois après avoir expérimenté, été témoin ou été confronté à un événement traumatique. S'il vous plaît lisez-les attentivement et répondez avec un X en fonction de la manière dont les symptômes vous dérangent depuis le traumatisme (un X par question).

	Pas du tout	Rarement	Parfois	La plupart du temps
1. Pensées ou souvenirs récurrents de l'événement				
2. Sensation que l'événement se reproduit à nouveau				
3. Cauchemars récurrents à propos de l'événement				
4. Réactions émotionnelles ou physiques soudaines au rappel de l'événement				
5. Evitement d'activités qui vous rappellent l'événement				
6. Evitement de pensées ou sensations associées à l'événement				
7. Se sentir nerveux, facilement effrayé, alarmé				
8. Etre sur ses gardes				

Note : Pour diagnostiquer l'état de stress post-traumatique grâce à l'utilisation de l'échelle PTSD-8, les critères suivants du DSM-IV doivent être atteints : L'événement doit impliquer la mort ou la menace de mort, des blessures graves ou une menace pour son intégrité physique ou celle des autres (A1) et le vécu d'une peur, impuissance ou horreur intense (A2). Les symptômes doivent être présents pendant au moins 1 mois après le traumatisme (E) et causer une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, occupationnel, ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement (F).

Correction des scores de la PTSD-8 :

Critères d'intrusion	Critères d'évitement	Critères d'hypervigilance
1. 2. 3. 4.	5. 6.	7. 8.
Pour rencontrer les critères d'intrusion : Au moins un critère avec un score > ou = à 3 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pour rencontrer les critères d'évitement : Au moins un critère avec un score > ou = à 3 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pour rencontrer les critères d'hypervigilance : Au moins un critère avec un score > ou = à 3 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Note : Les critères pour les 3 catégories de symptômes doivent être remplis.

Source : Hansen, M., Andersen, T.E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S. & Mackrill, T. (2010). PTSD-8 : A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, pp. 106-107.

Posttraumatic Adjustment Screen (PAS) :

Ce questionnaire vous pose des questions qui se rapportent à des facteurs ayant eu lieu avant, pendant ou après l'événement qui a causé vos blessures. Entourez la réponse qui décrit le mieux la façon dont vous approuvez les énoncés suivants.

Questions	Pas du tout	Dans une faible mesure	Dans une mesure modérée	Dans une large mesure	Totalement
1. *J'ai eu besoin d'aide professionnelle pour faire face à des problèmes émotionnels dans le passé.	0	1	2	3	4
2. *Des événements traumatiques ont eu un impact négatif sur ma vie dans le passé (agressions, abus sexuels, mission de combat, catastrophes naturelles, témoin d'événements traumatiques).	0	1	2	3	4
3. Dans le passé, j'ai pu parler de mes pensées et sentiments avec les membres de ma famille ou mes amis.	4	3	2	1	0
4. *Dans le passé, j'ai été satisfait de l'appui que j'ai eu de mes amis et ma famille.	4	3	2	1	0
5. Au moment de l'événement, je me sentais terrifié, impuissant ou horrifié.	0	1	2	3	4
6. Pendant l'événement, j'ai pensé que j'allais mourir.	0	1	2	3	4
7. *Je me suis senti irritable ou en colère depuis l'événement.	0	1	2	3	4
8. *J'ai trouvé difficile de se concentrer sur ce que je faisais ou sur les choses qui se passent autour de moi depuis l'événement.	0	1	2	3	4
9. Je suis persuadé que je peux composer avec les facteurs de stress financiers qui peuvent survenir à la suite de ce traumatisme.	4	3	2	1	0
10. Je peux accepter ce qui m'est arrivé.	4	3	2	1	0

Note : Additionner tous les articles pour calculer le score de stress post-traumatique sur l'échelle PAS. Additionner les articles marqués d'un * pour calculer le score de dépression sur l'échelle PAS.

Source : O'Donnell, M.L., Creamer, M.C., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A.C.N., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A.C., Silove, D. & Bryant, R.A. (2008). A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), p. 929.

Annexe G : Processus de soin infirmier – Soutenir l’adaptation des patients accidentés

Démarche dans le processus de soins	Evaluation basique de l’adaptation de l’accident	Assessment centré sur				
		Le concept de soi/ l’environnement social	Trauma psychique	Charge psychique	L’entourage proche	Sortie de l’hôpital vers la maison
1. Mener l’évaluation (assessment) de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Etat de santé en général • Problème primaires, la demande (préoccupation), les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • La personnalité • Les ressources personnelles • Biographie • Le projet de vie • La situation de vie • Les facteurs environnementaux qui influencent 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptôme éventuel d’un syndrome de stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Origines de la charge • Conséquences de la charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Conséquences de l’accident sur les proches • Besoins des proches 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier la préparation et les besoins de formation
2. Poser le diagnostic infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur 		<ul style="list-style-type: none"> • Risque d’un syndrome posttraumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété/peur • Ruminations • Désespoir • Perturbation de l’image corporelle • Impuissance • Être dépassé • Incertitude • Assimiler/travailler un événement choquant • Désarroi 	<ul style="list-style-type: none"> • Entourage choqué 	

3. Etablir les résultats de soins désirés	<ul style="list-style-type: none"> • Que le bien-être soit aussi grand que possible 	<ul style="list-style-type: none"> • La capacité d'adaptation est renforcée 	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de guérison après le trauma psychique est influencé de manière favorable 	<ul style="list-style-type: none"> • La charge psychique est réduite • La douleur psychique peut être supportée 	<ul style="list-style-type: none"> • Les proches se sentent soutenus 	<ul style="list-style-type: none"> • Le passage vers la maison fonctionne sans problèmes
4. Planifier et mener les interventions de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir, promouvoir le bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité d'adaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le travail de l'expérience du trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le choc psychique • Accompagner dans la douleur psychique 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les proches 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer la transition vers la maison
5. Evaluer les résultats de soins	Par exemple, évaluation continue, poursuivre la démarche de soins.					

Tableau 5 : Processus de soins infirmier - soutenir l'adaptation des patients accidentés

Source : Bühlmann, J. (2009). Ein Unfall ist passiert, Pflegende unterstützen Unfallverletzte im Bewältigungsprozess. Zürich : Careum books, p.119.

Annexe H : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe I : Grille de synthèse pour l'analyse des articles

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Bibliographie / Pays					
Introduction					
Objectifs / Hypothèses					
Recension des écrits					
Cadre théorique ou conceptuel					
Méthodes					
Devis de recherche					
Population et contexte					
Méthodes					
Rigueur					
Résultats					
Traitement des données					
Discussion					
Intégration de la théorie et des concepts					
Perspectives					
Aspect général					
Remarques/ liens					

Annexe J : Articles exclus de la revue de littérature étoffée.

Auteurs	Titre de la recherche	Raison de l'exclusion
Foruna, L.R., Porche, M.V. & Alegria, M. (2009).	A qualitative Study of Clinicians' Use of the Cultural Formulation Model in Assessing Posttraumatic Stress Disorder	Étude examinant le processus diagnostique et de l'évaluation clinique afin d'examiner l'utilisation d'un modèle culturel pour le diagnostic de l'ESPT. Cette recherche n'est finalement pas spécifique aux accidents de la route, ni au contexte des soins aigus. De ce fait, nous ne l'avons pas retenue.
Quale, A.J., Schanke, A.K., Froslic, K.F. & Roise, O. (2009).	Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients.	Étude dont le but est d'évaluer l'incidence et d'identifier les facteurs de risques dans le développement de l'ESPT. La population é l'étude étant paralysée ou tétraplégique et hospitalisée dans un centre spécialisé de réadaptation nous avons décidé d'exclure cette recherche.
Valente, S.M. (2010).	Evaluating and Managing Adult PTSD in Primary Care.	Article n'étant pas une recherche en soi.
Phoenix, B.J. (2007)	Psychoeducation for Survivors of Trauma.	Article n'étant pas une recherche en soi.

Tableau 6 : Explicatif des articles exclus de la revue de littérature étoffée

Annexe K : Classification des articles retenus par pays

Pays	Effectif	%
Etats-Unis	8	53,33
Australie	3	20
Suède	1	6,66
Danemark	1	6,66
Espagne	1	6,66
Singapour	1	6,66
Total	15	100

Tableau 7 : Classification des 15 articles retenus par pays

Annexe L : Récapitulatif des quinze études retenues

Références	Devis	But ou questions de recherche	Population et contexte	Mesures éthiques
Pruitt, et al. (2008).	Etude descriptive corrélationnelle.	Examiner l'influence de la variété des réactions sociales (soutien positif, négatif ou absent)	93 étudiants de premier cycle d'une université américaine, âgés de 19,65 ans.	Consentement éclairé donné par les candidats, mais aucune donnée concernant l'éthique n'est spécifiée.
Zatzick, et al. (2007).	Etude randomisée longitudinale.	Caractériser la nature et la sévérité des préoccupations des patients dans les suites immédiates de blessures traumatiques. Déterminer l'association entre l'expression des préoccupations sévères et le développement de symptômes d'ESTP dans l'année suivant l'accident.	120 patients hospitalisés dans un service de traumatologie, victimes de traumatisme et suivies sur le cours de l'année post-traumatique	Consentement écrit donné par chaque participant et procédures d'investigations approuvées par l'institut.
O'Donnell et al. (2010).	Etude randomisée longitudinale.	Indexer la prévalence et les facteurs prédictifs d'un ESPT après des traumatismes ayant requis une admission aux soins intensifs afin d'investiguer si une telle admission augmente le risque.	L'échantillon se compose de 1109 patients traumatisés, dont 66% dans un accident de la route, recrutés dans 5 hôpitaux traitant les traumatismes.	Etude approuvée par le comité éthique de chaque hôpital et les patients ont donné leur consentement écrit.
Gustafsson et al. (2006).	Etude descriptive corrélationnelle.	Décrire les différents types de coping utilisés par les patients dans les premiers stades de récupération post-traumatique. Investiguer les différents types de coping utilisés chez des patients présentant et ne présentant pas de détresse émotionnelle post-traumatique.	La population se compose de 112 patients ayant une/des blessure(s) accidentelle(s) traumatique(s) aiguë(s) à la main, hospitalisé dans un centre spécialisé de la main.	Consentement éclairé donné par les candidats et étude approuvée par le comité éthique de l'hôpital.
Bryant et al. (2010).	Etude randomisée longitudinale.	Cette étude a examiné la mesure dans laquelle les troubles du sommeil dans la période antérieure immédiate (2 semaines) à un événement traumatique prédisent le développement de troubles psychiatriques ultérieurs.	1033 patients blessés suite à un traumatisme (64% suite à un accident de la route), hospitalisés dans 4 hôpitaux traitant les	Consentement écrit obtenu par chaque participant et étude approuvée par le comité éthique de chaque hôpital.

			traumatismes majeurs.	
Malcoun et al. (2010).	Etude descriptive corrélacionnelle.	Examiner la faisabilité de l'identification des victimes de traumatismes éligibles à une étude offrant une intervention thérapeutique précoce pour la prévention de l'ESPT. Identifier les raisons autour de la participation.	Sur 1961 patients se présentant dans un service d'urgence, 275 rentraient dans les critères de la recherche, 30 patients au final se sont inscrits à l'étude.	Consentement éclairé obtenu par les patients s'étant inscrits à l'étude. Etude approuvée par le comité éthique de l'hôpital.
Tan et al. (2008).	Etude qualitative	Explorer et comprendre l'expérience des patients hospitalisés en orthopédie suite à des blessures traumatiques liées à un accident de la route, à partir de leur accident et jusqu'à six mois post-traumatique.	6 patients ayant vécu un événement traumatique suite à un accident de la route, hospitalisés dans un service d'orthopédie.	La recherche assure l'anonymat des patients et la confidentialité des résultats. Etude approuvée par le comité éthique de l'hôpital.
Ryb et al. (2009).	Etude descriptive corrélacionnelle longitudinale.	Identifier et associer les facteurs prédisposant les victimes d'un accident de voiture adultes à un ESPT. Identifier les facteurs individuels, par rapport à l'accident et au traumatisme. Le but étant qu'une meilleure compréhension de ces facteurs aide à guider le traitement de l'ESPT et à modéliser des stratégies de prévention et d'intervention précoces.	438 patients ayant des blessures modérées à sévères suite à un accident de voiture, admis dans un centre hospitalier traitant les traumatismes.	Aucune donnée concernant l'éthique n'est spécifiée.
Hansen et al. (2010).	Etude randomisée transversale.	Réaliser un bon et court instrument de dépistage de l'ESPT. Un instrument basé sur la théorie, spécifiquement en relation avec l'ESPT et reflétant les items qui décrivent le mieux le diagnostic afin de permettre la compréhension de la dynamique de base de l'ESPT.	Cet instrument (PTSD-8) a été testé et validé par 4 échantillons : <ul style="list-style-type: none"> – 1210 victimes d'accident (90% de la route) – 305 victimes de viol – 516 victimes de catastrophes – 56 jeunes issus de familles ayant des problèmes d'alcool. 	Aucune donnée concernant l'éthique n'est spécifiée.
O'Donnell et al. (2008).	Etude randomisée longitudinale.	Développer et valider un instrument simple et bref de dépistage (la PAS), permettant d'identifier au cours de l'hospitalisation les adultes à risque élevé de développer un ESPT ou une dépression. Le but est que cette échelle soit administrée systématiquement, au cours d'une	527 patients ont participé à l'étude, choisis au hasard parmi quatre centres de traumatologie. 62% des participants ont été accidentés dans un accident de la route.	Consentement écrit obtenu par chaque participant et étude approuvée par le comité éthique de chaque hôpital.

		hospitalisation, afin d'identifier les patients à risque.		
Gabert-Quillen et al. (2011).	Etude descriptive corrélacionnelle longitudinale.	Examiner les indices de gravité des blessures objectives et subjectives chez des victimes de traumatisme ayant des blessures aiguës afin de déterminer si elles prédisent différemment un ESPT à 6 semaines et à 3 mois post-traumatique. Un autre but est d'examiner la relation entre dissociation et détresse péri-traumatique avec la gravité des blessures et l'ESPT.	66 patients ayant une lésion traumatique (54% d'accident de la route), recrutés lors du premier suivi clinique, 2 jours à 2 semaines après leur sortie de l'hôpital.	Consentement éclairé obtenu par les patients à l'étude. Etude approuvée par le conseil des sujets humains de l'hôpital et de l'université.
Ozer et al. (2003).	Méta-analyse.	Comparaison de facteurs prédictifs susceptibles d'être impliqués dans les processus psychologiques et neurobiologiques suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique. Cette étude se centre sur 7 facteurs prédictifs de symptômes ou diagnostic d'ESPT.	2647 études ont été identifiées sur divers banques de données, 476 étaient admissibles et 68 études empiriques ont été retenues, évaluant spécifiquement les symptômes d'ESPT.	Par son devis, aucune donnée concernant l'éthique n'est spécifiée.
Zatzick et al. (2010)	Etude randomisée corrélacionnelle longitudinale.	Comprendre le risque de développer des symptômes d'ESPT et évaluer son impact sur le développement de l'état de santé et des troubles cognitifs chez les patients souffrant et ne souffrant pas d'un TCC. Le	L'échantillon se compose de 3047 survivants de multiples lésions traumatiques	Consentement éclairé obtenu par les patients à l'étude. Etude approuvée par le comité éthique de l'hôpital et de l'université des chercheurs.
Tsay et al. (2001)	Etude descriptive corrélacionnelle.	Répondre à 3 questions : <ul style="list-style-type: none"> – Stress, contrôle, gravité des blessures, coping est soutien perçus sont associés à l'efficacité des copings, détresse et ESPT ? – Quelle interaction entre stratégies de coping et la relation au stress et ses résultats ? – Quel effet régulateur a le soutien social dans la relation au stress et de ses résultats ? 	152 patients hospitalisés dans deux centres de traumatologie, recrutés une semaine après un traumatisme majeur. 57,3% des participants ont eu un accident de la circulation.	Consentement écrit obtenu par chaque participant et étude approuvée par le comité éthique de chaque hôpital.
Coronas et al. (2010)	Etude randomisée corrélacionnelle longitudinale.	Déterminer si l'augmentation de l'excitation physiologique (FC, PA) sur la scène de l'accident ou à l'admission aux urgences peut prédire un ESPT chez les survivants d'accident de la circulation.	L'échantillon se compose de 119 survivants d'accident de la route, traités aux urgences et suivis dans un service d'orthopédie.	Consentement écrit obtenu par chaque participant et étude approuvée par le conseil institutionnel de l'hôpital.

Tableau 8 : Récapitulatif de l'analyse des 15 études

Annexe M : Grilles de synthèse des 15 recherches analysées

1) Pruitt et Zoellner (2008) : *The impact of social support : An analogue investigation of the aftermath of trauma exposure.*

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	<p>Pruitt, L.D. & Zoellner, L.A. (2008). The impact of social support : an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. <i>Journal of Anxiety Disorders</i>, 22, 253-262.</p> <p>Larry D. Pruitt : département de psychologie, Université de Réno-Névada : Etat Unis. Lori A. Zoellner : Université de Washington : Etat Unis.</p>	X		
Introduction				
Enoncé du problème	L'ajustement pathologique, suite à une expérience traumatique, dépend de plusieurs facteurs pré-per-post traumatiques (genre, âge, éducation...) et le soutien social en est un. Le manque de soutien social positif est un des facteurs prédictifs le plus fort du PTSD. Il s'agit de comprendre comment une réaction donnée peut affecter une victime et comment les différents types de soutien social (positif, négatif ou pas de soutien) peuvent interagir.	X		
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> + Examiner l'influence de la variété des réactions sociales suite à une exposition traumatique sur l'anxiété, l'affect et les pensées intrusives. + Conceptualiser le soutien social et se centrer sur le rôle de l'évaluation cognitive d'avoir des connexions fiable avec d'autres personnes d'une manière multifactorielle, en incluant des soutiens positifs, négatifs, et absent. 			
Hypothèse	Les personnes recevant des réactions sociales négatives après avoir vu une vidéo chocante seraient plus anxieuses, expérimenteraient des niveaux accrus d'émotions négatives, interpréteraient le MVA (accident de la route) plus négativement, et rapporteraient une plus grande fréquence et gravité de pensées intrusives que les participants recevant des réactions sociales positives ou pas de réactions du tout.			
Recension des écrits	<p>Aux USA, 60,7% des hommes et 51,2% des femmes expérimentent une situation traumatique dans leur vie. La majorité ne souffre pas de psychopathologie chronique et récupère naturellement. D'autres peuvent souffrir d'ESPT.</p> <p>Des études prospectives soulignent l'importance potentielle de l'aide sociale négative et du manque de soutien social. Holeva et al. (2001) constatent que chez les survivants de MVA un certain nombre de facteurs sociaux prédit les troubles</p>	X		

	de stress aigue (ASD) et d'ESPT. La perception du soutien négatif est reliée à la symptomatologie précoce et une réduction de la perception du niveau de soutien social est un facteur prédictif d'ESPT tardif. Les auteurs ont suggéré que l'absence de soutien social et de soutien social négatif suppriment des ressources qui pourraient être consacrées efficacement au traitement des traumatismes et augmente la probabilité de l'ASD et de l'ESPT. Dougal et al. (2001) signale que le manque de soutien social et de vœux pieux prédisent l'ESPT dans un groupe diagnostic à la fois à 6 et à 12 mois suivant le MVA. Les grandes méta-analyses récentes mettent en évidence l'importance de conceptualiser le soutien social à travers une variété de dimensions et suggèrent que le soutien social négatif, ou le manque de soutien, peuvent être plus important que le soutien positif dans le développement de l'ESPT.			
Cadre théorique ou conceptuel	Le support social en utilisant le modèle du soutien social de Ullman (1996, 1999)	X		
Méthodes				
Devis de recherche	Etude descriptivte corrélationnelle avec assignation aléatoire à l'un des trois types de soutien social (positif, négatif, absent) suite à la présentation d'une vidéo choquante. Les principales variables dépendantes ont été analysées immédiatement après la vidéo (T1) et 48 h après (T2) : l'état affectif et l'anxiété / la fréquence et l'intensité des pensées intrusives / la perception des caractéristiques de l'événement.	X		
Population (échantillon) et contexte	Participants et contexte : 93 étudiants de premier cycle d'une université publique du nord-ouest des USA. L'âge moyen est de 19,65 (SD = 2,41). Critères d'inclusion : être à l'aise en anglais, avoir entre 18 et 65 ans. Aucun participant n'a été exclu de l'étude en raison d'antécédents de traumatisme.	X		
Éthique	Une procédure de consentement éclairé a été faite. Les participants ont été informés du but de la recherche.			
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> + Une séquence vidéo choquante de 130 secondes (obtenue par la police) regroupant 1 accident de voiture, 1 accident de moto et 1 accident de piéton + 3 vidéos de 1,5 min autour de scénarios de réactions sociales. La même actrice jouait les 3 scénarios. Les vidéos avec réaction positive et négative étaient basées sur des recherches ultérieures du domaine du soutien social. L'absence de support s'est centré sur la vie de tous les jours des étudiants, où l'accident était seulement reconnu brièvement. <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> + A T1 et T2 : PTSD diagnostic scale (PDS), Beck depression inventory (BDI), Dissociative events scale (DES), Thought control questionnaire (TCQ), Ruminative response scale (RRS). Toutes ces échelles sont fiables. + La grille PANAS a mesuré les affects positifs et négatifs (20 items de 1-5 de pas du tout, extrêmement) et le STAI (state-trait anxiety inventory) a analysé l'état d'anxiété des individus. + Les pensées intrusives : chaque pensée ou mémorisation reliées à la vidéo de l'accident qui « apparaissent à l'esprit quand on ne le veut pas », surveillées en utilisant une forme de suivi par écrit de leur contenu, fréquence et intensité à 	X		

Collecte des données	<p>T1/T2. Le contenu était analysé de manière qualitative sous forme de réponse ouverte. La fréquence et l'intensité étaient analysées à travers des réponses structurées. Pour analyser précisément la qualité du contenu ; une échelle de 0 à 7 (0= pas de pensées pénible par rapport à la vidéo, 7= extrêmement bouleversé par le contenu vidéo) a été créée. La fiabilité de ces taux est acceptable selon les auteurs</p> <p>+ Evaluation vidéo :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sévérité de l'accident : 4 questions étaient posées (sévérité, pénibilité, gravité et probabilité de blessures), reportées dans un Lickert de 1 à 7 points (pas du tout à extrêmement). ▪ Support social : 3 questions étaient posées pour évaluer le soutien ressenti suite à la vidéo, reportées dans un Likert de 0 à 7 points afin d'évaluer leur aide, amabilité et soutien. <p>Démarche : Les participants ont été répartis en groupes de 13 personnes et ont réalisé les mesures de l'état psychologique (PDS, BDI, STAI-T, DES, RRS, TCQ) et émotionnel (PANAS, STAI-S) par ordinateur. Avant de visualiser les vidéos, ils ont du « s'imaginer être la victime ». Les vidéos ont été montrées individuellement sur ordinateur avec un casque. Suite à cela, ils ont du s'imaginer « après être sorti de l'hôpital, dire à un ami proche ce qu'il s'est passé » et ont ensuite visualisé les vidéos sur les réactions sociales. Selon une répartition au hasard, leur « ami » réagissait soit positivement, négativement ou pas du tout. Après la présentation de ces vidéos, les participants ont à nouveau répondu aux échelles émotionnelles (STAI, PANAS) et rempli les évaluations sur la gravité de l'accident et le soutien de leur ami. A la fin de T1, la fiche de suivi des pensées intrusives leur a été remise et il leur a été demandé de suivre leurs pensées intrusives pour les prochaines 48h. A T2, les participants ont remis leurs fiches de suivi de pensées intrusives et ont complété encore une fois les échelles émotionnelles (STAI, PANAS) et réévalué la gravité de la vidéo sur l'accident. À la fin, les participants ont été informés des résultats.</p>			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude, afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, la démarche et les mesures sont clairement décrites dans la méthode de cette étude.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>La manipulation de la détresse subjective et du soutien social :</p> <p>+ Détresse subjective : Comme prévu, l'état d'anxiété général a augmenté après la visualisation de la vidéo de l'accident, de même que les affects négatifs</p> <p>+ Support social : Les 3 mesures perçues du soutien social (aide, amabilité et soutien) ont démontrés que toutes les conditions de fiabilités différaient les unes des autres dans les directions prévues. Le plus « aidant » était le support positif suivi par l'absence de soutien et le négatif comme moins « aidant », idem pour l'amabilité et le soutien.</p> <p>Impact du support social sur l'affect, les pensées intrusives et la perception de l'événement : comparaison des 3 types de</p>			X

	<p>support social à T1 et T2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Affect négatif : le support social a eu un effet principal sur l'affect négatif mais pas dans la durée. Il y a aussi une interaction entre support x temps. Pour faire tomber cette interaction T1 et T2 ont été mesurés séparément. À T1 le support négatif montre des taux plus élevés d'affect négatif ($p < 0,05$) que le support positif ou absent. Par contre, à T2 les conditions ne diffèrent pas de manière fiable. Le support social négatif influence les affects négatifs immédiatement après le trauma mais pas après 48h. ○ Affect positif : Il n'y a pas d'effets principaux par le soutien, ou le temps et pas d'interaction entre support x temps sur l'affect positif. ○ Pensées intrusives : Fréquence : Le plus haut pourcentage de fréquences de pensées intrusives (24%) sont chez les participants n'ayant pas eu de soutien. Ils déclarent avoir subi 3, ou encore plus, pensées intrusives pendant les 48h contre 10,7% ayant eu un soutien positif et 12% un soutien négatif. L'intensité des pensées intrusives a le même pattern que la fréquence mais l'intensité ne diffère pas de manière fiable. Par contre l'évaluation sur l'expérience montre une tendance similaire de la fréquence des pensées intrusives : l'absence de soutien a été évaluée plus péniblement que le soutien positif et négatif. ○ Perception de l'événement : L'évaluation de la gravité de l'événement, du risque de blessures, de la sévérité des blessures et de la détresse liée à l'événement sont tous reliés par le seul effet principal du temps : ils diminuent à 48h. La rupture de l'interaction révèle que seule la condition d'absence de support entraîne une diminution de la gravité de l'événement et du risque de blessures. <p>Autres facteurs potentiellement associés avec des affects négatifs et des pensées intrusives après visualisation des vidéos :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Pour explorer la relation entre psychopathologie - antécédent d'exposition à un traumatisme - recherche de contrôle et les principales mesures des affects négatifs et pensées intrusives, des corrélations ont été faites au travers des évaluations réalisées (PTSD, BDI, STAI, DES) et d'autres évaluations (PDS, RRS, TCQ) : seules les ruminations et la dissociation sont associées à plus de pensées intrusives. + Pour explorer plus loin ces relations, les conditions de soutien ont été examinées séparément : il n'y a pas de condition du soutien significative pour la rumination. Par contre, une plus grande dissociation est associée avec plus de pensées intrusives seulement dans la condition d'absence de soutien ($p < 0,05$). 			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	On voit que le soutien social influence le niveau d'affect négatif directement après l'exposition, la fréquence des pensées intrusives plus tard et la perception subjective de l'événement. Conformément à l'hypothèse de base et avec le modèle Ullman (1996), les résultats suggèrent que les personnes qui reçoivent un soutien social négatif peuvent répondre d'abord de façon plus négative à ce soutien que les autres formes de celui-ci. En affectant l'humeur, le soutien social négatif peut biaiser, négativement, les attributions internes que l'on fait pour essayer de faire face à des expériences stressantes	X		

	<p>(Stewart, 1989). Pour Ehlers et Clark (2000), ces attributions négatives peuvent alors avoir un impact négatif sur le recouvrement du traumatisme.</p> <p>L'impact de l'absence de réaction de soutien : contrairement à l'hypothèse, « pas de soutien », plutôt que le « soutien négatif », entraîne plus de pensées intrusives et biaise la perception initiale de la sévérité de l'événement.</p> <ul style="list-style-type: none"> + L'absence de soutien peu refléter un manque de soutien social. Plusieurs études ont révélé que le manque de soutien positif était relié à une récupération plus mauvaise du traumatisme (Engdahl et al, 1997;. Schutzwhol & Maercker, 2000). + « Aucun soutien » ne peut pas être une forme neutre. Dans cette recherche, l'absence de soutien était le fait d'ignorer l'accident, et ignorer un événement important est considéré comme une réaction sociale très invalidante. Sayers & Fruzzetti (2003) et Swann (1997) disent que lorsque la légitimité de l'expérience d'une personne et ses actions sont rejetées, cette invalidation inhibe les expressions futures et augmente l'excitation émotionnelle, susceptible de contribuer à l'élaboration et au maintien de la psychopathologie. + L'absence de soutien et des réactions invalidantes peuvent avoir des effets plus néfastes et durables que même des réactions sociales ouvertement négatives. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> + L'absence de généralisation à la « vraie vie, au monde réel » car l'étude ne tient pas compte de l'ordre de l'intensité et de la nature du monde réel. Elle est centrée sur un seul type d'événement, l'impact des différentes réactions sociales peuvent être très différentes selon les caractéristiques de l'événement et ici les participants n'étaient pas en mesure d'interagir. Les processus cognitifs, pendant et après l'exposition aux traumatismes réels, peuvent être différents. + Le degré de compréhension des participants à respecter les instructions de s'imaginer eux-mêmes victimes. Des biais ont pu apparaître dans les 48h car ils n'étaient pas sous surveillances + Les stratégies de coping des participants n'ont pas été mesurées. 			
Perspectives	<p>Perspectives :</p> <p>La recherche montre que le « soutien positif » n'a pas une forte contribution sur la façon dont on peut réagir au stress (Zoellner et al., 1999). Cela peut suggérer que l'impact du soutien social ne réside pas dans une sorte de propriété réparatrice favorable, mais plutôt dans les propriétés néfastes de ne pas le faire. De même que la validation et l'invalidation influencent l'excitation émotionnelle. Lorsque deux personnes interagissent, une personne peut être très chaleureuse et d'un grand soutien, tout en invalidant l'expérience de l'autre personne (Fruzzetti & Iverson, 2004). Cela peut aussi aider à concilier l'impact immédiat du soutien négatif sur l'affect négatif ainsi que l'effet différé de l'absence de support sur les intrusions. Selon ce modèle d'invalidation, il n'est pas surprenant que le soutien négatif soit perçu comme le moins aidant, aimable offrant le moins bon soutien et augmentant les affects négatifs. En effet, sur la surface, un soutien négatif semble beaucoup plus sévère mais il peut aussi être plus facilement rejeté purement et simplement. Si l'on regarde la fonction de soutien, quel que soit le ton de l'interaction, l'absence de support ou une réaction neutre peuvent être plus invalidantes sur le long terme ; l'individu repense à l'interaction et peut se sentir plus invalidé. Une interaction n'a pas</p>	X		

	<p>besoin d'être négative pour être invalidée, pas plus qu'agréable pour être validée (Fruzzetti et al., 2005). En termes de soutien social, suite à l'exposition d'un traumatisme, une réaction « neutre » peut être très invalidante.</p> <p>Ces résultats suggèrent un lien potentiel entre réactions sociales, affects négatifs et pensées intrusives. L'absence de soutien social, qui peut être perçue comme très invalidante, peut entraver le rétablissement du traumatisme en affectant la fréquence et la gravité des intrusions.</p> <p>En conclusion : <i>cette étude suggère que les deux aspects ouvertement négatifs et ceux, plus subtiles, de réactions sociales invalidantes doivent être évalués car ils peuvent nuire au rétablissement après l'exposition au traumatisme.</i></p> <p>Des études devraient s'axer plus spécifiquement sur l'importance de l'absence de soutien.</p>			
Aspect général de la recherche	<i>Recherche bien structurée, mais qui manque d'explications claires et explicites, de tableaux, de comparaisons dans les résultats. Néanmoins sa démarche est claire et l'étude respecte les critères de validité d'une recherche.</i>			
Remarques/liens	<p>Cette recherche traite de l'importance de l'impact du social sur la prévalence du PTSD, dans les suites immédiates d'un MVA. Elle ressort des éléments intéressants pouvant contribuer à répondre à ma question de recherche. Bien que les résultats soient difficilement accessibles et que la recherche comporte des limites non négligeables, elle me semble tout de même être pertinente. Il est à retenir que les réactions négatives augmentent les affects négatifs initiaux et les réactions neutres augmentent la fréquence et la sévérité des pensées intrusives. Les réactions sociales « neutres » suite à un l'exposition à un traumatisme auraient le potentiel d'être hautement invalidante et d'avoir plus d'effets négatifs sur le long terme que les réactions ouvertement négatives.</p>			

2) Zatzick et al. (2007) : *Strengthening the Patient-Provider Relationship in Aftermath of Physical Trauma Through an Understanding of the Nature and Severity of Posttraumatic Concerns.*

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Zatzick, D. F., Russo, J., Rajotte, E., Uehara, E., Roy-Byrne, P., Ghesquire, A., Jurkovich, G. & Rivara, F. (2007). Strengthening the Patient-Provider Relationship in Aftermath of Physical Trauma Through an Understanding of the Nature and Severity of Posttraumatic Concerns. <i>Psychiatry</i> . 70 (3), 260-273	X		
Lieux – Pays	Département de psychiatrie et des sciences du comportement; Faculté de recherche de prévention des traumatismes, Université de médecine à Seattle, Etats-Unis.			
Introduction				
Enoncé du problème	Peu d'études sont centrées sur les préoccupations des patients dans les suites immédiates d'un traumatisme physique.	X		
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> + Mieux caractériser la nature et la sévérité (gravité) des préoccupations des patients dans l'immédiat de blessures traumatiques. + Déterminer l'association entre l'expression de préoccupations graves et le développement de symptômes de PTSD, dans l'année suivant l'accident. 			
Hypothèse	Les patients avec plus de préoccupations graves immédiates sont plus à risque de développer des symptômes persistants de PTSD.			
Recension des écrits	<p>Selon l'institut de médecine (IOM), les éléments centrés sur le patient sont une composante de haute qualité de soins, dont les caractéristiques centrales sont l'identification des besoins individuels, des préoccupations et des valeurs. Cette approche croit que les préoccupations du patient peuvent être identifiées, comprises et intégrées dans les prises de décisions médicales et de traitements. Les explorer et les intégrer sont un élément clé permettant une relation forte soignant-soigné.</p> <p>Les survivants de blessures traumatiques ont été identifiés comme un groupe à haut risque de développer un PTSD (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987 ; Hoge et al., 2004 ; Koren, Norman, Cohen, Berman, & Klein, 2005 ; Verger et</p>	X		

	<p>al., 2004) et ont été ciblé pour des dépistages et des interventions précoces (National Institute of Mental Health, 2002 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2003). On trouve des recherches qualitatives et quantitatives centrées sur la relation soigné-soignant à travers divers champs (santé primaires, fin de vie, chirurgie ambulatoire, urgences, soins psychiatriques), mais peu sont centrées sur les besoins du patient et de ses préoccupations dans les suites immédiates d'un événement de vie traumatique, comme des blessures physiques. Plusieurs méthodes d'investigation centrées sur le patient permettent des interventions post-traumatiques précoces. Mais les premiers essais psychosociaux et psychopharmacologiques sur le PTSD décrivent la difficulté à mobiliser et à retenir les patients gravement traumatisés dans des protocoles d'interventions longitudinales (Jack & Glied, 2002 ; Pitman et al., 2002 ; Roy-Byrne et al., 2004 ; Schelling et al., 2004 ; Schwarz & Kowalski, 1992 ; Stein, 2005 ; Weisaeth, 2001). Les patients recevant des interventions psychosociales précoces en soins aigus (débriefing psychologique forcé), ont démontré une aggravation des symptômes de PTSD dans les mois et années suivant l'admission en soins aigus (Azoulay et al., 2005 ; Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997 ; Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000). Suite à l'ouragan Katrina, le gouvernement américain a sponsorisé un guide (Field Operations Guides for the Delivery of Psychological First Aid) recommandant l'explication des premières préoccupations post-traumatiques comme une stratégie d'assessment des besoins et d'interventions. Il est nécessaire de comprendre les besoins et préoccupations post-traumatiques afin de faciliter le renforcement de la relation soigné-soignant, de développer des interventions précoces et d'avoir des réponses de santé publique. Une étude avait déjà établi que les préoccupations post-traumatiques pouvaient être facilement obtenues et codées dans des domaines de manière fiable, mais comportaient des limites (Zatzick, Kang et al., 2001).</p>			
Cadre théorique ou conceptuel	Cette recherche est réalisée dans une perspective de santé publique, basée sur des investigations cliniques clarifiant le spectre de la déficience associée à un traumatisme individuel ou de masse.	X		
Méthodes				
Devis de recherche	<p>C'est une étude randomisée longitudinale. Les 2 groupes inclus sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Un groupe de patients bénéficiant d'interventions de soins ciblés sur la prévention du PTSD (59) + Un groupe contrôle de patients bénéficiant de conditions de soins usuels (61) 			
Population (échantillon) et contexte Éthique	<p>Population : 120 personnes hospitalisées, victimes de traumatismes, suivies sur le cours de l'année. Contexte : personnes recrutées dans un centre traumatique de Washington, de mars 2001 à janvier 2002.</p> <p>L'institut a approuvé les procédures d'investigations et le consentement écrit a été obtenu pour chaque participant.</p>	X		

Méthodes et collecte des données	<p>Participants : Les patients étaient interviewés dans le service de chirurgie puis contacté par téléphone à 1, 3, 6 et à 12 mois post-traumatiques. L'investigateur principal, psychiatre expérimenté a supervisé, observé et critiqué les démarches.</p> <p>Mesures : Des items ont été développés pour obtenir un maximum de trois préoccupations liées au traumatisme de chaque patient hospitalisé. Les récits de ces préoccupations ont été codés par domaine et leur gravité a été évaluée.</p> <p>Déroulement :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Evaluation qualitative des préoccupations : 3 questions ouvertes posées en début d'entretien en chirurgie afin de classer les préoccupations. Puis évaluation quantitative du taux de sévérité de chaque préoccupation sur une échelle Lickert de 1 à 5, en leur demandant ensuite si d'autres choses les préoccupaient pour répéter le schéma. + Evaluation du PTSD : PTSD Checklist (PCL, version civile). + Autres: sévérité des blessures par l'ISS (injury severity score). Références diagnostics du DSM-IV d'abus d'alcool et de dépendance. Événements de vie traumatiques avant l'accident par le CIDI (composite International Diagnostic Interview). Origine ethnoculturelle par les patients. Caractéristiques démographiques et cliniques extraites des données médicales. <p>Analyse des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Qualitatives : retranscriptions codées dans plusieurs domaines par des évaluateurs travaillant de manière indépendante et ignorant les caractéristiques des patients ainsi que les résultats de la PCL. + Quantitatives : la fréquence des thèmes, des domaines et le pourcentage des préoccupations ont été catégorisés. L'évaluation des scores de sévérité, pour chaque domaine, a été analysée. Pour faciliter l'analyse longitudinale de la sévérité des préoccupations et des symptômes de PTSD ; la sévérité a été coupée en 2. Premièrement les préoccupations sévères (4, 5) et deuxièmement les préoccupations non-sévères (1, 2, 3). Les caractéristiques démographiques et cliniques ont été ajustées pour leur pertinence. 	X		
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, la méthode et le devis de recherche et la population sont clairement explicités.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>Données démographiques : la moyenne du séjour en chirurgie était de 5 jours. Les patients étaient interviewés à 2,9 jours suite à l'admission. Les 120 participants étaient homogènes dans les caractéristiques démographiques et cliniques. Moyenne d'âge de 38,8 ans, 33% de femmes, moyenne de l'ISS à 10,2, 66% de blancs, 36% ont un salaire annuel inférieur à 15'000 \$ et 11% disent ne pas avoir de domicile fixe.</p> <p>Fréquence des préoccupations : les 120 patients ont exprimé au minimum une préoccupation durant l'hospitalisation. Voici les résultats statistiques (de 119 patients, un récit était impossible à retranscrire) : 38,7% (46 patients) expriment trois préoccupations, 33,6% expriment deux préoccupations et 27,7% expriment une</p>	X		

	<p>préoccupation. En moyenne 2,11 préoccupations par personne. 14,3% (17 patients) expriment trois préoccupations sévères, 26,9% exprime deux préoccupations sévères et 42,8% exprime une préoccupation sévère. 16% n'exprime pas de préoccupations sévères.</p> <p>Domaines des préoccupations : la sévérité des préoccupations n'a sensiblement pas différencié entre les domaines. Lors de l'hospitalisation en chirurgie, le domaine de préoccupation le plus souvent approuvé était celui de la santé physique par 68,1% des patients. Suivi par le domaine du travail et des finances (58,8%), du domaine social (43,7%), du domaine psychologique (expression de préoccupations en lien avec le PTSD : 25,2%), du domaine médical (8,4%) et du domaine légal (5%).</p> <p>Lien avec le PTSD : en analyse univariée, le nombre de préoccupations sévères immédiates est un prédicteur significatif du PTSD. L'expression immédiate de trois préoccupations graves suivant le traumatisme a été associée à des niveaux de symptômes du PTSD plus élevés au cours de l'année. Après ajustement de données (genre, âge, ISS, antécédents traumatiques, interventions reçues, scores de références de la PCL et les diagnostics d'alcool), l'expression d'un plus grand nombre de préoccupations initiales graves reste un facteur prédictif du PTSD. Chaque préoccupation grave est associée à un risque accru de 1,71 fois à un PTSD à 12 mois post-traumatique</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Cette étude confirme celle de Zatzick, Kang et al. (2001) : les préoccupations des patients blessés peuvent être facilement obtenues et interprétées de manière fiable en traumatologie. De plus, des enquêtes en soins aigus ressortaient le désir d'expression des patients et des familles sur leurs inquiétudes les plus pressantes (Wissow et al., 1998). Cette enquête révèle que la détresse psychologique post-traumatique n'est qu'une fraction des premières préoccupations (25,2%), et moins de 10% des préoccupations sont directement liées à la qualité des soins médicaux reçus, comme le disait Burroughs et al. (2005). Celles relatives à la santé physique, au bien-être des membres de la famille, au travail et aux finances prédominent les premiers jours après le traumatisme. Pourtant, au cours de l'année post-traumatique, les préoccupations psychologiques augmentent pour faire diminuer les autres (Zatzick, Kang et al., 2001). L'enquête précédente avait établi que l'évolution des préoccupations des patients ressemble à la trajectoire longitudinale des symptômes de PTSD et des troubles fonctionnels (Zatzick, Kang et al., 2001). Ces observations confirment le souci de construire et de mettre en évidence la façon dont les méthodes peuvent faciliter l'évaluation des stratégies qui sont à la fois centrée sur le patient et informent les évaluations standardisées des résultats symptomatiques et fonctionnels (Laine & Davidoff, 1996; Mead & Bower, 2000).</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Recours exclusif à la transcription des données verbales : le non-verbal n'est pas codé. + Limites fixées à 3 préoccupations, il y aurait pu en avoir plus. + L'enquête s'est déroulée à l'intérieur d'une étude randomisée : des inférences entre l'association, les préoccupations et les symptômes PTSD ont peut-être été limités. 	X		
Perspectives	+ Implication pour le développement d'interventions centrées sur le trauma psychosocial : développement de	X		

	<p>stratégies d'évaluation centrées sur le patient, particulièrement les patients gravement blessés. En effet, les victimes de traumatismes renoncent souvent au contrôle des décisions relatives aux soins d'urgence et sont soumises à des procédures dont elles ont un minimum de connaissance ou de compréhension. But : venir à accepter passivement la perte d'autonomie comme circonstance inévitable de leur admission en soins aigus (Ruzek & Zatzick, 2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> + Une tension peut exister entre l'évolution des préoccupations post-traumatiques de chaque patient et les objectifs et limites imposées par les soignants et le système de soins. La résolution de ces tensions, dans un modèle clinique de la relation soigné-soignant, est un enjeu primordial qui pourrait améliorer l'élaboration des premières interventions ciblant le PTSD (Emanuel et Emanuel, 1992). Pour les professionnels de la santé en traumatologie, le PTSD représente un ensemble de symptômes importants nécessitant des interventions fondées sur des preuves. + En contraste, les résultats suggèrent que pour le patient, d'autres préoccupations non reliées aux symptômes peuvent dépasser le focus initial du soignant sur le PTSD et améliorer la relation post-traumatique soigné-soignant (exemple : un parent blessé dans un accident de la circulation avec ses enfants est susceptible d'avoir comme première préoccupation leur bien-être). La sensibilité du soignant à cette préoccupation est susceptible de renforcer la relation soigné-soignant. + Le développement d'interventions rapides post-traumatique pourrait bénéficier de stratégies comme la gestion des soins. Le but est d'engager les patients exposés à un trauma à susciter et répondre aux préoccupations post-trauma les plus pressantes. La première enquête suggère que susciter et répondre aux préoccupations post-lésion n'est pas associé à court terme à une aggravation des symptômes du PTSD (Ursano et al, 2004; Zatzick et al, 2004; Zatzick, Roy-Byrne et al, 2001). <p>Futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Rechercher si les évaluations des premières préoccupations post-traumatiques sont associées à des résultats neutres et si elles améliorent ou aggravent les résultats symptomatiques et fonctionnels sur le long terme (McLean & Armstrong, 2004). 			
Aspect général de la recherche	<i>Recherche structurée, répondant aux critères de qualité. Bien que la population de l'échantillon ne semble pas être forcément représentative (11% sans domicile fixe, étude menée aux USA où les individus n'ont pas d'assurance maladie...) et qu'on ignore si la population a subi un traumatisme suite à un accident de la circulation. Ceci-dit, les résultats sont intéressants et sont à prendre en compte dans l'assessment d'une personne victime d'un accident de la route</i>			
Remarques/ liens	Je garde cette recherche pour mon travail car je peux clairement faire des liens avec la question de recherche. En effet, les premières préoccupations graves ne sont pas forcément d'ordre psychologiques, et celles-ci, selon leur nombre et leur gravité, peuvent prédire un PTSD (1,71 x plus de risque par nombre de préoccupation grave). Au delà de ceci, la compréhension de la nature et de la gravité des préoccupations post-traumatiques peuvent renforcer la relation soigné-soignant et ainsi participer au déstigmatisation de l'ESPT.			

3) O'Donnell et al. (2010) : Posttraumatic Stress Disorder After Injury : Does Admission to Intensive Care Unit Increase Risk ?

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	O'Donnell, M.L., Creamer, M., Holmes, A.C.N., Ellen, S., McFarlane, A.C., Judson, R., Silove, D. & Bryant, R.A. (2010). Posttraumatic Stress Disorder After Injury : Does Admission to Intensive Care Unit Increase Risk. <i>The Journal of Trauma : Injury, Infection and Critical Care</i> , 69 (3), 627-632.	X		
Lieux – Pays	Centre australien de santé mentale post-traumatique, département de psychiatrie, Melbourne, Australie.			
Introduction				
Enoncé du problème	Les patients gravement blessés sont souvent admis aux soins intensifs (SI). Il y a eu une sensibilisation accrue aux résultats psychologiques indésirables survenant suite à l'admission aux SI, particulièrement l'apparition d'un PTSD. Une revue de littérature sur les taux de prévalence de PTSD suite aux SI identifie le risque entre 0 et 64%, tout en recommandant des études longitudinales pour le confirmer (Griffiths et al., 2007).	X		
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> + Indexer la prévalence de PTSD après des traumatismes ayant requis une admission aux SI afin d'investiguer si celle-ci augmente le risque. + Identifier les prédicteurs de PTSD après une admission aux SI. 			
Hypothèse	Une admission aux SI offre une contribution indépendante au développement de PTSD.			
Recension des écrits	<p>10-30% des survivants d'accident développent un PTSD, principale cause de PTSD (Creamer, Burgess & McFarlane, 2001 ; Kessler, Sonnega, Bromet, Huges & Nelson, 1995). Comprendre les facteurs contribuant à cette mauvaise adaptation psychologique suite à un accident est essentiel pour générer des modèles de causalité et de pronostic ainsi que guider la prestation de traitements efficaces.</p> <p>Plusieurs raisons et interactions entre ces raisons peuvent expliquer pourquoi les patients accidentés ayant été aux SI sont plus à risque d'un PTSD que ceux qui n'y vont pas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Blessures plus menaçantes pour la vie et survenant dans des circonstances perçues comme plus traumatisantes psychologiquement. 2. L'expérience des SI, en soi, peut impliquer une ou plusieurs expériences traumatiques. 3. Des preuves suggèrent que les patients accidentés seraient plus à risque d'avoir des antécédents 	X		

	psychiatriques ou des traumatismes anciens que la norme. Cependant, il reste difficile d'élucider la relation entre SI et PTSD tardif. Peu d'études ont réalisé des comparaisons de groupes. Il se peut que tous les patients traumatisés aient un risque accru de PTSD.			
Cadre conceptuel	Admission aux soins intensifs			X
Méthodes				
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude randomisée longitudinale. Les 2 groupes de patients sont suivis de leur hospitalisation jusqu'à 12 mois post-traumatiques : – Un groupe admis ayant requis une admission aux SI suite à un accident. – Un groupe contrôle n'ayant pas été admis aux SI suite à un accident.	X		
Population (échantillon) et contexte	Population: 1109 patients blessés suite à un traumatisme. Au suivi des 12 mois après l'hospitalisation, 829 participants ont complété l'évaluation (75%). Critères d'inclusion : hospitalisation plus de 24 heures, parler et comprendre l'anglais, être âgé entre 16 et 70 ans. Critères d'exclusion : TCC sévère ou modéré (difficile d'évaluer précisément ces patients dans la phase aigüe résultant de l'amnésie post-traumatique), être psychotique ou avoir des idées suicidaires, avoir un déficit cognitif ou être sous surveillance policière. Contexte : patients recrutés dans 5 hôpitaux traitant les traumatismes majeurs en Australie.	X		
Éthique	L'étude a été approuvée par le comité éthique et de recherches humaines de chaque hôpital. Le consentement écrit de chaque participant a également été obtenu.			
Méthodes et Collecte des données	Pour identifier les facteurs prédictifs d'un PTSD associés à l'admission aux SI, un nombre de facteurs de risque connus ont été collectés et évalués par les auteurs : + Variables démographiques par questionnaire (genre, âge, salaire, éducation, état civil). + État de santé mentale avant le traumatisme : + Anciens traumatismes par l'inventaire des antécédants traumatique du module PTSD du « Composite International Diagnostic Interview (CIDI) » . + Antécédants psychiatriques par le MINI « Mini-international Neuropsychiatric Interview ». + Support social précédant le traumatisme par les questions Schuster sur le support social. + Caractéristiques du traumatisme : la sévérité et TCC par l'ISS (Injury Severity Score), le temps d'hospitalisation par le dossier médical ainsi que la destination de sortie et la douleur mesurée par EVA à 3 moments clés : au moment de l'accident, le pire durant l'hospitalisation et la douleur actuelle. + Menace perçue pendant le trauma selon les niveaux subjectifs en utilisant 3 questions (ASDI).	X		

	<p>† PTSD mesuré à l'hôpital, puis à 12 mois post-traumatique par un entretien clinique réalisé par la CAPS-IV, goldstandard des instruments d'évaluation du PTSD (Weathers FW, Keane TM & Davidson J, 2001).</p> <p>Procédure : Une procédure automatique a randomisé les participants. Les évaluations ont eu lieu avant leur sortie de l'hôpital, environ 8 jours post-traumatiques. Celles-ci comprenaient, dans l'ordre : « the lifetime trauma history » suivit du PTSD et du MINI si un antécédent traumatique était identifié. Ils ont ensuite rempli un questionnaire sur l'EVA ainsi que leurs données démographiques. Les informations sur l'hospitalisation et les acteurs reliés aux blessures ont été obtenues par les dossiers médicaux. À 12 mois, les participants ont été contactés par téléphone et ont complété la CAPS. Les évaluateurs étaient entraînés par une psychologue et chaque évaluation a été enregistrée. 5% des interviews ont été refaits à l'aveugle pour s'assurer de la fiabilité des résultats. La cohérence globale pour le diagnostic de PTSD à 12 mois a été de 0.98.</p> <p>Analyse des données Les personnes s'étant retirées de l'étude estimaient ne pas avoir de problèmes de santé mentale suite à l'événement traumatique et l'étude n'était pas cohérente pour eux. Ils ont été enlevés de l'échantillon. Pour assurer l'évaluation de nouveaux cas de PTSD, ceux avec PTSD pendant le traumatisme ont été exclus des analyses. Pour déterminer si l'admission aux SI était un facteur de risque, indépendamment des variables potentielles, une régression logistique a été faite.</p>			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, selon la méthode, clairement détaillées par les auteurs, nous constatons la rigueur de cette recherche.	X		
Résultats				
Traitement des données	Sur le total des 1109 patients participant à l'évaluation initiale, 14,2% (157) ont eu une admission aux SI (de 1 à 44 jours, moyenne à 5,73 jours). Le type d'accident incluait : les accidents de la route pour 726 personnes soit 66% (16% de chute, 7% d'agression, 5% d'accident de travail, 7% autre). 44% des patients ont eu un TCC léger, la moyenne du score de gravité des blessures (ISS) était à 10.91. La durée moyenne de l'hospitalisation de ces patients a été de 12,25 jours. 12 mois après le traumatisme, 9% des patients, qui n'avaient pas été diagnostiqués d'un PTSD au temps du traumatisme, ont rencontré ses critères diagnostiques. Il n'y avait pas de différences entre les 2 groupes de patients (ayant eu une admission aux SI et groupe contrôle) en terme d'âge, sexe, éducation, état civil, employé, antécédents psychiatriques, antécédents de traumatismes ainsi que le soutien social perçu avant l'accident. Les patients ayant été admis aux SI avaient un plus score de gravité des blessures (ISS à 19,47 vs 9.46), une plus longue durée d'hospitalisation (23.9 vs 10.36), étaient plus à risque d'avoir un TCC et plus étaient plus	X		

	<p>souvent transférés en réhabilitation. Cependant les patients admis aux S ne différaient pas au niveau des douleurs vécues pendant l'hospitalisation ainsi que dans la menace perçue pendant le traumatisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les patients admis aux SI étaient significativement plus à risque d'avoir un PTSD à 12 mois post-traumatiques que le groupe contrôle (17% vs 7%). + Les régressions logistiques ont montré qu'une admission aux SI contribuait de manière significative au développement du PTSD, après avoir contrôlé les variables démographiques, l'état de santé mentale avant le traumatisme ainsi que les caractéristiques du traumatisme. Les patients traumatisés ont 3,45 fois plus de risque de développer un PTSD tardif s'ils ont eu une admission aux SI. Finalement, après le contrôle de plusieurs variables de risque, il semble que l'admission aux SI puisse en soi contribuer au développement du PTSD. + Le dépistage et les interventions précoces peuvent être particulièrement utiles pour cette population. 			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le risque augmenté de développer un PTSD suite à une admission aux SI n'a pas été totalement attribuable aux covariables identifiées. Cela soutient l'hypothèse que les SI en eux-mêmes sont un facteur de risque et soulève la possibilité que certains éléments propres pourraient se prêter à des modifications, ce qui réduirait le risque du PTSD sur le long terme. Des hypothèses sont soulevées pour expliquer cette relation :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les S engendrent un haut degré de troubles du sommeil. Les troubles du sommeil ont été associés au développement du PTSD, interrompant la consolidation de la mémoire traumatique et le traitement des matières émotionnellement traumatiques (Mellman, Bustamante, Fins, Pigeon & Nolan, 2002 ; Germain, Buisse & Nofzinger, 2007). + La nature stressante de l'expérience des SI peut inhiber le processus émotionnel de l'événement traumatique. En effet, il est reconnu qu'un haut niveau de stress après un événement traumatique augmente le risque de PTSD (Shalev, 2002). + Le délirium peut aussi jouer un rôle. Commun aux SI, le délirium est associé à l'usage de drogues particulières (incluant Dormicum et Fentanyl). DiMartini et al. (2007) suggèrent que les expériences du délirium peuvent constituer un événement traumatique, résultant en un PTSD. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les patients souffrants de TCC (moyen et sévère) étaient exclus. Pourtant, ils sont associés à de hauts taux de PTSD (Bryant, Marosszeky, Crooks & Gurka, 2000), ce qui pourrait sous-estimer la prévalence du PTSD dans la population traumatisée générale. + Malgré un grand échantillon, les patients jeunes et ceux n'ayant pas été admis aux SI étaient moins susceptibles de participer ou susceptibles d'abandonner. Ceci peut également sous-estimer la prévalence du PTSD, car l'âge jeune est un facteur de risque (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). + La mesure utilisée pour mesurer le soutien social avait une consistance basse, ce qui a pu diminuer la capacité 	X		

	<p>à identifier les relations entre le soutien social et le PTSD.</p> <p>✦ L'expérience des patients durant leur séjour aux SI n'a pas été enregistré. Des limites dans l'explication des relations entre PTSD-SI peuvent donc manquer.</p>			
Perspectives	<p>Des modèles d'intervention précoces ont été proposés pour les patients blessés à haut risque de troubles psychiatriques. En effet, O'Donnell et al. (2008) ont développé un outil de dépistage permettant d'identifier les patients à haut risque, permettant un modèle de soin renforcé. Celui-ci a démontré une amélioration des résultats à 12 mois post-traumatiques comparé aux traitements usuels. Beaucoup d'études montrent qu'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est efficace dans la prévention du développement du PTSD chez les patients à hauts risques (Bryant, Mastrodomenico & Felmingham, 2008). Ces résultats soutiennent l'argument pour l'intégration d'outils, de surveillances psychologiques et de management dans la routine des soins pour les patients traumatisés admis aux SI. Les patients blessés ayant été admis aux SI ont un risque augmenté de PTSD, et celui-ci peut survenir de manière tardive. Les professionnels de la santé travaillant avec des patients ayant été aux SI, quelque soit leur diagnostic, devraient être conscients du risque potentiel du développement d'un PTSD chez ces patients.</p> <p>Conclusion : les patients accidentés ont un risque plus élevé de développer un PTSD que la norme communautaire, encore plus s'ils ont eu une admission aux SI. Les risques d'un PTSD sont expliqués par une combinaison de facteurs comprenant : le sexe féminin, des antécédents traumatiques ou psychiatriques, la présence d'un TCC moyen, une plus grande durée d'hospitalisation et un passage aux SI. Le challenge pour les services de soins aigus est de développer des pistes permettant de mieux identifier les patients à risques, de détecter les signes précoces de psychopathologie ainsi que d'enquêter sur l'intervention au temps opportun. Le fait d'avoir conscience que les SI représentent un risque indépendant peut être un premier pas dans ce processus</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cette recherche correspond à ma problématique et donne des pistes de réponse ainsi que des chiffres aidant à reconnaître la problématique du PTSD en milieu aigu. Les outils utilisés par les auteurs sont en cohérence avec la thématique abordée et la structure de l'article est claire, ce qui permet sa bonne compréhension. Cette recherche est forte par la taille de son échantillon, son design longitudinal, la sélection randomisée des participants, elle est donc pertinente et rigoureuse.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Cette recherche cite plusieurs auteurs mettant en lien des facteurs de risques, des échelles et outils d'évaluation. Ceux-ci sont parfois en contradiction avec d'autres éléments lus dans d'autres études, ce qui peut être intéressant pour mon travail. Les patients accidentés ont un risque accru de développer un PTSD, encore plus s'ils ont été admis aux SI (3,45 fois plus, ce qui n'est pas négligeable). Ces éléments peuvent clairement faciliter le dépistage du risque de PTSD dans cette population. En effet, il n'est pas rare d'avoir des patients en chirurgie orthopédie ayant été précédemment admis aux soins intensifs. De ce fait, cette recherche est retenue pour cette revue de littérature étoffée.</p>			

4) Gustafsson & Ahlström (2006) : Emotional Distress and Coping in the early Stage of Recovery following Acute Traumatic Hand Injury : a Questionnaire Survey.

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Gustafsson, M. & Ahlström, G. (2006). Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury : a questionnaire survey. <i>International Journal of Nursing Studies</i> . 43 : 557-565.	X		
Lieux – Pays	Département des Sciences de la Santé, Université d'Örebro, Suède. Centre pour la recherche en soins infirmiers, Hôpital Universitaire d'Örebro, Suède.			
Introduction				
Enoncé du problème	La détresse émotionnelle (symptômes d'anxiété et de dépression) est plus fréquente chez les patients ayant un traumatisme aigu de la main par un accident dans les premières semaines suite à l'accident qu'à un stade ultérieur. Des connaissances sur les stratégies d'adaptation en relation avec la détresse émotionnelle utilisées par les patients pourraient aider à identifier ceux qui ont besoin de soutien.	X		
But	L'efficacité de l'adaptation dépend de savoir si elle est appropriée à une situation spécifique, ce qui signifie que l'adaptation doit être étudiée dans un contexte situationnel. Obtenir une connaissance des stratégies d'adaptation utilisées par des patients avec et sans détresse émotionnelle dans une situation spécifique va permettre de connaître le type de soutien en soins infirmiers nécessaire à cette population.			
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Décrire les différents types de coping utilisés par les patients dans les premiers stades de récupération suite à un traumatisme aigu de la main par accident. ✦ Investiguer les différences dans les types de coping chez ces patients. 			
Recension des écrits	La détresse émotionnelle dans les premières semaines suivant l'accident est due à plusieurs causes : perte fonctionnelle de la main, problèmes de dépendance, défiguration de la main, douleurs. En additionnant ces problèmes, les études reportent une fréquence élevée de stress traumatique en début de récupération, résultant de l'expérience menaçante de l'accident. Une étude a montré que l'évitement de tout ce qui rappelle le traumatisme, des réactions négatives à la vue de la	X		

	main, la nécessité d'une aide pour les activités de la vie quotidienne ainsi que des douleurs gênantes sont associés à la détresse émotionnelle. Ceci explique la prévalence de la détresse émotionnelle chez le 84% des patients au stade précoce de récupération à la suite d'une blessure aiguë de la main (Gustafsson et al., 2003).			
Cadre théorique	Modèle transactionnel du stress (Lazarus & Folkman, 1984).	X		
Méthodes				
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle, mettant en relation les différents types de coping utilisés par des patients souffrant et ne souffrant pas de détresse émotionnelle dans les suites immédiates d'un traumatisme aigu.	X		
Population (échantillon) et contexte	Population : 112 patients (79% du départ). Critères d'inclusion: blessure traumatique aiguë à la main nécessitant un traitement hospitalier, plus de 18 ans, lire et comprendre le suédois. Critères d'exclusion : blessures causées par une tentative de suicide, abus de drogues connus en raison de problèmes psychologiques avant le traumatisme. Contexte : patients recrutés dans un hôpital universitaire suédois.	X		
Éthique	Le consentement éclairé a été obtenu par appel téléphonique quelques jours après la sortie des patients de l'hôpital. Cette étude a été approuvée par le comité éthique de la recherche de l'hôpital.			
Méthodes et Collecte des données	Participants : sur une période de recrutement de 22 mois, tous les patients admissibles ont reçu des informations orales et écrites concernant ce projet avant leur sortie de l'hôpital. Les volontaires à l'étude ont rempli un questionnaire postal en moyenne 12 jours après l'accident. L'âge moyen des participants est de 45 ans, 88% sont des hommes, 72% sont mariés ou vivent avec un partenaire, 81% travaillaient avant l'accident et la durée du séjour à l'hôpital est en moyenne de 4 jours. Evaluations et mesures : + Santé et satisfaction de leur vie antérieure à l'accident obtenues par des échelles verbales : la majorité a estimé que sa santé était « très bonne » ou « excellente » avant l'accident et la plupart étaient « très satisfaits » ou « extrêmement satisfaits » de sa situation antérieure. + Informations sur les blessures et durée du séjour hospitalier obtenues par les dossiers médicaux : 29% ont eu une flexion des tendons (seul ou avec blessures de nerfs), 29% ont subi une amputation, 20% ont eu une extension des tendons et/ou des fractures, 10% ont de larges dommages aux tissus mous, de fractures et au moins une autre structure anatomique atteinte, 9% ont des blessures majeures de nerfs, vaisseaux artériels ou flexion des tendons, 3% ont eu une contamination des tissus mous. + Détresse émotionnelle mesurée par l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), développée spécifiquement pour la détection de la détresse émotionnelle chez les patients ayant une maladie somatique. Elle comprend 2 sous-échelles (anxiété et dépression) composées de 7 éléments.	X		

	<p>✦ Stratégies de coping mesurées par l'échelle Jalowiec face-40 (JCS-40). Celle-ci mesure 40 stratégies en évaluant la fréquence de leur utilisation (jamais=0, parfois=1, souvent=2, presque toujours=3) selon trois types de coping : 1) Le coping centré sur le problème (13 items) se concentrant sur la manipulation constructive de la situation pénible et impliquant une confrontation directe des problèmes rencontrés. 2) Le coping centré sur la pensée magique (14 items) consistant à moduler les tensions suite à un problème en essayant de modifier la perception, sans affronter directement le problème. 3) Le coping centré sur l'émotion (9 items) comprenant l'expression et l'extériorisation de la détresse générée par la situation en vue de continuer à fonctionner.</p> <p>Statistiques : Les réponses des différentes échelles ont été catégorisées puis analysées selon des méthodes statistiques valides et des corrélations entre les stratégies de coping également. Les différences dans le nombre de stratégies d'adaptation utilisées par les patients avec et sans détresse émotionnelle ont été étudiées avec le t-test comparant les 2 échantillons indépendamment. Il y avait un grand nombre de variables incluses dans les analyses, seules les valeurs p inférieures à 0,01 ont été considérées comme statistiquement significatives. Le logiciel statistique SPSS 12.0 a été utilisé pour les analyses statistiques.</p>			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, cette recherche montre une très grande rigueur, surtout au niveau statistiques.	X		
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair
Résultats				
Traitement des données	<p>Fréquences des patients avec détresse émotionnelle : entre une et deux semaines après l'accident, 35 patients (32%) ont reporté une détresse émotionnelle sous forme d'anxiété et de dépression. Les taux d'anxiété et de dépression ont pu être significativement corrélés ($p=0.62$). Aucune différence statistique n'a été mise en évidence entre les patients avec et sans détresse émotionnelle concernant l'âge, l'état civil, leur travail, l'évaluation de leur santé, leur situation de vie précédent l'accident ainsi que la durée d'hospitalisation. La moitié des patients avec détresse émotionnelle a subi une amputation, l'autre moitié avait des blessures diverses : aucun type d'accident particulier n'a pu être associé à la détresse émotionnelle.</p> <p>Stratégies de coping et style de coping : en moyenne chaque patient a utilisé 22 des 40 stratégies afin de gérer cette situation de stress. La stratégie utilisée par tous les patients et de manière fréquente (valeur à 3 = presque toujours) était « essayer de garder la situation sous contrôle ». D'autres stratégies, utilisées par 90% des patients avec une valeur à 2 (=souvent) étaient « essayer de regarder le(s) problème(s) objectivement et sous tous les angles », « accepter la situation telle qu'elle est » et « espérer une amélioration ». Beaucoup de patients utilisaient « parfois » (valeur 1) « en rire et penser que les choses auraient pu être pire ». Les moins utilisées (20%) étaient</p>	X		

	<p>« méditer, faire du yoga ou autre méditation », « prendre des médicaments pour diminuer les tensions », « prier et croire en Dieu », « blâmer quelqu'un d'autre » et « laisser quelqu'un d'autre résoudre les problèmes ». Il y a des différences significatives entre le nombre de fois et le type de stratégies utilisées : les stratégies centrées sur le problème étaient beaucoup plus souvent utilisées que celles centrées sur la pensée magique et les stratégies centrées sur l'émotion étaient les moins utilisées de toutes.</p> <p>Coping chez les patients avec (35) et sans détresse (76) : le nombre de stratégies utilisées diffère significativement entre les deux groupes de patients ($p=0.002$). Les patients avec détresse utilisaient en moyenne 24 stratégies contre 20 dans le groupe sans détresse. 9 stratégies diffèrent entre les 2 groupes de patients : 7 stratégies sont plus utilisées par le groupe détresse (dont 4 sont des stratégies centrées sur le problème) et 2 stratégies, centrées sur la pensée magique (« accepter la situation telle qu'elle est », et « penser qu'il n'y pas à s'inquiéter, que ça va se résoudre soi-même ») étaient plus utilisées par le groupe sans détresse. Ces comparaisons montrent que le style de coping centré sur le problème et sur l'émotion étaient plus fréquents chez les patients avec détresse ($p = 0.001$). Les stratégies centrées sur la pensée magique sont apparues dans les mêmes mesures dans les 2 groupes.</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les patients avec un traumatisme aigu de la main suite à un accident utilisent de nombreuses et différentes stratégies de coping dans les premières semaines suivant l'accident. Un tiers des patients ont des symptômes de détresse émotionnelle et utilisent significativement plus de stratégies. Cela suggère une relation entre l'apparition d'une situation stressante et l'accroissement du nombre de stratégie utilisée, ce qui s'accorde avec Lazarus(1992), pour qui les gens en général utilisent presque tous les types de coping dans des situations stressantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> + D'autres pathologies (HTA, SCA, BPCO, IRC) peuvent être misent en corrélation avec ces résultats : l'une des 5 stratégies de coping la plus utilisée est aussi « essayer de garder la situation sous contrôle », que ce soit dans des situations aiguës ou chroniques. + Le coping centré sur le problème dominait chez ces patients. Des études ont montré que d'essayer de garder le contrôle et de regarder le problème objectivement font partie des 5 stratégies les plus utilisées par la population et que les hommes les utilisent plus que les femmes (différence de genre). + Une étude a montré que les chinois n'essaient jamais de garder la situation sous contrôle (croyances culturelles). Les stratégies de coping centrées sur le problème seraient plus en relation avec des croyances culturelles et de genres qu'avec les caractéristiques de la situation. Cette étude était principalement constituée d'hommes et cela peut expliquer pourquoi le coping centré sur le problème a dominé. + La stratégie de coping centré sur la pensée magique (accepter la situation, espérer et en rire en pensant que cela pourrait être pire) est commune chez les patients souffrant de BPCO, IRC. Moins chez les personnes souffrant de pathologies moins sérieuses. Carver et al (1989) disent que l'acceptation est souvent utilisée lors de situations évaluées par le patient comme impossibles à changer. Les patients avec un traumatisme aigu de la main ne peuvent pas influencer la situation dans les premiers jours. Cela peut expliquer pourquoi l'acceptation 	X		

	était une stratégie commune dans cette situation spécifique.			
Perspectives	<p>Pour la pratique infirmière : connaître et observer, dans la pratique, les 7 stratégies les plus fréquemment utilisées par les patients avec détresse émotionnelle (espérer l'amélioration, diminuer la tension avec une activité physique, essayer de sortir le problème de sa tête, s'inquiéter, s'isoler, devenir nerveux ou s'énerver), avec la reconnaissance les symptômes de détresse émotionnelle peut aider à identifier les patients en besoin de support psychologique. De même pour les 2 stratégies centrées sur la pensée magique (accepter la situation comme elle est et la pensée positive que cela va se résoudre par soi-même), fréquentes dans le groupe sans détresse émotionnelle. Les infirmières devraient encourager l'utilisation de ces stratégies, dans un but de diminuer leur niveau de détresse.</p> <p>L'étude montre la nécessité du dépistage du besoin de soutien psychologique étant donné qu'un tiers des patients ont des symptômes de détresse dans les premières semaines suivant l'accident. Le besoin d'un soutien découle de l'évaluation personnelle du patient sur sa maladie, de son expérience du problème ainsi que de ses choix de coping (Lazarus, 1992). Le dépistage du besoin de soutien consiste à écouter attentivement et à prendre en compte la vision personnelle de la situation du patient.</p> <p>L'étude a identifié des stratégies liées à la détresse émotionnelle. Leurs observations, dans les premières semaines suivant l'accident laissent croire à un besoin de soutien. En effet, la plupart des patients ont besoin d'aide pour être en mesure de gérer les différentes activités de la vie quotidienne. Toutefois, la stratégie la plus utilisée et d'essayer de garder la situation sous contrôle. Il est important d'aider à entretenir ce sentiment, par exemple en laissant le patient décider quand et comment l'aide doit être donnée. Afin d'apporter un soutien adéquat du point de vue infirmier, il est toujours important de prendre en compte la manière dont le patient fait face.</p> <p>Limites : Il n'a pas été recherché chez les participants d'éventuels problèmes psychologiques. Les questionnaires ont démontré qu'ils se considéraient en bonne santé et étaient satisfait de leur situation de vie avant l'accident.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<i>Cette recherche est clairement structurée et répond aux critères de qualité de manière positive. Elle utilise de nombreux outils, valides et fiables. De plus, cette étude contient des tableaux de résultats explicites, rendant sa compréhension simple. Elle met en lien sa question de départ et y répond en proposant des pistes pertinentes pour la pratique infirmière. Son échantillon comporte une population large (112), montrant des résultats généralisables. Il ne s'agit pas d'accidentés de la route, certes. Cependant, il s'agit d'un traumatisme aigu, inattendu, pouvant s'y apparenter.</i>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	Cet article se réfère totalement à ma question de recherche. En effet, il s'agit de comprendre la manière dont l'individu s'adapte suite au traumatisme. Cette adaptation pouvant engendrer une détresse émotionnelle, la rendant alors inefficace. Les différents types de stratégies utilisés par des patients avec et sans détresses ont clairement montrés des différences significatives. Cela laisse penser qu'une observation attentive de ceux-ci peut permettre de dépister un besoin de soutien chez le patient. De ce fait, cette recherche est pertinente et permet de donner une partie de réponse à ma question de recherche.			

5) *Bryant et al. (2010) : Sleep Disturbance Immediately Prior to Trauma Predicts Subsequent Psychiatric Disorder.*

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D. & McFarlane, A. (2010). Sleep Disturbance Immediately Prior to Trauma Predicts Subsequent Psychiatric Disorder. <i>SLEEP</i> , 33 (1), 69-74.	X		
Lieux – Pays	École de Psychologie, Université de New South Wales, Australie.			
Introduction				
Enoncé du problème	Des preuves convergentes disent que l'insomnie est un facteur de risque de troubles psychiatriques ultérieurs.	X		
Objectif	+ Examiner la mesure dans laquelle les troubles du sommeil dans la période antérieure immédiate à un événement traumatique prédisent le développement de troubles psychiatriques ultérieurs.			
Hypothèses	Les patients avec des troubles du sommeil antérieurs (2 semaines) à la lésion traumatique sont plus susceptibles de développer des troubles psychiatriques post-traumatiques, comme un PTSD.			
Recension des écrits	Des études ont à plusieurs reprises constaté que les troubles du sommeil sont associés à un risque plus élevé du développement de dépression et d'anxiété. En effet, un sommeil détérioré peut limiter les capacités de la personne à gérer les stressors, ce qui précipite les troubles psychiatriques. Des troubles du sommeil avant un facteur de stress peuvent contribuer à des troubles ultérieurs car ils : limitent les ressources cognitive disponibles ainsi que le sommeil réparateur, nécessaires pour gérer le stress, contribuent à l'hypervigilance, pouvant conduire à un trouble psychiatrique et représentent un stress supplémentaire et composent l'effet du stressor environnemental. Des travaux ont étudié les troubles du sommeil chronique précédent l'apparition de troubles psychiatriques, Cependant, ces travaux n'ont pas étudié l'influence de perturbation du sommeil aigues avant de ressentir un stress marqué sur le développement de troubles psychiatriques ultérieurs.	X		
Cadre théorique	Les troubles du sommeil	X		
Méthodes				
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude randomisée longitudinale.			

<p>Population (échantillon) et contexte</p> <p>Éthique</p>	<p>Population : 1033 patients blessés suite à un traumatisme ont évalués durant leur séjour à l'hôpital puis à 3 mois post-traumatique (n=898). Critères d'inclusion : être âgé de 16 à 70 ans, parler et comprendre l'anglais, être hospitalisé plus de 24 h. Critères d'exclusion : TCC moyen ou sévère, psychotique ou suicidaire au moment du traumatisme, facultés cognitives affaiblies, sous surveillance policière. Contexte : cette étude c'est déroulée dans quatre hôpitaux traitant les traumatismes majeurs à travers l'Australie.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité de recherche et d'éthique de chaque hôpital. De plus, le consentement écrit de chaque participant a été obtenu avant la conduite des entretiens cliniques.</p>	X		
Méthodes et Collecte des données	<p>Participants : randomisés dans un système automatisé avec procédure d'assignation aléatoire selon la durée du séjour. Cette approche a été adoptée afin de ne pas recruter de façon différentielle des patients ayant séjourné à l'hôpital plus longtemps car ceux-ci pourraient être plus accessibles.</p> <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Des troubles psychiatriques au moment du traumatisme par le MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview, petit interview structuré sur les diagnostics du DSM-IV et CIM-10). + Les informations démographiques ainsi que celles liées à l'hospitalisation (ISS, cause de l'accident, durée d'hospitalisation, présence de TCC) ont été obtenues par les dossiers médicaux des patients. + Les troubles du sommeil aigu (dans les 2 semaines précédents le traumatisme) ont été mesurés par le Sleep Impairment Index (SII). Dans cette étude, 5 des 7 items mesurant ces perturbations ont été utilisés : l'endormissement, l'entretien du sommeil, le fait de se réveiller tôt, les perturbations du sommeil et la détresse causée par cette perturbation. + A 3 mois post-traumatiques, la prévalence des troubles psychiatriques ont été mesuré par le MINI par téléphone. + En plus du MINI, le PTSD a été mesuré à l'aide de la CAPS-IV (clinician Administered PTSD, scale-IV) afin d'identifier la fréquence et la sévérité du PTSD après le traumatisme. <p>Ces différentes mesures ont été réalisées par des évaluateurs formés au protocole par un psychologue clinicien. Toutes les évaluations ont été enregistrées. Pour évaluer la fiabilité, 5% des interviews CAPS et MINI ont été refaits par des évaluateurs ignorants la notation originale.</p> <p>Analyse des données :</p> <p>Les comparaisons des données (démographiques, blessures et sommeil et les 3 mois de suivi) ont été analysées en utilisant les t-tests pour les mesures continues et l'ajustement Bonferroni pour les mesures catégoriques afin de permettre des comparaisons. Pour évaluer la relation des troubles du sommeil avec d'autres facteurs, une régression logistique de 5 étapes a été menée : genre, mécanisme traumatique, ISS, âge, présence de trouble du sommeil.</p>	X		

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, cette recherche semble rigoureuse, sa démarche méthodologique étant clairement expliquée. De plus, les différentes mesures sont basées sur des outils valides et fiables.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>Caractéristiques des patients : sur les 1033 patient à avoir rempli le MINI et SII pendant l'hospitalisation, 64, 5% (n=666) ont eu des blessures suite à un accident de la route. 430 ont eu un TCC léger, 44,2% des blessures sévères et 28,8% des blessures moyennes (score ISS à 10,90 en moyenne). 73% des participants étaient des hommes et la durée de leur hospitalisation était de 12,47 jours. À 3 mois post-traumatiques, 898 patients ont complété les données par téléphone (87% de l'échantillon original). Les données des patients ayant abandonné ne différaient pas de ceux ayant continuer l'étude. 58% des patients (n=599) avaient des antécédents psychiatriques (26% de dépression majeure, 14% de PTSD, 7% de trouble panique, 13% d'agoraphobie, 9% de phobie sociale, 8% de TOC, 10% d'anxiété généralisée, 39% de toxicomanie). Les 324 patients ne présentant aucun antécédent de trouble ont été évalués à 3 mois.</p> <p>Prévalence des troubles psychiatriques à 3 mois d'évaluation : les résultats indiquent que les troubles psychiatriques étaient communs, même chez les patients ne présentant aucun trouble avant le traumatisme. Au total, 255 patients (28% de l'échantillon évalué à 3 mois post-traumatiques) ont rencontré un trouble psychiatrique, dont 96 patients (30%) qui n'avaient pas de troubles précédemment. Les troubles les plus fréquents étaient la dépression majeure (15%), l'agoraphobie (13%), le PTSD (11%), et les trouble d'anxiété généralisée (9%). En termes de bénéficiaires d'aide en santé mentale à 3 mois post-traumatiques, 147 personnes (16%) ont indiqué avoir consulté un professionnel de santé mentale et 84 (9%) ont eu des médicaments prescrits pour "le stress, la dépression ou des problèmes de sommeil."</p> <p>Des troubles du sommeil aigu (2 semaines avant une blessure traumatique) sont un facteur significatif dans le développement d'un trouble psychiatrique à 3 mois post-traumatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> + En incluant tous les patients ; les troubles du sommeil ressortent comme un facteur prédictif significatif. Les patients ayant un trouble du sommeil étaient 2,44 fois plus à risque de développer un trouble psychiatrique que ceux n'ayant pas de trouble du sommeil avant le traumatisme. + Les patients n'ayant pas d'antécédents psychiatriques étaient 3,16 fois plus à risque de développer un trouble psychiatrique s'ils avaient des perturbations du sommeil avant le traumatisme que ceux qui n'en avaient pas. Ils sont 30% (soit 96) à avoir développé un trouble psychiatrique à 3 mois. La régression logistique a montré que le développement d'un trouble psychiatrique, et celui du PTSD particulièrement, étaient prédictifs par le genre féminin (p=0,05) et les troubles du sommeil (p=0,001). 	X		
Discussion				

<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats fournissent la preuve que les troubles du sommeil aigu avant un événement traumatique sont un facteur de risque significatif dans le développement de troubles psychiatriques post-traumatique, incluant le PTSD. De plus les troubles du sommeil prédisent le développement ultérieur de troubles psychiatriques au-delà des effets d'âge, du sexe, du mécanisme du traumatisme, de la gravité des blessures et des antécédents psychiatriques. Dans ce sens, ces résultats valident et confirment l'insomnie chronique comme facteur prédictif solide de troubles psychiatriques chez l'adulte et que des troubles du sommeil aigus, 2 semaines avant un facteur de stress majeur, contribuent à des troubles ultérieurs. Plusieurs explications peuvent être données : il peut y avoir des mécanismes communs dans la relation entre les troubles ou des mécanismes spécifiques comme le risque posé par des troubles du sommeil immédiatement avant le traumatisme. Les personnes ayant ces perturbations peuvent avoir des difficultés dans l'adaptation au stress post-traumatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Des troubles du sommeil : ils peuvent réduire les ressources cognitives, émotionnelles et physiques requises pour l'adaptation optimale. Par exemple, la fatigue et une faiblesse cognitive sont souvent reportées en cas d'insomnie, des troubles de la concentration et de l'attention. + L'intelligence pré-traumatique et la capacité d'évaluer les événements de manière réaliste sont protecteurs au développement d'un PTSD. Des troubles cognitifs associés à une perturbation du sommeil peuvent limiter ces fonctions et contribuer au trouble psychiatrique subséquent. + Des modèles de l'insomnie sont basés sur l'hyperactivité, fondamentale dans ce trouble, pouvant associer des niveaux d'excitation cardiovasculaire et neuroendocrinienne. La personne est plus susceptible de développer un trouble psychique (surtout anxieux) car sa propension pour le conditionnement de la peur avant l'accident est déjà augmenté par l'augmentation de la vigilance. + Des modèles du PTSD disent que l'excitation extrême du sympathique au moment du traumatisme peut entraîner le rejet de substances neurochimiques du stress (y compris noradrénaline et adrénaline). Celles-ci interviennent dans la consolidation de la mémoire traumatique (Pitman, 1989). Il est prouvé qu'une hyperréactivité antérieure à l'exposition au traumatisme prédit un PTSD (Guthrie & Bryant, 2005). Une excitation élevée associée à des troubles du sommeil peut alors contribuer à des réactions d'anxiété plus forte suite à un traumatisme, conduisant à des taux plus élevés de troubles psychiatriques ultérieurs. + Le trouble du sommeil peut représenter un facteur de stress en lui-même et aggraver les ajustements post-traumatiques. En effet, le PTSD est influencé par le degré de stress vécus dans la période post-traumatique (Bryant & Harvey, 1995). <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation des troubles du sommeil a été faite avec une échelle SII modifiée. Il n'a donc pas été possible d'identifier avec certitude les insomnies cliniques avant l'accident traumatique. • 58% des participants souffrait de troubles psychiatriques, ce qui est plus haut que la norme australienne. Cela a pu augmenter la possibilité d'antécédents de troubles psychiatriques et donc la possibilité que les troubles du sommeil puissent contribuer à l'apparition de lésions traumatiques. Cela suggère aussi que la survenue de lésions 	<p>X</p>		
--	--	----------	--	--

	<p>traumatiques peut être associée avec des antécédents de troubles psychiatrique, comme le disent O'Donnell, Creamer, Elliott, Bryant, McFarlane & Silove (2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les troubles psychiatriques ont été indexés dans le temps, pas les troubles du sommeil (s'ils étaient dépendant ou indépendant de troubles psychiatriques). Le fait que la relation entre perturbation du sommeil avant le traumatisme et troubles psychiatriques ultérieurs était plus faible quand tous les patients étaient inclus dans l'analyse appuie la conclusion qu'il peut y avoir une relation complexe entre fonctionnement psychologique antérieur, perturbation du sommeil et ajustement au traumatisme. • La qualité ou le type de traitement reçu par les patients n'ont pas été évalués, alors qu'ils peuvent avoir un impact potentiel sur l'ajustement. 			
Perspectives	<p>Malgré les limites, les données fournissent des preuves qu'un trouble du sommeil aigu précèdent l'exposition à un traumatisme représente un facteur de risque significatif de troubles psychiatriques ultérieurs (Harvey & Bryant, 1998 ; Koren et al., 1999). Cette étude prouve également que les troubles post-traumatiques, comme le PTSD, sont caractérisés par des troubles du sommeil (91% d'anciens combattants ayant un PTSD rapportent des troubles du sommeil). Cette recherche soulève la question de savoir si les troubles du sommeil associés au PTSD sont une fonction des symptômes du PTSD ou s'ils sont des problèmes prédisposant, rendant alors les personnes vulnérables au développement d'un PTSD.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cette recherche correspond à ma problématique. En effet, elle fournit des pistes et des chiffres parlant, en lien direct avec des facteurs prédisposant un PTSD à la suite d'un accident de la route. Les différents outils utilisés sont en cohérence avec la thématique abordée et la structure de l'article est claire, facilitant sa compréhension. De plus, cette étude a un point fort, la taille de son échantillon de plus de 1000 personnes accidentées. De même, son design longitudinal et sa sélection randomisée des participants rendent ses résultats généralisables. Il s'agit donc d'une recherche pertinente et rigoureuse.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>L'étude donne une nouvelle caractéristique à prendre en compte dans le dépistage des accidentés de la route susceptibles de développer un PTSD ultérieur à l'événement traumatique. Les chiffres sont parlant, les troubles du sommeil peuvent prédire un PTSD, surtout chez les personnes en souffrance avant le traumatisme (3,16 fois plus). De plus, cette recherche a été réalisée à l'intérieur d'un service de chirurgie et 64,5% de l'échantillon a eu un accident de la circulation. Nous retenons cette recherche pour notre travail.</p>			

6) Malcoun et al. (2010) : Feasibility of Identifying Eligible Trauma Patients for Posttraumatic Stress Disorder Intervention.

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Malcoun, E., Houry, D., Arndt-Jordan, C., Kearns, M.C., Zimmerman, L., Hammond-Susten, M. & Rothbaum, B. (2010). Feasibility of Identifying Eligible Trauma Patients for Posttraumatic Stress Disorder Intervention. <i>Western Journal of Emergency Medicine</i> . 11 (3), 274-278.	X		
Lieux – Pays	Université Emory, Atlanta, Géorgie, Etats-Unis.			
Introduction				
Enoncé du problème	Comprendre qui a besoin de traitement, qui est susceptible de le recevoir et les raisons pour lesquelles les patients choisissent un traitement, alors que d'autres non, est nécessaire afin de développer un programme d'intervention efficace, permettant de prévenir le développement du PTSD dans les suites d'un traumatisme.	X		
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Dans un premier temps : identifier quels patients victimes de traumatismes sont éligibles à une étude offrant une intervention thérapeutique précoce pour la prévention du PTSD. ✦ Dans un second temps : identifier les raisons autour de la participation. 			
Recension des écrits	10% à 40% des survivants à un traumatismes peuvent potentiellement développer un PTSD (O'Donnell et al. 2010 ; O'Donnell et al. 2004 ; Zatzick et al., 2002). Les viols entraînent généralement plus de PTSD que les autres blessures traumatiques (Norris, 2009) et les accidents de la circulation causeraient 28 cas de PTSD sur 1000 soit 2,8%, cependant, l'impact psychologique de ces survivants n'est pas assez étudié selon Norris (2009). Beaucoup de recherches sur la prévention du PTSD ont été menées ces 20 dernières années. Bien que plusieurs types de traitements aient été étudiés et recommandés, la thérapie cognitivo-comportementale s'avère être l'approche la plus efficace pour réduire les symptômes du PTSD. Des interventions précoces, livrées individuellement dans un nombre limité de séance intégrant des techniques de TCC, ainsi que des techniques d'exposition spécifiques, sont généralement efficaces pour réduire l'incidence du PTSD (Bisson & Andrew, 2007).	X		
Cadres conceptuels	PTSD / Thérapie cognitivo-comportementale / Traumatismes	X		
Méthodes				

Devis de recherche	Cette recherche a un devis descriptif corrélational.			
Population (échantillon) et contexte	Population : Au départ, 1961 patients victimes de traumatisme ont été approchés, 275 rentraient dans les critères de l'étude et au final, 245 personnes se sont déclinées. 30 patients se sont donc inscrits à cette intervention précoce. Critères d'inclusion : être âgé de 18 à 65 ans, parler anglais, avoir vécu un événement traumatique dans les 72 heures et avoir craint d'être tué ou grièvement blessé, pouvoir sortir de l'hôpital pour le suivi des rendez-vous, être alerte, orienté et capable de donner son consentement éclairé. Critères d'exclusion : avoir perdu conscience de plus de 5 minutes durant le traumatisme, avoir des antécédents d'une maladie mentale grave, être suicidaire ou avoir une dépendance en cours. Contexte : des patients se présentant dans le département des urgences d'un grand hôpital public américain.	X		
Éthique	Cette recherche a été approuvée par le comité de recherche de l'hôpital et la commission institutionnelle de l'université. De plus, le consentement éclairé de tous les participants a été demandé et obtenu.			
Méthodes et Collecte des données	Procédure : les patients ont été évalués par l'une des trois évaluatrices, ayant au minimum un titre de master en psychologie ou travail social, sur les critères nécessaires pour que l'intervention précoce dans la prévention du PTSD puisse être menée. Les patients éligibles ont ensuite été contactés et ont reçu une explication sur l'étude. Collection des données : les statistiques descriptives ont été calculées pour déterminer les différences chez les patients inadmissibles, admissibles ou consentants à l'étude. Les données ont ensuite été reprises en utilisant un suivi des données démographiques, du type d'événement traumatique ainsi que des raisons d'exclusion ou de refus. Les informations entrées dans la base de données ont été contre-vérifiées par un second évaluateur afin d'assurer la cohérence du codage et de sa précision. Le t-test pour les moyennes indépendantes et des Chi carré pour la qualité de l'ajustement ont été utilisés, afin de déterminer si des groupes étaient significativement sur-représentés dans les échantillons admis et retenus.	X		
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, la méthode de l'étude est bien explicitée laissant penser que leurs conclusions sont crédibles et transférables.	X		
Résultats				
Traitement des données	Participants : Au cours d'une période de 6 mois, 1961 patients se sont présentés pour le traitement d'une lésion traumatique dans un service d'urgence, dont 37,9% suite à un accident de la circulation (le plus haut pourcentage de tous les patients traumatisés). 1686 patients se sont vu être inéligibles à l'étude. Les principales raisons à cet exclusion étaient que 23,4% n'avaient pas craint pour leur vie ou que l'événement n'était pas traumatique ou qu'ils avaient subi une perte de connaissance (12,9%). Sur les 275 personnes restantes, 245 ont décliné leur participation à l'étude. 62,4% (153 personnes) de ces personnes étaient des victimes d'accident de la circulation. 88,6% ont	X		

	<p>donné une raison de leur abandon : la plus fréquente était le désintérêt à consulter (25,3%), 20,8% voulaient rentrer chez soi et 19% se sont dit souffrants. Ce qui fait que l'échantillon final des patients inscrits à l'étude se compose de 30 participants. Sur ces 30 personnes, 11 sont des survivants d'un accident de la route (36,7%, la plus grande proportion), 8 ont subi des agressions physiques (26,7%) et 8 des agressions sexuelles (26,7%). Les victimes d'agression sont le groupe ayant eu la plus grande évolution : à la base, leur échantillon était à 3%. Les t-tests ont examiné si les participants éligibles (275) se distinguaient des patientes non-éligibles (1686) et si les patients inscrits différaient de ceux ayant refusé en termes d'âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Les patients éligibles étaient significativement plus jeunes (35,6 +/- 13,03) que les patients non éligibles (41,77 +/- 17,65, p <0.001) et les participants inscrit étaient aussi significativement plus jeunes que ceux qui ont refusé (29,30 contre 36,34, p <0.0,1). <p>Les analyse Chi-carré ont comparé les genres, les races ainsi que les types de traumatisme entre les patients enrôlés et ceux ayant refusés. Les personnes généralement plus susceptibles de participer à une étude offrant une intervention psychologique dans les suites immédiates d'un événement traumatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Les femmes étaient plus susceptibles d'être éligibles et enrôlées que les hommes. En effet, 21% des femmes ont été éligibles et 15,4% se sont enrôlées dans l'étude, alors que seul 10,6% des hommes étaient éligibles et que 5,6% se sont enrôlés. Les victimes d'agression de sexe féminin étaient plus susceptibles de s'inscrire que celles de sexe masculin. Par contre, hommes (6,0%) et femmes (7,2 %) survivants d'accident de la route étaient tout aussi susceptibles de s'inscrire (p = .99). ✦ Les différences entre races ont été comparées en termes d'éligibilité (afro-américains, caucasiens et autres). L'analyse de correction Bonferroni a relevé que les afro-américains (17,7%) étaient plus susceptibles d'être éligibles que les « autres » mais tout autant que les caucasiens (12,3%, p=0.02). Par contre, en termes d'inscription, aucune différence significative n'a été trouvée entre groupe ethnique. ✦ Il n'y a pas eu de différences dans les types de traumatismes entre les patients éligibles et non-éligibles. Par contre, les victimes d'agressions (physiques et sexuelles, 18,4%) étaient plus susceptibles de s'enrôler que les survivants d'accident de la route (6,7%, p<0.01). <p>Au final, 14% (275) des victimes de traumatismes ont été éligibles et 10% (30) se sont inscrites dans cette étude proposant une intervention précoce pour la prévention psychologique du PTSD. Le type de traumatisme, l'âge et le sexe peuvent jouer un rôle dans la détermination de la préférence pour recevoir des services psychologiques immédiatement après un événement traumatisant.</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Qui est plus susceptible de participer à une intervention précoce pour prévenir le PTSD ? les patients éligibles étaient plus jeunes, mais le type de traumatisme ne se différenciait pas. Les jeunes sont plus susceptibles de rencontrer les critères d'inclusion ainsi qu'aux nouvelles thérapies et y retourner pour un suivi de plusieurs rendez-vous. Les patients plus âgés étaient plus susceptibles de rencontrer les critères d'exclusion. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : les plus de 65 ans étaient exclus de l'étude et l'événement traumatique a résulté en un plus</p>	X		

	<p>grand niveau de soins médicaux chez les patients plus âgés. L'analyse des taux d'inscription révèle que les victimes d'agression (physique et sexuelle) étaient plus susceptibles de s'inscrire que les survivants d'accident de la route, de même que les patients plus jeunes et les femmes. Comme la majorité des inscrits étaient des femmes victimes d'agression (100% des victimes d'agression sexuelle, 87,5% des victimes d'agression physique), les raisons des taux d'inscription plus élevés chez les victimes d'agression et les femmes sont très probablement liées. Quelques raisons pouvant expliquer le taux plus élevé de victimes d'agression : ce type d'événement est plus susceptible d'entraîner des blessures physiques et un sentiment de violation personnelle parmi les victimes, entraînant une réceptivité accrue à l'assistance psychologique, ou les femmes sont plus réceptives aux conseils.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Les évaluateurs étaient des femmes. Ceci peut avoir eu une influence entre les taux d'inscription et le sexe. ✦ Ces résultats sont généralisables à petite échelle. ✦ Les afro-américains sont plus susceptibles d'être éligibles que les autres races, mais le taux de ce groupe dans l'hôpital était élevé, et la majorité des latinos étaient non-anglophones, donc exclus. ✦ La majorité des participants issus de ménages à faible revenu et ont été payés pour participer à cette recherche. Ils pourraient avoir gonflé les taux d'inscription. 			
Perspectives	<p>Perspectives : les résultats proviennent d'une large étude encore en cours d'intervention. Celle-ci documente la possibilité de fournir une intervention précoce pour les personnes se présentant aux urgences suites à des lésions traumatiques avec l'espoir de prévenir les séquelles d'un PTSD. L'étude estime le nombre et identifie qui est susceptible de recevoir un traitement psychologique, immédiatement après un événement traumatique ainsi que les raisons pour lesquelles les patients ont adhéré ou pas à la participation de cette étude. Ces informations peuvent être utiles aux cliniciens, en les aidant à identifier les candidats susceptibles d'accepter des intervention et de découvrir les obstacles éventuels à l'inscription des patients.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cette étude correspond à mon thème de recherche lié au dépistage du risque d'ESPT. En effet, elle donne des pistes et des chiffres parlant, permettant de comprendre qui est plus susceptible de recevoir une aide psychologique précoce dans les suites d'un événement traumatique. Les outils utilisés sont en cohérence avec la thématique abordée et la structure de l'article est claire. Cette recherche comporte certe des limites non négligeables, surtout par la taille relativement faible de son échantillon (30) mais elle reste pertinente et rigoureuse.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Cette recherche reprend quelques chiffres qui sont parfois en contradiction avec d'autres résultats (nombre de PTSD lié au MVA). Cependant, elle est intéressante car elle donne des pistes pour la pratique. En effet, elle identifie qui est potentiellement ouvert à participer à une intervention psychologique précoce dans la prévention du PTSD. Ceci peut être utile à la pratique infirmière en milieu aigu. De plus, elle concerne les survivants d'accident de la route et a fait des comparaisons entre différents types de traumatismes. Bien qu'elle se soit concentrée dans un service d'urgence, les résultats sont certainement transférables à la population hospitalisée en chirurgie orthopédie. La recherche répond positivement à la plupart des éléments critiques d'une analyse quantitative. Pour toutes ces raisons, elle est retenue dans ma sélection de recherche pour cette revue de littérature étoffée</p>			

7) *Tan et al. (2008) : Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore.*

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Tan, K.L., Lim, L.M. & Chiu, L.H. (2008). Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore. <i>International Council of Nurses</i> , 55, 110-116.	X		
Lieux - Pays	Étude menée à Singapour, élaborée par l'école des sciences infirmières et sage-femmes de l'Université Victoria, Melbourne, Australie.			
Introduction				
Enoncé du problème	Les victimes d'accidents de la route (MVA) subissent souvent des fractures ouvertes et nécessitent souvent de réadaptation et de soutien pour s'adapter à une invalidité de longue durée ou permanente. Des recherches en soins infirmiers existent sur les patients blessés, mais peu ont exploré leurs vécus.	X		
Objectif	✦ Explorer et comprendre les expériences des patients en orthopédie blessés dans des MVA, à partir de l'accident jusqu'à 6 mois après être sorti de l'hôpital.			
Recension des écrits	<p>Un traumatisme est un facteur de stress identifiable, soudain, imprévu, hors du contrôle de la victime et de sa famille. Shalev et al. (2000) définissent le mot «traumatisme» en ce que les individus ressentent quand leur vie est bouleversée. La racine grecque, «traumat-» signifie «blessure» et la connotation d'une coupure ou une fracture fournit la métaphore de cette étude (Everstine & Everstine 1993, p. 3). Les conséquences physiques, psychologiques et psychosociales du traumatisme ont été étudiées par des études quantitatives (Bisson & Kitchiner 2003; Verhaeghe et al., 2005). Elles indiquent que le traumatisme peut conduire à la peur et l'anxiété, surtout pour les personnes dont la mobilité a été affectée. Ces sentiments s'inscrivent dans le PTSD. Les victimes éprouvent des troubles de mémoire, un manque de concentration et de l'effroi. Les douleurs non résolues entretiennent des sentiments d'anxiété et de détresse psychologique, qui accroissent les perceptions de la douleur et le sentiment d'incapacité. Généralement, ces situations conduisent les victimes à l'isolement social et leur portent atteinte psychologiquement (Wang et al. 2005). Suite à l'événement, les victimes de MVA souffrent de réactions psychologiques, résultant fréquemment dans : la crainte de conduire, la dépression majeure et/ou le développement de phobies envers les véhicules (Mayou et al. 2001).</p> <p>Richmond et al. (2000) explorent la trajectoire des victimes de traumatismes physiques. Pour les survivants, l'événement crée une ligne de démarcation, séparant leur vie d'avant et d'après. Les auteurs identifient 3 phases :</p>	X		

	« l'événement » comme point de départ de la trajectoire pour reprendre la vie, « les répercussions » du traumatisme, comprenant les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles, et « aller de l'avant » où les survivants reconnaissent que leurs vies sont à jamais différentes. Les survivants ont révélé dans cette étude que les autres ne comprenaient pas leur trajectoire, les mettant au défi de se remettre en place dans la société.			
Cadre théorique ou conceptuel	Base philosophique de l'ontologie naturalistique de Lincoln et Guba (1985), appropriée pour explorer et saisir l'expérience de l'échantillon. Elle s'intéresse à des questions impliquant la conscience humaine et la subjectivité, mettant la valeur dans l'homme et ses expériences.	X		
Méthodes				
Devis de recherche	C'est une recherche qualitative. L'approche naturalistique prend en considération les événements de la vie en se concentrant sur la personne dans son ensemble et en reconnaissant les informations individuelles comme des informations subjectives plutôt que statistiques.			
Population (échantillon) et contexte	Population et contexte : 6 patients ayant vécu un événement traumatique suite à un accident de la circulation, hospitalisés en orthopédie à Singapour, répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Critères d'inclusion : plus de 21 ans, être impliqué dans un MVA ayant provoqué des blessures musculosquelettiques, être hospitalisé plus de 5 jours, bénéficier de physiothérapie au moins 3 fois par semaine ainsi qu'être compétent en anglais. Critères d'exclusion : avoir subi des lésions cérébrales, des blessures multiples à l'abdomen ou à la tête.	X		
Éthique	Étude approuvée par le comité éthique des recherches sur l'homme de l'université Victoria en Australie. Les participants ont reçu des informations avant de signer le formulaire de consentement. L'autorisation d'une bande sonore pour l'entrevue a été obtenue. Les noms des participants n'ont pas été divulgués : des pseudonymes ont été utilisés pour assurer l'anonymat et la confidentialité des participants.			
Méthodes et collecte des données	Collecte des données : entretiens individuels, durant moins de 2 heures, enregistrés et retranscrits mot à mot. Des copies ont été données aux participants dans la semaine suivant l'entretien pour confirmation et validation. Analyse des données : selon les analyses qualitatives (Miles & Huberman, 1994), 3 processus clés sont effectués : 1. Affichage des données : entrevues enregistrées retranscrites immédiatement après les entrevues puis affichées pour que le chercheur puissent les lire et s'imprégner de chaque vécu avant analyse des contenus. 2. Réduction des données : identifier les caractéristiques communes et rares. Les mots et expressions dans les phrases communes ont été soulignés pour mettre en évidence les idées clés. Ceux-ci ont ensuite été classés de façon logique, en fonction des similitudes, pour réduire les données et faciliter l'interprétation. 3. Interprétation des données : identifier les thèmes, associés en 4 grandes catégories.	X		

	<p>Risques : Les participants pouvaient se retrouver en difficulté à travers une réflexion sur leur expérience. Les participants avaient le droit de se retirer à tout moment et un suivi psychologique était accessible si nécessaire. Un temps était accordé après chaque entrevue pour s'assurer que les participants n'avaient pas été affectés par ce qu'ils avaient communiqué.</p>			
Rigueur	<p>Un journal a été tenu durant la période d'entretiens pour documenter les indices non verbaux (expressions corporelles, gestes et ton de la voix, milieu environnant). Pour la crédibilité, chaque participant a été consulté afin de vérifier la validité : la fiabilité est donc atteinte (Lincoln & Guba, 1985). Pour améliorer la transférabilité des résultats, une infirmière experte en traumatologie a lu les transcriptions, déclarations importantes, mots clés, thèmes et catégories formulés. Une autre infirmière indépendante a passé en revue les résultats. Ces expertes ont approuvé les thèmes et catégories. La confirmabilité exige d'un chercheur d'être impliqué avec les participants et les résultats, de ne pas s'éloigner dans l'intérêt de la vérité. Les participants ont eu l'occasion d'examiner, débattre et suggérer des changements dans les résultats.</p>	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>1) L'expérience de l'événement : Les réactions à l'égard de l'accident ont été décrites par les participants dans les commentaires suivants: « J'étais ébranlée, en état de choc... », « Je ne sais pas ce qui s'est passé, j'étais encore endormi, tout semblait flou ». Les souvenirs de l'accident étaient effrayants et stressants pour une participante de 27 ans qui disait au centre de réadaptation «J'ai été trop choquée pour réagir. Je pense que j'étais paralysée et fragile à ce moment-là. Je ne me souviens pas très bien de l'accident... ». Cette patiente se souvient du sentiment de perte et de tristesse lors de l'annonce de la mort de son amie dans l'accident : « douleur, colère, culpabilité et tristesse... Il me semblait perdre quelque chose. Comme s'il y avait une sensation de vide en moi. Je me sentais responsable pour elle ». En plus d'être anxieux, nerveux et craintif, 3 participants ont exprimé leurs préoccupations concernant leurs véhicules, comme l'exprime un participant : « qu'est-ce que je pensais... paniqué... choqué... mais vous êtes plus inquiet pour la machine que pour vous-même. Ma moto était ma principale préoccupation, je me sentais mal à ce sujet ». Dans l'ensemble, les participants ont exprimé un sentiment commun d'anxiété, de choc et de perte à la suite de l'événement traumatique. Les réactions d'une participante ont été fortement influencées par la mort de sa meilleure amie, tandis que 3 autres étaient particulièrement préoccupés par le coût des réparations de leurs véhicules.</p> <p>2) L'effet de l'hospitalisation : S'en sortir d'un accident indemne a sans aucun doute un impact moindre sur l'individu. Mais si les blessures sont plus graves et nécessitent une hospitalisation, l'impact est complètement différent sur la vie de la victime. La plupart des participants ont décrit leur expérience de l'hospitalisation comme traumatisante. Quelle que soit la gravité de leurs blessures, les participants ont décrit le milieu hospitalier comme « un business, un endroit très</p>	X		

	<p>occupé et étrange, mécanique, à l'écart, insensible et montrant un manque d'intérêt sur leurs progrès ». La qualité des soins donnés par les infirmières n'a pas rencontré les attentes des participants. Un patient déclare : « Je m'attendais à ce que les infirmières comprennent, fournissent des soins, se préoccupent et offrent un suivi psychologique... ». Cela reflète les attentes semblables des 5 autres participants ; tous ont dit avoir été déçu dans leurs expériences avec les infirmières rencontrées. En revanche, 3 patients ont indiqué avoir rencontré des infirmières qui allaient au-delà de leurs devoirs d'aide et de soins envers eux. Un des participants a partagé son expérience en racontant comment il se sentait plus en sécurité quand il les voyait dans le service. Un autre patient raconte un souvenir d'une des nuits à l'hôpital « L'une des infirmières est arrivée, elle m'a accueilli par une attitude chaleureuse et m'a demandé comment je me sentais. Je me suis senti comme si j'étais le seul patient. J'ai trouvé cela exceptionnel et rassurant le fait que j'étais effectivement pris en charge... Elle semblait avoir beaucoup de patience. Cette nuit-là, je me sentais mieux, comme si enfin quelqu'un écoutait ». Les participants ont subi des blessures graves et avaient besoin de personnes autres que leur famille pour les soutenir, par conséquent ils avaient besoin que les infirmières comprennent leurs blessures, soient plus sympathique et sensible à leur égard..</p> <p>3) Survivre à l'événement : Ce thème reflète la façon dont les participants ont survécu à l'impact du MVA à travers diverses stratégies d'adaptation. Tous les participants ont partagé des perceptions similaires sur la grande source de réconfort que le soutien de la famille et des amis ont fournis. Bien qu'ils aient soutenu les participants tout au long de la trajectoire d'adaptation et de réadaptation, 2 participants expriment qu'un des moyens pour surmonter ce traumatisme était au travers de leurs croyances spirituelles. Comme ils avaient perdu le contrôle d'eux-mêmes, ils ont prêché la confiance de Dieu pour prendre le contrôle de leur situation. 3 participants ont utilisé leur expérience antérieure de MVA comme une autre stratégie pour survivre à l'événement. Durant les entretiens, ils affichaient plus de contrôle sur leurs sensations / sentiments et une attitude positive envers l'accident. Ils ont approché cette situation en réfléchissant sur leurs précédents accidents. Pour eux, l'événement actuel était pire que leurs expériences antérieures, mais a été plus facile à gérer.</p> <p>4) L'auto-transformation : La plupart des participants ont été contraints de revoir et de réfléchir sur leur vie. Un participant raconte : « à cause de cet accident, j'ai réalisé l'importance de mon travail. Je devrais faire quelque chose pour développer, découvrir et exceller mon potentiel ». 3 participants se sont remis de l'accident avec un sentiment d'acceptation et de compréhension de ce que cela signifiait d'être guéri de cet impact en prenant le contrôle sur leur vie et en faisant des plans pour leur avenir. Un participant dit regarder la vie dans une perspective différente, reflétant l'importance d'être en bonne santé ; pour lui la vie n'est plus seulement les choses matérielles. Une autre participante, ayant perdu son bras droit dans l'accident, exprime comment elle a appris l'acceptation de son corps modifié, qui l'obligeait à recentrer son but dans la vie. Elle dit que cet accident a été « un signe pour me dire de reprendre ma vie et de faire quelque chose d'utile ». Dans le cas de 2 patients, l'accident a modifié leurs attitudes et pensées. Un</p>			
--	---	--	--	--

	patient dit essayer de faire les choses immédiatement, de ne plus se dire « ça attendra demain ! ». Tous les participants ont perçu qu'ils avaient changé et été transformé, en particulier dans leurs attitudes à l'égard de divers aspects de leur vie. L'accident n'a pas seulement touché leur apparence physique, mais aussi la façon dont ils gèrent les choses dans la vie.			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Dans la période initiale, les participants vivent un choc, un engourdissement, une perte de pensées. Jeavons et Greenwood (2000) disent que les victimes subissant une blessure rompent immédiatement avec leur environnement familial. Elles sont en colère, effrayées, souffrent de douleurs, craignent pour leur vie, ce qui les font se sentir perdues, plus vulnérables. Une participante a perdu son amie, elle a eu une réaction plus grave appelée par Coelho (2002) « culpabilité du survivant ». La terreur de l'accident expérimentée pourrait être argumentée comme un signe de PTSD (Everstine & Everstine 1993). Jeavons (2001) affirme que les victimes d'accidents mineurs peuvent avoir des taux plus faibles de PTSD et montrer des signes et de stress aigu. 3 participants ont été plus préoccupés par leurs véhicules ; à Singapour les véhicules coûtent très chers.</p> <p>L'hospitalisation : Plusieurs études (Chamberlain 2006; Wongvatunyu & Porter 2005) ont souligné le soutien psychosocial comme une exigence importante pour les patients à l'hôpital. Dans cette étude, la plupart des participants estimaient que les critères pour leur santé, bien-être et rétablissement n'étaient pas rencontrés durant l'hospitalisation. Ils ont ressenti un manque de compréhension et de conseils des infirmières dont ils avaient besoin pour leur rétablissement. Les participants ayant exprimé une rencontre positive avec l'infirmière, ont apprécié l'occasion de partager leurs inquiétudes et préoccupations et ont reconnu la valeur de la proximité, qui a clairement influencé leur processus de récupération. Cela confirme qu'une relation étroite soignant-soigné permet aux patients d'expérimenter des soins holistiques et individualisés (Smith & Godfrey, 2002).</p> <p>Survivre à l'impact : Carmack (1998) dit que les familles fournissent un type de relation à laquelle s'attache la victime et y gagne un sentiment de sécurité, ce qui la fait se sentir à l'aise, pas seule ou agitée. Rask et al. (2002) disent qu'une famille forte et solidaire permet à la victime de traverser l'étape de l'accident d'une manière plus adaptative. Concernant le coping lié aux croyances spirituelles, de nombreux chercheurs ont signalé que lors d'un événement traumatique, l'utilisation de cette stratégie aide à trouver le sens et le but de la maladie et de parvenir à un sentiment de plénitude personnelle en unifiant les perspectives bio-psycho-sociale (Baldacchino & Draper 2001). Pour le coping lié aux expériences passées, il existe une relation entre expérience de vie antérieure et habileté de la victime traumatisée à faire face à des expériences ultérieures stressantes, dont les effets peuvent être positif ou négatif.</p> <p>L'auto-transformation : Lorsqu'un événement traumatique change le point de vue de la personne, la victime commence à revoir les buts dans sa vie, à trouver un sens. Indépendamment de la cause et de la gravité des</p>	X		

	<p>blessures, un événement traumatique forces les victimes à revoir leur condition de vie (Duggan & Dijkers 2001). Wilson & Raphaël (1996) expliquent que les victimes de MVA se trouvent souvent dans un état de crise, leur donnant la sensation d'une « renaissance » à travers la redécouverte de l'espace physique et social de leur corps. Il s'agit d'une phase positive de leur récupération, signifiant l'adaptation à la situation (Koutsosimou et al. 1996).</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Taille de l'échantillon : il ne s'agit pas d'une image complète de l'expérience du traumatisme suite à un MVA. Singapour est une société avec des gens de différentes origines culturelles, sociales et professionnelles. Différents groupes d'âge peuvent avoir des expériences différentes d'un traumatisme et leur attribuer des significations différentes. Des études avec un échantillon plus large devraient être menées, des études pourraient examiner les obstacles qui empêchent les infirmières à la construction d'une relation de confiance avec les patients dans les suites d'un MVA à Singapour. 			
Perspectives	<p>Conclusion : Ces expériences suggèrent que la récupération d'un MVA est un processus complexe et individualisé. Les effets de l'hospitalisation influencent la manière dont les patients s'adaptent et récupèrent suite à l'événement traumatique. Les participants identifient la famille et les amis en tant que principale source de soutien ainsi que leurs croyances spirituelles. Les patients font face à de nouveaux défis, ils ont besoin de plus d'orientation et de soutien pour tracer leur chemin vers la guérison. Les infirmières, par la nature de leur travail, peuvent être dans la meilleure position pour offrir conseil et soutien. Les infirmières doivent être conscientes de la vulnérabilité des victimes, constamment communiquer avec eux en ce qui concerne la gestion de leurs soins et construire une relation de confiance. Les résultats mettent en évidence l'importance de la communication thérapeutique et des relations soignant-soigné.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cette étude correspond à mon thème de recherche, donne des pistes et des chiffres parlant pour la pratique infirmière. Son devis qualitatif est un atout. En effet, c'est la seule recherche permettant de comprendre le vécu des patients. Leurs préoccupations dans les suites immédiates du MVA sont nommées ainsi que leurs besoins et attentes vis à vis des infirmières. Les patients mentionnent également leurs besoins de soutien et nomment leurs principales stratégies d'adaptation les ayant aidé à surmonter le traumatisme. Certes l'étude a un petit échantillon (6 participants), mais stipule que celui-ci est suffisant pour la saturation de données en étude qualitative. Bien que cette étude soit menée à Singapour, niveaux de vie et de soins de santé certainement très différents des nôtres, elle a été co-dirigée et validée par des expertes infirmières provenant d'une école d'infirmière australienne.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Comprendre l'expérience et le vécu d'une personne accidentée est sont des éléments importants. En effet, afin d'avoir un processus de reconnaissance adapter au risque de PTSD chez cette population, l'infirmière doit pouvoir comprendre les préoccupations, les attitudes, les besoins et les attentes des patients. De plus, ce devis qualitatif est un atout fort pour mon travail, de ce fait, cette recherche est retenue.</p>			

8) Ryb et al. (2009) : PTSD after Severe Vehicular Crashes.

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Ryb, G.E., Dischinger, P.C., Read, K.M. & Kufera, J.A. (2009). PTSD after Severe Vehicular Crashes. <i>Annals of Advances in Automotive Medicine</i> , 53, 177-193.	X		
Lieux - Pays	Centre national d'étude sur les traumatismes et d'urgences médicales, Université du Maryland, école de médecine, Baltimore, Etat-Unis.			
Introduction				
Enoncé du problème	Des études mentionnent des facteurs de risques et des taux d'incidence du PTSD chez les survivants de MVA (accident de voiture), mais ont de petits échantillons et n'étudient pas sa relation systématique avec des antécédents pré-traumatiques, la reconstitution de l'accident et les détails des facteurs traumatiques.	X		
Objectif	✦ Identifier et associer les facteurs prédisposant les victimes au développement d'un PTSD après un MVA modéré ou sévère, hospitalisées dans un service de traumatologie.			
But	Obtenir une meilleure compréhension de ces facteurs pourra aider à guider le traitement du PTSD et modéliser des stratégies de prévention et d'interventions précoces.			
Recension des écrits	Le retour des personnes traumatisées à une santé physique et mentale similaire à celle d'avant le traumatisme devrait rester un objectif des professionnels de la santé en traumatologie. Des études récentes montrent que les résultats psychologiques comme le PTSD peuvent avoir un impact majeur sur le rétablissement traumatique et grandement influencer la qualité de vie sur le long terme des survivants (Zatzick et al., 2002 ; Blanchard et al., 2004). Chez les adultes hospitalisés suite à un traumatisme (tous types confondus), les taux de prévalence du PTSD sont évalués entre 14 et 46%. Ces différences peuvent être en partie expliquées par l'utilisation de différentes échelles diagnostiques, périodes de suivi ou par d'autres facteurs, comme les mécanismes traumatiques multiples. Cela rend difficile de comprendre l'ampleur de ce problème souvent invalidant. Des différences entre les populations étudiées et le manque d'études systématiques longitudinales rendent difficile de caractériser avec précision l'importance de cette condition chez les victimes de MVA. Green (1994) dit qu'environ 25% de la population expérimentant 1 ou plusieurs traumatismes développera par la suite un PTSD. Un intérêt croissant se porte à identifier les facteurs de risque et de protection à son développement suite à un événement traumatique.	X		

Cadre conceptuel	PTSD			X
Méthodes				
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive corrélacionnelle longitudinale. Les 2 groupes d'individus sont : <ul style="list-style-type: none"> + Un groupe de victimes de MVA diagnostiquées positivement au PTSD + Un groupe contrôle de victimes de MVA diagnostiquées négativement au PTSD. 	X		
Population (échantillon) et contexte	Population : 438 patients blessés modérément ou sévèrement suite à un MVA. Les participants admis dans l'étude étaient inclus dans une banque de données du centre de recherche CIREN (Crash Injury Research and Engineering Network, à Baltimore, qui comprend des données relatives aux MVA : hospitalisation, rapports d'opération, scène d'accident, dommage du véhicule, etc.) Contexte : Ces patients étaient admis dans un centre hospitalier traitant les traumatismes dans un hôpital américain.	X		
Méthodes et collecte des données	Procédure : entretiens de 30 à 40 minutes avec le patient (et sa famille parfois). Plusieurs composantes étaient analysées durant l'hospitalisation ainsi qu'à 6 et 12 mois post-traumatiques afin d'évaluer la récupération et l'ajustement psychosocial. Les entretiens incluaient l'information concernant les facteurs comportementaux, les circonstances autour de l'accident, la récupération et le dépistage du PTSD. Ils ont été réalisés par le même clinicien, très expérimenté dans les traumatismes et la réadaptation. Mesures : <ul style="list-style-type: none"> + Les évaluations psychosociales ainsi que du PTSD ont été réalisées par des items rencontrant les critères diagnostiques du PTSD regroupant 7 groupes de symptômes (fréquence des flashbacks, persistance de l'évitement, hypervigilance, perte d'intérêt, troubles du sommeil, difficulté de concentration, culpabilité du survivant). Si 3 symptômes ou plus étaient présents résultant en déficience fonctionnelle, les patients étaient considérés comme positifs au PTSD. + Les changements cognitifs, l'usage d'alcool et de drogue ont été mesurés par la Short Form-36 (SF-36, selon MacKenzie et al., 2002). La douleur a été mesurée par EVA. + La dépression pré-traumatique a été évaluée par 2 questions, selon Whooley et al. (1997) et les changements comportementaux par 4 items (irritabilité, impulsivité, comportements inappropriés, nervosité). Analyse statistique des données : l'association de facteurs de risque au développement du PTSD à 6 et 12 mois post-traumatiques ont été analysées par des tableaux de contingence, en rapport de chance. Les odds ratios ont été calculés pour déterminer les associations univariées entre PTSD et caractéristiques individuelles, liées au traumatisme et à l'accident. Des modèles de régression ont été construits pour déterminer les facteurs associés au PTSD, utilisant des variables indépendantes unanimement associées au PTSD durant le suivi. Les analyses utilisant une p-value de 0,05 indiquent une signification statistique.	X		

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, cette recherche démontre une grande rigueur. De plus, elle contient tous les tableaux représentant les différences mesurées d'analyses statistiques.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>Participants : sur 438 patients, 367 ont été interviewés à 6 mois post-traumatiques (12% n'ont jamais été interviewé et 4% ont abandonné) et 317 (soit 86% des 367) ont complété les entretiens à 12 mois post-traumatiques. L'âge moyen était de 39,8 ans, 56% étaient des femmes, 52% étaient mariés et 84% avaient au minimum un diplôme d'école supérieure. 84% étaient les conducteurs impliqués dans une collision de 2 véhicules (74%) et testé négativement à l'alcool (85%), 10% avait un score de gravité des blessures (ISS) à 8, 40% entre 9-15, 27% entre 16-24 et 24% supérieur à 25. Un PTSD s'est développé chez 27,5% des participants (101) à 6 mois et chez 24, 3% (77) à 12 mois => diagnostic posé par la présence de 3 critères du PTSD. C'est sur ces patients là que le reste des analyses se réfèrent :</p> <p>À 6 mois, voici les caractéristiques (facteurs de risque) associées positivement au PTSD :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Caractéristiques démographiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Être une femme (p< 0,001), avoir des antécédents de dépression (p 0,001), d'anxiété (p 0,01) ou de traumatismes (surtout d'agression p 0,008). + Caractéristiques liées à l'accident : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La survenue d'un décès (p <0,001) ou la blessure d'un proche lors de l'accident. + Caractéristiques liées aux blessures (injury, au traumatisme) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes ayant des blessures aux membres inférieurs (p 0,03). <p>Facteurs de risque susceptibles de prévenir le développement d'un PTSD à 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Être responsable (coupable) de l'accident. + Être âgé de moins de 30 ans. + Subir des lésions cérébrales, une amnésie péritraumatique ou un GCS < 13 à l'admission. <p>Facteurs n'ayant pas montrés d'associations significatives avec le PTSD à 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> + La position des occupants, la vitesse, le fait d'avoir eu une collision contre une voiture ou un autre objet (mur, arbre...), l'implication d'alcool ou d'autres substances. + Le niveau d'éducation ou l'état civil. + Le fait de se retrouver sans emploi suite à l'accident. Cependant, les patients avec un PTSD sont moins susceptibles de retrouver un emploi à plein temps. + Facteurs reliés aux blessures : la sévérité des blessures, avoir séjourné aux soins intensifs, le nombre de jour de ventilation mécanique ou encore le rythme cardiaque lors de l'admission <p>Des modèles de régression logistique ont été construits pour combiner les caractéristiques individuelles, celles reliées à l'accident et celles reliées aux blessures. Les facteurs suivants sont significativement associés au PTSD à 6 mois, contrôlant toutes les autres variables prédictives :</p>	X		

	<ul style="list-style-type: none"> + Être une femme, avoir des antécédents de dépression, ou d'agression (physiques ou sexuelles) ainsi que la survenue d'un décès dans l'accident, encore plus s'il s'agit d'un membre de la famille. + Plusieurs facteurs comme les antécédents d'anxiété, de traumatismes ainsi que la peur de mourir lors du MVA ont rencontré une forte association avec le PTSD, mais n'ont pas pu être inclus dans ce modèle car, rajoutés dans l'interview plus tard, ils ont été évalués par moins de la moitié des participants. + Sans surprise, un PTSD à 6 mois était associé à de mauvais résultats émotionnels, comportementaux et cognitifs. Au total 96% des individus avec un PTSD souffrent de dépression ou de changements cognitifs et comportementaux, contre 54% des individus sans PTSD. Il y avait aussi une association entre le PTSD et une mobilité limitée ainsi que la persistance de douleurs ($p < 0.001$). <p>À 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> + 77% des personnes avec un PTSD positif l'étaient déjà à 6 mois ($n=59$). De tous les patients négatifs à 6 mois ($n=226$), 8% (18) ont été diagnostiqués positifs à 12 mois, soit 23% des personnes. + Les associations liées aux caractéristiques individuelles et à l'accident avec le PTSD à 1 an sont similaires que celles trouvées à 6 mois. Mais les facteurs protecteurs d'être coupable, d'avoir subi des lésions cérébrales, une amnésie péritraumatique ou un GCS < 13 suite à l'accident ne sont plus autant significatifs à 12 mois. + Le fait d'être une femme et d'avoir des antécédents de dépression sont des facteurs de risques qui ont diminué d'ampleur : ils ne sont plus significatifs à 1 an. + Différences dans les changements émotionnels, comportementaux et cognitifs entre les 2 groupes d'individus est plus accentuée à 12 mois ; 95 % des patients avec PTSD souffrent de dépression alors que 28% des individus sans PTSD en souffrent. De même, 99% souffrent de dépression ou de changements cognitifs et comportementaux, contre 41% des individus sans PTSD. Ces mêmes différences sont observées concernant la douleur et la mobilité réduite. + On observe des différences entre le retour au plein emploi (parmi ceux ayant précédemment travaillé) entre les 2 groupes : 37% des individus souffrant de PTSD retrouvent un emploi à plein temps alors qu'ils sont 71% à le faire chez les individus ne souffrant pas de PTSD. Le nombre de personnes sans emploi est passé de 28% à 6 mois à 45% à 12 mois chez les personnes souffrant de PTSD, pour diminuer chez le groupe ne souffrant pas de PTSD (de 19 à 12%). <p>Seuls 2 facteurs de risque prédisent significativement le PTSD à 12 mois, ils ont pris de l'ampleur comparé au risque associé à 6 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Avoir des antécédents traumatiques d'agression ou la survenue d'un décès durant l'accident, encore plus s'il s'agit d'un membre de la famille. 			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	Les taux de prévalence du PTSD à 6 et 12 mois post-traumatiques sont dans la norme de la littérature. Le genre féminin comme facteur de risque dans les analyses est conforme, de même que les antécédents de dépression ou de traumatismes (Zatzick et al., 2002). L'apparition d'un décès, plus encore s'il s'agit d'un proche avait été cité par	X		

	<p>Blanchard et al. (1996). L'âge apparaissait comme associé au PTSD, plus après l'ajustement des autres facteurs. Blanchard et al. (1995) dit que la perception de la menace sur la vie est associée avec des symptômes précoces de PTSD. Cela correspond à la forte association trouvée entre PTSD et peur de mourir, malheureusement ce critère n'a pas été ajouté comme covariable car - de 50% ont répondu à cette question.</p> <p>Résultat paradoxal : l'effet protecteur d'être responsable de l'accident était déjà reporté (Delhaunty et al., 1997 ; Hickling et al., 1999). Cette association, qui peut-être entremise par un trouble de la personnalité ou un style d'adaptation, nécessite une étude plus approfondie. Autre possibilité : le fait de ne pas être responsable peut être lié à des sentiments de perte de contrôle, pouvant prédisposer le développement des symptômes. Le rythme cardiaque a été associé au développement du PTSD (Zatzick et al., 2005 ; Shalev et al., 1998), pas dans cette étude.</p> <p>L'effet protecteur de la perte de conscience avait été décrit (Gil et al., 2005). Il est intéressant de noter qu'à 12 mois cet effet n'est plus protecteur, peut être du à des facteurs résultant des blessures, comme celles des membres inférieurs. D'autres facteurs devraient être explorés pour comprendre cette association.</p> <p>Dans l'étude, le score de gravité des blessures (ISS), le nombre de jours aux SI ou de ventilation mécanique n'étaient pas associés au PTSD. Zatzick et al. (2002) et Holbrook et al. (1998) relatent aussi le manque d'association entre sévérité des blessures et PTSD. Ici des blessures aux membres inférieurs ont été associées au PTSD, mais de manières univariées. Les chercheurs croient que ce sous-groupe (fractures des membres inférieurs avec de piètres résultats fonctionnels) est responsable de l'association des blessures aux membres inférieurs et du PTSD par la relation entre l'impossibilité de recouvrer la marche. Une analyse plus poussée devrait se concentrer sur ce thème.</p> <p>Facteur de risque important : la présence et la persistance de douleurs sévères associées au PTSD à 6 et 12 mois, présente chez 20 à 75% des individus suite à des accidents traumatiques. Les auteurs disent ne pas pouvoir postuler un lien causal, car la perception de la douleur peut être modulée. De plus, la réponse au stress de la douleur chronique peut avoir une place dans le processus neurobiologique responsable du développement et de la perpétuation du PTSD. Le traitement de la douleur prolongée ou chronique peut être un facteur important dans la prévention ou l'atténuation des symptômes PTSD.</p> <p>La présence de dépression et de changements cognitifs/comportementaux dans le groupe de victimes souffrant de PTSD souligne le degré d'invalidité fonctionnelle qui s'y installe. En effet, les études démontrent une diminution significative de la qualité de vie et du moins bon fonctionnement psychosocial chez les survivants de MVA atteints de PTSD comparé au groupe ne souffrant pas de ce trouble (Blanchard et al., 2004 ; Read et al., 2004 ; Fitzharris et al., 2007). La haute prévalence de dépression chez les patients atteints de PTSD rejoint d'autres rapports qui documentent le PTSD et la dépression comme des symptômes qui se chevauchent (Brady et al., 2000).</p> <p>Les effets de l'analyse à 6 mois post-traumatiques démontrent que le genre féminin et le fait d'avoir des antécédents de dépression disparaissent à 12 mois, mais pas le fait d'avoir des antécédents d'agression ou la</p>			
--	--	--	--	--

	<p>survenue d'un décès lors de l'accident. Ce constat est intéressant. Il permet de différencier des facteurs pouvant être liés PTSD aigu, versus des facteurs influençant un PTSD chronique.</p> <p>La fluidité entre la survenue des symptômes (à 6 et 12 mois) se rapporte à l'étude d'Ursano et al. (1999) : 34% des victimes de MVA rencontrent les critères de PTSD à 1 mois après l'accident et près de la moitié récupère dans les 6 mois. Une amélioration naturelle au fil du temps semble se produire. Cette étude constate aussi des nouveaux cas diagnostiqués après 6 mois, ce qui semble indiquer que les populations à risque peuvent nécessiter d'une surveillance à long terme et ce qui suggère aussi que des facteurs « post-traumatiques » peuvent influencer le développement, l'établissement et la résolution du PTSD. Des recherches futures devraient élucider ces facteurs.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Ce n'est pas un instrument standardisé qui a défini le diagnostic du PTSD. Les critères diagnostic découlaient du DSM III-R certes, mais n'incluaient pas le critère A (être exposé à un événement traumatique) et E du DSM III-R (symptômes durant depuis au moins 1 mois). De plus une question ne figurant pas dans les critères a été introduite (culpabilité du survivant). Cette définition pour un dépistage positif ne coïncide pas totalement avec le diagnostic PTSD. Les auteurs ont alors ajusté leurs résultats : la plupart des patients diagnostiqué positivement remplissaient aussi les critères du DSM III-R à 6 mois (75%) et à 1 an (69%). + Cette cohorte d'accidentés de la route a été sélectionnée. Le ratio d'hommes et de femmes ainsi que le statut socioéconomique des participants peut différer de la population générale des patients traumatisés. + Des facteurs importants dans le développement du PTSD n'ont pas pu être évalués : les styles de coping utilisés, la détresse psychologique ressentie suite à la sortie de l'hôpital et autres comorbidités psychiatriques. 			
Perspectives	<p>Perspectives pour la pratique : le PTSD apparaît fréquemment après des MVA : chez 28% des personnes à 6 mois et 24% à 12 mois post-traumatiques (20 et 17% si une définition stricte du DSM III est suivie). Les facteurs de risque les plus importants, ceux n'ayant aucune associations et ceux pouvant être protecteurs ont été identifiés. Les patients présentant un ou plusieurs de ces facteurs devraient être surveillés de près dans le développement d'un PTSD. Il serait intéressant d'étudier des interventions de prévention chez les patients avec ces facteurs.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cet article correspond à mon thème de recherche. Il donne des résultats avec des chiffres parlants, retraçant les facteurs de risque significativement associés de manière positives, négatives ou neutres au PTSD. Les outils utilisés par les auteurs sont en cohérence avec la thématique abordée et la structure de l'article est claire. De plus, nous pouvons constater la rigueur de cette recherche, qui contient des explications détaillées sur les éléments utilisés à l'analyse ainsi que des tableaux spécifiques à chaque variable analysée. Cette recherche est forte par la taille de son échantillon et malgré le fait que le PTSD n'ait pas été évalué selon une échelle standardisée, les auteurs font la comparaison dans la discussion avec les critères du DSM-III. Les résultats se rejoignent avec de nombreuses autres études, ce qui la rend pertinente et rigoureuse, sa discussion est très riche et pertinente.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Recherche donne un état des lieux sur les facteurs de risques immédiats ainsi qu'à 6 et 12 mois post-traumatiques. Il s'agit d'éléments importants, à connaître et à observer dans le processus de dépistage et d'évaluation infirmier du risque de PTSD chez les patients accidentés de la route. Cette recherche met en lien d'autres études avec des résultats paradoxaux, ce qui peut être intéressant, permettant de discuter divers résultats. Je conçois cette recherche, qui remplit tous les critères de validité, pour mon travail.</p>			

9) Hansen et al. (2010) : PTSD-8 : A Short PTSD Inventory

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Hansen, M., Andersen, T.E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S. & Mackrill, T. (2010). PTSD-8 : A Short PTSD Inventory. <i>Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health</i> . 6, 101-108.	X		
Lieux - Pays	Centre National de psychotraumatologie, Université du Sud du Danemark. Université d'Ulster, Irlande du Nord, Royaume-Uni. Centre de recherche sur l'alcool et les drogues, Université Aarhus, Danemark.			
Introduction				
Enoncé du problème	Des instruments de dépistage simples et rapides permettant la détection des réactions psychologiques sont nécessaires. Il en existe, mais ils limitent le reflet du PTSD. De plus, des études récentes remettent en question les idées préexistantes sur la structure latente du PTSD. Les facteurs de recherche analytique soutiennent actuellement un modèle diagnostique du PTSD reposant entre deux et quatre facteurs. L'un d'eux contient un facteur nommé « dysphorie », associé à la dépression et l'anxiété, reconnu comme étant moins spécifique au PTSD.	X		
Buts	Réaliser un bon et court instrument d'évaluation, basé sur la théorie, spécifiquement en relation au diagnostic du PTSD, reflétant les items qui décrivent le mieux le diagnostic.			
Objectif	Présenter l'instrument de dépistage qui se base sur cette recherche : le Post-traumatic Stress Disorder - 8 points.			
Recension des écrits	Les victimes de traumatismes ont souvent besoin de soins médicaux et psychologiques immédiats et un dépistage de routine du PTSD chez ces individus est hautement recommandé, mais les cliniciens spécialistes en traumatologie sont rares. De plus, le temps restreint des soignants, imposé par des services débordés, font souvent qu'un dépistage régulier reste impossible. Pour remédier à cette difficulté : la production d'outils d'évaluation courts, rapides et simples, augmentant le potentiel de dépistage sans être trop lourd pour le clinicien, idéalement utilisables par des non-spécialistes, pour détecter en particulier le PTSD sont nécessaires. Actuellement peu d'instruments courts existent (< de 10 items) alors que les études montrent qu'ils fonctionnent autant bien que les grandes échelles desquelles ils dérivent. De plus, les critères diagnostiques du PTSD sont remis en question : Horowitz (1997) a proposé un modèle à 2 facteurs dans le processus du PTSD. Depuis, la structure	X		

	<p>latente du PTSD est beaucoup développée dans la littérature. Le soutien aux critères du DSM-IV (17 items à travers 3 facteurs-symptômes : reviviscence (B1 - B5), évitement / émoussement (C1 - C7) et hyper-vigilance (D1 - D5)) est limité. Des études récentes analysant ces facteurs ont donné appui au modèle à 4 critères de King et al. (1998) qui divisent le facteur évitement / émoussement (C1 - C7) en deux critères distincts : évitement (C1-C2) et émoussement (C3-C7). Simms et al. (2002), soutenu empiriquement, ont proposé une structure alternative de 4 critères contenant un nouveau critère appelé dysphorie (C3-D3) (symptômes d'émoussement et 3 symptômes d'hypervigilance).</p> <p>Ce critère dysphorie est proposé sur la base de recherches démontrant que le PTSD comprend une composante de détresse générale, apparaissant dans un certain nombre de troubles de l'humeur et anxieux. Les études récentes montrent que ce facteur offre des corrélations plus fortes avec des scores de dépression et d'anxiété ; pas spécifique au PTSD. Spitzer et al. (2007) proposent des changements dans les critères diagnostic du PTSD ; la suppression de 5 des 17 critères (C3, C4, D1, D2, D3 qui appartiennent au facteur dysphorie de Simms et al.). Elhai et al (2008) ont investigué pour voir si cette suppression avait un impact sur les taux de prévalence, comorbidités, validité structurelle et consistance interne ; seul 1,34% des personnes changeait de diagnostic, donc très peu d'impact. Elhai et al. (2009) ont comparé les modèles du DSM-IV, King et al. et Simms et al. (modèle avec et sans les 8 items de dysphorie) sur des adultes et adolescents traumatisés. Le modèle de Simms et al. supprimé des items dysphorie fourni le meilleur ajustement. Frankin et al. (2003) disent que peu de gens rencontrent les critères C et D du DSM-IV s'ils ne rencontrent pas le critère B. Cela peut expliquer pourquoi la suppression de 5 critères a peu d'impact et dans le même sens, la suppression des 8 items de dysphorie.</p>			
Cadre théorique ou conceptuel	Le PTSD			X
Méthodes				
Devis de recherche	Cette une étude randomisée transversale, qui présente une échelle en la testant sur 3 échantillons distincts et la compare avec sur un 4 ^{ème} groupe contrôle. Cette échelle est ensuite comparée avec une autre échelle, validée scientifiquement, la HTQ.		X	
Population (échantillon) et contexte	<p>L'échelle PTSD-8 a validé dans 4 échantillons victimes d'un événement traumatique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1210 victimes d'accident, dont 90% ont survécu à un accident de la route. 2. 305 victimes de viol. 3. 516 victimes de catastrophe (explosion d'usine). 4. Un test-retest de l'échelle mené sur une population de jeunes issus de familles ayant des problèmes d'alcool. 	X		

Méthodes et Collecte des données	<p>Procédure : les participants du groupe 1 ont été contactés par poste et invités à participer à l'étude en complétant un questionnaire. Taux de participation de 74%, moyenne d'âge de 43,10 ans, 79% sont des femmes, l'événement a eu lieu en moyenne 62 mois au paravant.</p> <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Harvard Trauma Questionnaire Part IV (HTQ) : questionnaire qui évalue le diagnostic et la sévérité des 17 symptômes du DSM-IV, subdivisé en 3 critères ainsi que les symptômes culturels spécifiques, associés avec le PTSD (30 items). L'HTQ a une concordance de 88% avec les entretiens structurés. + PTSD-8 : cette échelle dérive des 17 items du HTQ. Suite aux résultats des recherches, les 8 symptômes « dysphorie » ont été supprimés. Il reste alors 8 symptômes : 4 de reviviscence (B1-B5), 2 d'évitement (C1-C2), 2 d'hypervigilance (D4-D5). Les items sont répertoriés dans un Lickert 4 points. L'échelle démontre une bonne consistance interne sur les 3 échantillons. La somme des scores donne la sévérité des symptômes. + Trauma Symptom Checklist 23 (TSC-23) a permis de mesurer les symptômes de détresse générale après le traumatisme. 23 items dans un Lickert 4 points avec une excellente consistance interne sur les 3 échantillons. <p>Analyses statistiques : Le logiciel SPSS 18.0. a été utilisé. Des régressions multiples pour tester p-value des 8 items de l'échelle PTSD-8 de manière individuelle pour les 3 échantillons avec un score total ont été menées, avec l'échelle HTQ comme variable dépendante.</p>	X		
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui : l'échelle PTSD-8 a pu être évaluée dans cette étude en terme de sensibilité, de spécificité et de prédictivité. Sa performance globale (efficacité) a été mesurée en terme de pourcentage de cas correctement classés et sa validité testée par le coefficient de corrélation de Pearson (en comparant PTSD-8 à la TSC).	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>La PTSD-8 démontre de bonnes propriétés psychométriques sur les 3 échantillons indépendants de patients. De plus, le test-retest de fiabilité a été démontré sur le 4^{ème} échantillon.</p> <p>Les 8 items de mesures de la PTSD-8 ont atteint une variance expliquée de l'HTQ (R^2 ajusté = 0,80 à 0,87) indiquant une forte corrélation entre les deux échelles selon le type d'exposition traumatique et la gravité de l'exposition. Basé sur l'algorithme de diagnostic utilisant le HTQ, 42,9% (N = 639) des survivants de MVA, 50,2% de l'échantillon 2, et 13,3% de l'échantillon 3 ont été classés comme ayant un PTSD. En comparant les trois échantillons, chaque score limite (résultat minimal pour la validité) donne une efficacité globale allant de 75% à 89%.</p> <p>Cependant, en utilisant le même score limite sur tous les échantillons des résultats très distincts apparaissent, par</p>	X		

	<p>rapport à ceux identifiés avec l'échelle HTQ, Dans l'échantillon 1 la meilleure valeur prédictive a été obtenue avec un score minimal de 18. Avec ce score limite le PTSD-8 classe 43,8% des personnes comme ayant le PTSD, un résultat proche du 42,9% identifié à l'origine avec l'algorithme du PTSD. Toutefois, dans l'échantillon 2, en utilisant le même score limite, 66,9% ont été classés comme atteints du PTSD, un résultat pas aussi proche des 50,2% initialement retenu et l'échantillon 3 avec le même score limite de 18 arrive à 30%, loin des 13,3% initialement classé. Ceci suggère des difficultés à obtenir un score limite mutuel optimal pour le PTSD pouvant être utilisé au sein de populations victimes de traumatismes différents.</p> <p>Contrairement à l'utilisation d'un score limite fixe, la meilleure performance globale de l'échelle PTSD-8 dans les 3 populations traumatisées a été obtenue en utilisant un seuil minimum d'au moins un symptôme de chaque sous-échelle du PTSD avec un score égal ou supérieure 3. Cela signifie qu'il doit y avoir au moins 1 des 4 symptômes d'intrusion avec un score = ou > 3, au moins 1 des 2 d'évitement avec un score = ou > 3 et au moins 1 des 2 d'hyper vigilance avec un score = ou > 3. Cette combinaison classe 33% des victimes de MVA comme ayant un PTSD, 54% dans l'échantillon 2, et 21,7% dans le 3, ce qui ressemble de près aux pourcentages d'origine identifiés par le HTQ et la littérature. Les corrélations entre PTSD-8 et TSC-23 étaient élevées: pour l'échantillon 1 ($r = 0,58$, $p < .000$), échantillon 2 ($r = 0,78$, $p < .000$), et l'échantillon 3 ($r = .70$, $p < .000$), ce qui met en évidence une grande validité. La fiabilité test-retest du PTSD-8 a également été bonne, indiquée par la forte corrélation positive entre le score à temps 1 et 2 ($r = 0,82$, $p < .000$).</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats confirment ceux de Brewin (2005) : l'échelle PTSD-8 a une performance (efficacité) acceptable par rapport à une plus grande échelle couvrant tous les items du PTSD. Dans cette étude, en utilisant le même score minimal sur les 3 échantillons aux traumas différents, les résultats prédictifs du PTSD sont très différents, ce qui souligne l'importance de ne pas seulement s'appuyer sur des échelles et scores minimaux issus seulement d'analyses statistiques, mais aussi dans des instruments construits sur une théorie solide. L'échelle PTSD-8 dérive de la théorie concernant la dynamique de base du diagnostic de PTSD. Elle est élaborée sur la base d'études suggérant que les items de « dysphorie » ne sont pas aussi spécifiques au PTSD que ceux des 3 autres critères. D'ailleurs, ces études suggèrent la suppression des items « dysphorie » pour le DSM-V, et cette étude renforce cet argument en confirmant qu'ils ne sont pas forcément nécessaires pour identifier les cas de PTSD ou de comorbidités diagnostic.</p> <p>L'outil de dépistage PTSD-8 surmonte plusieurs problèmes associés aux instruments de dépistage court :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Il évalue les 3 groupes de symptômes du DSM-IV contrairement à certaines échelles. + Ces éléments sont notés sur un Lickert de 4 points, permettant ainsi des variations de gravité. Elle n'est donc pas dichotomique comme d'autres échelles le sont. 	X		

	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Il a été testé sur des échantillons divers, avec une forte proportion de cas de PTSD. 			
Perspectives	<p>Au lieu d'utiliser des scores limites fixes, il est préférable d'utiliser une combinaison d'un symptôme de chaque sous-échelle du PTSD comme le fait la PTSD-8. En effet, il en ressort une bonne efficacité globale et une relation équilibrée entre sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative. La PTSD-8 a un pouvoir prédictif dans tous les échantillons de traumatisme et fonctionne aussi efficacement dans des échantillons de traumatismes caractérisés par différentes périodes de temps écoulé entre le traumatisme. Autre aspect important : comme il s'agit d'une échelle simple de symptômes, l'échelle peut être utilisée sans connaissance préalable du diagnostic. C'est un instrument simple pouvant être utilisé par différents professionnels de la santé.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Il n'y a pas eu d'entretien clinique structuré, permettant de confirmer la présence ou l'absence de PTSD. Le HTQ a été utilisé à la fois pour développer le PTSD-8 et diagnostiquer le PTSD. ✦ L'échelle PTSD-8 est une mesure d'auto-évaluation, de ce fait, elle est soumise à toutes les limitations ayant trait à des mesures d'auto-évaluation. Cependant, la recherche indique que le taux de PTSD diagnostiqués sur la base de mesures auto-évaluatives ou d'entrevue cliniques sont comparables. ✦ La PTSD-8, comme la plupart des échelles courtes existantes, n'évalue pas les critères du A1, A2, E et F. 	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Les outils utilisés par les auteurs sont en cohérence avec la thématique abordée et la structure de l'article est claire. Malgré ses limites, l'échelle PTSD-8 a pu démontrer sa fiabilité et sa validité sur 3 différents échantillons victimes de traumatisme, dont le premier est constitué de plus de 1'000 survivant de MVA. Il s'agit d'un bon instrument, pouvant être utilisé pour le dépistage du PTSD chez les accidentés de la route dans les soins aigus. De plus, un grand point fort de cette échelle est que les auteurs ont démontré qu'elle pouvait être utilisée à différentes périodes, n'étant pas limitée dans le temps. Cette échelle représente une mesure plus précise et plus brève que les instruments existants. Elle évalue également la gravité des symptômes grâce à un Likert à 4 points et répond aux problématiques identifiées d'échelles existantes. La PTSD-8 se concentre sur les symptômes spécifiques mis en évidence par la recherche, tout en couvrant les 3 groupes de symptômes diagnostiques du DSM-IV. Les auteurs spécifient également que cet outil peut être utilisé par différents professionnels de la santé.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Correspond à mon thème de recherche. Cette recherche explique le développement d'une échelle d'évaluation du PTSD valable avec divers types de traumatisme et qui peut être applicable dans un service de chirurgie. En effet, son efficacité, sa brièveté et sa simplicité la rendent idéale à ce domaine. Il est intéressant de comprendre quels symptômes sont nécessaires, quels critères entrent en jeu dans son élaboration. Cette étude contient les critères qualité nécessaires à une recherche scientifique, elle est conservée pour mon travail de littérature étoffée.</p>			

10) O'Donnell et al. (2010) : A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury.

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	O'Donnell, M.L., Creamer, M.C., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A.C.N., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A.C., Silove, D. & Bryant, R.A. (2008). A Predictive Screening Index for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Traumatic Injury. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 76 (6), 923-932.	X		
Lieux - Pays	Centre australien de la santé mentale post-traumatique, Département de Psychiatrie, Université de Melbourne; institut de recherche nationale en traumatologie; école de Psychologie, Université du New South Wales, Australie.			
Introduction				
Enoncé du problème	PTSD et MDE (épisode de dépression majeur) sont des conséquences fréquentes et invalidantes à la suite à de grave blessures. Pourtant, la majorité qui développent ces troubles n'est pas identifiée ou traitée.	X		
Objectif	+ Développer et valider un instrument simple et bref de dépistage : la PAS – Posttraumatic Adjustment Scale , identifiant au cours de l'hospitalisation, les adultes à risque élevé de développer un PTSD et/ou un MDE.			
But	Cette échelle pourrait être administrée systématiquement au cours d'une hospitalisation en soins aigus afin d'identifier les patients à risque de développer un PTSD (PAS-P) ou une dépression (PAS-D) ultérieurs.			
Recension des écrits	10-30% des victimes de traumatismes développent un PTSD dans les 12 mois, 10-15% un MDE. Le milieu hospitalier aigu offre est une opportunité pour identifier les patients traumatisés à risque de développer des psychopathologies ultérieures post-traumatiques. Le défi est de différencier la détresse passagère et le risque de troubles ultérieurs psychiatriques graves. La majorité des individus expérimentant des symptômes d'anxiété et de dépression suite à un traumatisme guérissent sans problèmes émotionnels persistants (Shalev ; 2002) et les récentes directives de traitement du PTSD britannique encouragent une période d'« attente vigilante» ou de surveillances après un événement traumatisant avant de décider si une intervention ciblée sur le traumatisme est nécessaire (NICE, 2005). Le développement de modèles identifiant, dans la phase aiguë, les individus à risque dépend de la fiabilité et de la validité d'instruments.	X		

	<p>Une majorité d'outils ont été développés pour identifier les troubles présents, plutôt que les risques futurs. Peu d'études ont considéré la prédictibilité de ces outils à identifier le risque de troubles à venir. Certains points sont à considérer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ces outils se fondent exclusivement sur la sévérité des symptômes de stress aigu comme indicateur de risque. Des variables pré - péri et post-traumatiques contribuent significativement au développement du PTSD. Ces variables, additionnées aux symptômes de stress aigu améliorent généralement les modèles prédictifs. Pour cette raison, il peut être important d'inclure d'autres facteurs de vulnérabilité, en plus des symptômes de stress aigu dans l'identification des risques ultérieurs (ce qui est déjà le cas chez les enfants traumatisés). 2. La supposition est que l'utilisation de facteurs provenant de plusieurs domaines différents va augmenter la robustesse de l'outil à travers des populations victimes de différents traumatismes. 3. A l'exception du « Trauma Screening Questionnaire » (TSQ, Brewin et al., 2002), les rares outils actuels testés pour leur capacité à prédire de futurs troubles sont longs : de 15 à 35 items et prennent, relativement, du temps à administrer. 4. Les quelques instruments de dépistage disponibles sont conçus pour prédire un PTSD ; leur capacité à identifier la dépression tardive est inconnu. 			
Cadre théorique ou conceptuel	Les facteurs de vulnérabilité au PTSD		X	
Méthodes				
Devis de recherche	C'est une étude randomisée longitudinale.		X	
Population (échantillon) et contexte	Les participants ont été choisis au hasard, dans 4 centres de traumatologie en Australie, entre avril 2004 et avril 2005. Sur 4432 personnes, 1002 ont rencontré les critères d'inclusion. 704 ont été randomisés dans l'étude, 177 ont refusé de participer. Au final, 527 personnes ont participé à l'étude et 404 ont complété l'interview à 12 mois. Critères d'inclusion : avoir entre 18 et 70 ans, comprendre et parler l'anglais, être hospitalisé plus de 24 heures. Critères d'exclusion : être psychotique ou suicidaire ainsi que subir d'un TCC modéré ou sévère.	X		
Éthique	L'étude a été approuvée par la commission de recherche et d'éthique de chaque hôpital. Les consentements écrits de chaque participant ont été obtenus après la description complète de l'étude.			
Méthodes et collecte des données	Procédure: les patients ont été répartis au hasard selon procédure d'assignation aléatoire, selon la durée de séjour. Ils ont été évalués sur un ensemble « pool » de questions, le ASDI et le HAD avant la sortie de l'hôpital (en moyenne à 8,27 jours). La majorité des participants était des hommes (72%), l'âge moyen était de 37.85 ans, 44% ont subi un TCC léger et la sévérité des blessures était à 11,42 (moyenne de l'ISS). Le séjour moyen d'hospitalisation était de 12,24 jours, 14% requis une admission aux SI. 62 % des individus étaient des survivants	X		

	<p>d'accident de la circulation (325 personnes), 17% ont eu un traumatisme par chute, 5% par agression et 7% étaient des accidents de travail. 75% ont pu regagner leur domicile, les autres ont fait un séjour en réhabilitation. A 12 mois post-traumatiques, les patients ont été évalués (entretien clinique structuré) par téléphone. Les personnes ayant abandonné à 12 mois (23%) étaient moins susceptibles d'avoir été aux soins intensifs, sinon pas de différences entre les participants ayant poursuivi l'étude. Les chercheurs étaient formés dans le protocole par un psychologue et les évaluations ont été enregistrées afin d'assurer le respect du protocole. Pour tester la fiabilité interne, 5% des enregistrements ont été évalués par évaluateur indépendant, ignorant la notation d'origine.</p> <p>Mesures : l'échelle PAS est développée sur un pool de 41 questions dans un Lickert 5 points. Elle dérive d'un consensus entre 8 experts internationaux ayant examiné la littérature sur la vulnérabilité du PTSD et sélectionné des valeurs prédictives modérées à élevées. 41 items sont rentrés dans 3 catégories (touchent 13 concepts de la vulnérabilité)</p> <ul style="list-style-type: none"> + <u>Prétrauma</u> : antécédents psychiatriques, antécédents traumatiques, expériences négatives pendant l'enfance, névrose et soutien social prémorbide. + <u>Péritrauma</u> : réponse émotionnelle, menace perçue durant l'événement et sévérité de l'événement (dissociation péritraumatique exclue : similarité dans les symptômes du fait de recevoir des opioïdes, avoir un TCC et prédiction pauvre pour une psychopathologie). + <u>Posttrauma</u> : niveau de symptômes aigus, niveau de douleurs aiguës, réponses cognitives, auto efficacité de coping, soutien social négatif. <p>Comparaison des mesures prédictives : pour le PTSD : un standard de haute qualité « Acute Stress Disorder Interview (ASDI ; Bryant et al. 1998), un des seuls instruments permettant d'identifier les personnes susceptibles de développer un PTSD. Pour la dépression : « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS, 1983, Zigmond & Snaith), une échelle permettant d'évaluer le MDE encourt et qui exclu les symptômes somatiques (utile chez personnes blessées).</p> <p>Mesures des résultats : la CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale, Blake et al., 1998) afin d'évaluer le diagnostic du PTSD à 12 mois. C'est une des échelles diagnostic la plus utilisée (1 item supprimé en lien avec incapacité de se remémorer aspects importants du trauma car beaucoup de patient TCC léger ; au lieu de 3 symptômes sur 7 d'évitement, 3 sur 6 => approche conservatrice) ainsi que la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998) pour évaluer le MDE, basé sur le DSM-IV.</p> <p>Analyse des données : les données ont été divisées de manière aléatoire en 2 sous-échantillons : le 1^{er} (n=145) pour le développement de la PAS et le 2^{ème} (n=169) pour sa validation. Les résultats du 1^{er} sous-échantillon ont été menés par une analyse factorielle confirmatoire (CFA), identifiant un bon instrument de dépistage et évaluant la probabilité de développer un PTSD. Les items au pouvoir prédictif pauvre ont été supprimés. L'efficacité des outils</p>			
--	--	--	--	--

	de dépistage a été analysée par des courbes ROC à 12 mois post-traumatiques pour le PTSD et le MDE, afin de déterminer le score limite dans la prédiction du PTSD et MDE. A nouveau, le 1 ^{er} sous-échantillon a été utilisé pour son développement et le 2 ^{ème} pour sa validation. Des comparaisons entre l'échelle PAS-P ont été faite avec l'échelle ASDI et pour PAS-D avec l'échelle HAD, calculées par courbes ROC.			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui de manière très clair. La méthode est très détaillée, la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative de la PAS-P et PAS-D ont été calculés.	X		
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair
Résultats				
Traitement des donnée	<p>À 12 mois, 8% (n =32) des participants ont développé un PTSD et 16% (n=65) un MDE. 22 participants souffraient de comorbidité PTSD et MDE, 10 souffraient de PTSD sans MDE et 43 avaient un MDE sans PTSD. Ceux qui répondaient aux critères de MDE au moment où ils ont été blessés et à 12 mois ont été retirés des analyses ultérieures (n=5).</p> <p>Développement de la PAS comme instrument de dépistage du PTSD : les résultats indiquent que les items pouvaient être séparés en 5 facteurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédents psychiatriques / d'agression (prétrauma) 2. Soutien social avant (prétrauma) 3. Douleur / menace perçue (péri-trauma) 4. Réponse au stress aigu (posttrauma) 5. Coping auto-efficacité (posttrauma) <p>A travers ce processus, un modèle bien ajusté, ayant le potentiel d'être utilisé comme instrument de dépistage du PTSD a été identifié. Ce modèle a 5 facteurs, chacun comportant 2 items. C'est-à-dire 10 questions, réparties dans un Likert à 5 points (pas du tout d'accord à totalement d'accord). Celui-ci a de bons résultats statistiques (p<0,01). Ce modèle a été ensuite été validé avec le 2^{ème} sous-échantillon. Les statistiques d'ajustement étaient aussi très fortes. L'analyse ROC avec le score total de la PAS-P comme prédicteur du PTSD a démontré que dans l'ensemble la PAS-P prédit de manière significative le PTSD (p < 0.001).</p> <p>Le point le plus élevé de sensibilité et spécificité est obtenu avec un score minimal de 16 pour la PAS-P, avec une sensibilité de dépistage de à 0,80 (0,82 sur le 2^{ème} sous-échantillon) et une spécificité à 0,84 (0,84 sur le 2^{ème} sous-échantillon). À ce seuil, l'outil avait une valeur prédictive positive de 0,28 (0,27 dans le 2^{ème} sous-échantillon) et une valeur prédictive négative de 0,96 (0,98 dans le 2^{ème} sous-échantillon). Cet instrument a classé le PTSD correctement chez 84% des participants à 12 mois.</p>	X		

	<ul style="list-style-type: none"> + Des analyses courbe ROC pour examiner si la précision de la PAS-P est affectée par le temps entre l'admission pour des blessures et l'évaluation. L'échantillon a été divisé en 2 groupe, ceux évalués dans les 8 jours de l'admission (n=203) et ceux après (n=71) : p-values à 0,001 pour les 2 groupes. Aucune différence significative entre les courbes ROC, ce qui suggère que sa précision n'est pas influencée par le moment de l'évaluation. + Le 2^{ème} sous-échantillon a été utilisé pour évaluer l'utilité des 10 items de l'ASDI dans la prédiction du PTSD. (A son meilleur score limite de 7, l'ASDI a une sensibilité de .82 et spécificité de .74 une VPP de .19 et VPN de .98). Les tests statistiques ont indiqué qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les courbes ROC de ces 2 mesures. La PAS-P était autant bonne que la ASDI pour identifier le risque de PTSD. + Les items avec une * (voir l'outil) sont les 5 items composant la PAS-D (les 5 autres ont été enlevés après analyse). La PAS-D a des résultats statistiques hautement acceptables et a été validée par le 2^{ème} sous-échantillon. C'est un prédicateur utile de MDE (p < 0.001). Avec un score limite de 4, sa sensibilité est de .70 et sa spécificité de 0.75. La PAS-D a permis d'identifier correctement 75% des participants. De plus cette échelle est significativement meilleure que la HADS pour la prédiction de dépression. 			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>La PAS, échelle développée et validée de 10 items, permet de faciliter l'identification précoce des personnes à risque de développer un PTSD et un MDE suite à une blessure traumatique. PAS-P identifie un haut risque de développer un PTSD tardif sur 10 items avec un score minimal de 16. La PAS-D identifie un haut risque de développer une dépression majeure tardive sur 5 des 10 items avec un score minimal de 4. C'est une échelle cohérente ; ces 5 facteurs de risque sont cités dans la littérature. Elle est efficace et fiable. De plus, elle est brève et facile à administrer : elle convient aux soignants et aux patients. Son utilité est qu'elle permet d'orienter les patients vers une évaluation plus poussées et/ou interventions fondées sur les preuves et rentable.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Grande proportion de patients exclus : impact possible sur la généralisation des résultats. Cependant, la majorité des exclusions est due à des TCC moyen et sévère, leurs évaluations auraient questionné la validité des mesures. + Limite de la littérature à repérer les facteurs de risque de dépression : peu de compréhension par rapport à son développement post-traumatique, surtout lorsqu'elle n'apparaît pas en comorbidité du PTSD. Des recherches sont nécessaires, peut être que la dépression est influencée par des facteurs intermédiaires à l'événement traumatique. + Normalement l'utilisation de CFA est recommandée sur des échantillons de 150-200 personnes. <p>De futures recherches sont nécessaires afin de voir si PAS est valide sur d'autres échantillons survivants à des</p>	X		

	<p>blessures, dans un autre contexte et avec d'autres populations traumatisées.</p>			
Perspectives	<p>La PAS dérive de la théorie et de l'expérience. Elle a un potentiel considérable pour influencer la pratique clinique et améliorer la santé mentale des individus suite à un traumatisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Premier outil de dépistage pour adulte identifiant avec une sensibilité élevée les personnes à risque pour 2 des problèmes les plus courants de santé mentale se produisant après un traumatisme. + Utile pour la pratique clinique par sa puissance prédictive positive et aussi sa forte puissance prédictive négative. Les auteurs proposent son utilisation utile comme moyen permettant de faire le « tri » des patients- La PAS-P et PAS-D permettent de dépister la majorité des patients peu susceptibles d'avoir besoin de l'attention des praticiens de santé mentale et d'identifier ceux devant être évalués et surveillés avec une évaluation plus complète dans un second temps. + Simple et utilisable par un personnel non formé dans le domaine de la santé mentale. De plus son administration ne demande pas de fortes ressources en personnes clinique (elle est brève et rapide) + L'échelle PAS a été développée sur la base de 5 concepts relativement indépendants : elle reconnaît la complexité de la vulnérabilité au PTSD et MDE et qu'une mauvaise adaptation psychologique suite à un traumatisme est déterminée par des facteurs multiples. 	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Les outils utilisés sont en cohérence avec la thématique abordée et la structure de l'article est claire. Malgré ses limites, la PAS-P (surtout) est statistiquement valide et fiable, provient de la théorie et de l'empirisme. Son point fort est qu'il s'agit du premier instrument qui permet de dépister chez l'adulte un risque de troubles psychopathologique futur. Elle a prouvé sa validité sur un groupe contrôle et l'échantillon était de grande taille. Comme le but des auteurs, cette échelle pourrait être utilisée systématiquement chez les personnes souffrant de blessures post-traumatiques, comme moyen de triage des patients à risque et à non risque, avec une suite de dépistages plus poussés chez les patients positifs au PTSD. De plus elle est courte et facile d'usage et elle a prouvé qu'elle était significative dans le temps, peut donc être réalisée à divers moment de l'hospitalisation en soins aigu, par du personnel non spécialiste en santé mentale.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Correspond à mon thème de recherche. Cette échelle est rigoureuse et concerne ma population de recherche. Elle donne des pistes pour la pratique en milieu aigu qui sont soutenues par de nombreuses recherches, dont la guideline du Royaume-Uni et la revue systématique de Brewin (2005). Son point fort est sa liaison au dépistage du PTSD de la dépression, souvent liés. En effet, on remarque dans la littérature que les 2 vont souvent de paires, d'ailleurs les résultats de cette recherche le démontrent. Les 5 facteurs de cette échelle correspondent avec les éléments trouvés dans d'autres articles. Pour ces raisons, cette étude est retenue pour ma revue de littérature étoffée.</p>			

11) Gabert-Quillen et al. (2011) : PTSD after Traumatic Injury : An Investigation of the Impact of Injury Severity and Peritraumatic Moderators

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Gabert-Quillen, C.A., Fallon, W. & Delahanty, D.L. (2011). PTSD after Traumatic Injury : An Investigation of the Impact of Injury Severity and Peritraumatic Moderators. <i>Journal of Health Psychology</i> , 16 (4), 678-687.	X		
Lieux – Pays	Université Kent State – Système de santé Summa; Services des urgences et de traumatologie, Akron, Ohio, Etats-Unis.			
Introduction				
Enoncé du problème	La gravité objective et subjective des blessures devraient être évaluées de manière coordonnée pour déterminer leurs relations sur le PTSD. 2 variables péritraumatiques peuvent avoir un impact entre la gravité des blessures et un PTSD : le niveau initial de dissociation et de détresse émotionnelle.	X		
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> + Examiner les indices de gravité subjective et objective des blessures chez des victimes de traumatisme ayant des blessures aiguës afin de déterminer si elles prédisent différemment des symptômes de PTSD à 6 semaines et à 3 mois post-lésion. + Examiner la relation entre la dissociation et la détresse péritraumatique avec la gravité des blessures et le PTSD. 			
Hypothèses	Il n’y aurait pas de relation entre la gravité des blessures objectives et le PTSD, mais des corrélations entre la gravité subjective des blessures et le PTSD. De plus, des niveaux élevés de dissociation et de détresse intensifieraient les relations entre la gravité des blessures et les symptômes de PTSD.			
Recension des écrits	La compréhension des variables prédictives chez les personnes à risque de développer un PTSD est essentielle. L’identification précoce aidera à cibler de manière efficace les ressources d’interventions car les revues de littérature récentes rapportent des taux entre 18-24% de PTSD à 6 mois et entre 2-26% à 12 mois post-traumatiques (O’Donnel et al. 2003 ; Zatzick et al. 2007). Les recherches sur l’association entre la sévérité des blessures et le PTSD ont des résultats mitigés, certainement liés à la manière d’évaluation : la subjectivité (auto-évaluation de la sévérité des blessures perçue par l’individu) ou l’objectivité (en utilisant des mesures d’évaluation des blessures). Un soutien théorique existe pour ces 2 méthodes d’évaluation : <ul style="list-style-type: none"> + Lazarus et Folkman (1984) soulignent l’importance de l’estimation subjective dans la prévision de détresse. 	X		

	<p>L'interprétation individuelle de l'événement traumatique devrait être plus fortement reliée à la détresse psychologique (PTSD) que l'événement lui-même. Les études ont trouvé qu'une grande gravité subjective de blessures était un élément prédictif de PTSD (Haden et al, 2007; Harvey et Bryant, 2000; Jeavons, 2000), plus de manière chronique que de symptômes aigus (Jeavons, 2000).</p> <p>+ Pour Dohrenwend et Shrout (1985), il est difficile d'évaluer de manière causale des éléments subjectifs. Ils suggèrent des mesures objectives, plus fiables. Les études montrent que la présence de blessures est associée à un plus haut risque de PTSD. Cependant, les résultats sont mitigés : l'étendue ou la sévérité des blessures est souvent mesurée par l'ISS (Injury Severtity Score) et les recherches examinant sa relation avec les symptômes de PTSD ont des résultats contradictoires (aucune, négative, positive) et est peu évalué sur le long terme.</p> <p>La dissociation a souvent été examinée, mais n'a pas été considérée comme un facteur pouvant éclaircir la compréhension de la relation entre symptômes de PTSD et la gravité des blessures, de même pour la détresse péritraumatique.</p>			
Cadres conceptuels	Le modèle transactionnel du stress (Lazarus & Folkman, 1984) ; le PTSD ; la gravité des blessures		X	
Méthodes				
Devis de recherche	Il s'agit d'une recherche descriptive corrélationnelle longitudinale.		X	
Population (échantillon) et contexte	Participant : 66 patients ayant une lésion traumatique sont à l'étude. Critères d'inclusion : être âgé entre 18 et 87 ans ainsi que répondre positivement au critère A du diagnostic du PTSD. Contexte : participants admis un hôpital américain, recrutés lors de leur première visite de suivi clinique après leur sortie (dans les 2 jours à 2 semaines post-traumatiques), afin d'évaluer leur rétablissement physique.	X		
Éthique	Les procédures ont été approuvées par le conseil des sujets humains de l'Université de Kent State ainsi que par l'hôpital Summa. Les informations ont été données aux participants, avant l'obtention de leur consentement éclairé.			
Méthodes et Collecte des données	Participants : 67% étaient des hommes, l'âge moyen était de 42,8 ans et les participants avaient un revenu entre 20000 et 40000 \$ par an. 84,6% étaient de race caucasienne (13,8% Afro-américaine, 1,5% asiatique). 53,9% des blessures étaient dues à des accidents de la circulation (36,9% en voiture, 13,8% en motocycles, 3,1% de piétons), 26,2% des blessures suite à des chutes, 15,4% par des agressions physiques et 4,6% suite à des incidents divers. Le séjour moyen à l'hôpital a été de 58,5 heures. Le score moyen de la gravité des blessures, mesuré par l'ISS, était de 7,1 (SD = 5,8 ; blessures mineures à sévères). Au suivi des 6 semaines, il y a eu 51 participants, 45 au suivi de 3 mois. Il n'y avait pas de différences démographiques entre les participants ayant abandonné l'étude et ceux ayant continué.	X		

	<p>Procédures : les personnes éligibles et intéressées étaient contactées par téléphone afin de récolter les données démographiques, compléter les mesures de gravité subjective, le PDI (Peritraumatic Distress Inventory, Brunet et al., 2001) et le PDEQ (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, Marmar et al., 1997). À 6 semaines et 3 mois post-traumatiques, les patients recevaient par poste des questionnaires de mesures. Les patients ont été remboursés de 15\$ pour la première évaluation et de 20\$ pour chaque suivi.</p> <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les réactions péritraumatiques ont été mesurées par la PDEQ pour la dissociation : questionnaire évaluant les expériences individuelles durant et immédiatement après les blessures. Par la PDI, échelle qui évalue les réponses émotionnelles aiguës liées à l'événement traumatique, permettant de mesurer la détresse émotionnelle. + La gravité des blessures objectives a été mesurée par l'ISS (Baker et al., 1974), obtenu par les dossiers médicaux. La gravité des blessures subjectives a été mesurée à l'aide d'une question « Comment évaluez-vous la gravité de vos blessures ? » dans un Likert de 7 points. + Les symptômes du PTSD ont été évalués avec l'IES-R (Impact of Event Scale-Revised ; Weiss et Marmar, 1997) à 6 semaines et 3 mois post-traumatiques. Cette échelle a une bonne consistance interne aux 2 suivis (0.95 et 0.96). <p>Analyse des données : avant analyse, les items et les sous-échelles ont été vérifiés de manière à ce que toutes les variables soient distribuées normalement. Les coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés pour déterminer le degré auquel la gravité des blessures subjectives était associée à la gravité objective. Puis, des modèles de régression ont été calculés pour déterminer : le degré d'association entre la gravité des blessures subjectives et objectives et le PTSD ainsi que les variables péritraumatiques. Les analyses ont été menées en 3 étapes. 1) contrôle des variables significatives. 2) gravité des blessures et variables modératrices comme facteurs prédictifs afin de tester les principaux effets. 3) inclusion des interactions entre gravité des blessures et les variables modératrices.</p>			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, il semble que le déroulement de l'étude soit bien étayé, le rendant compréhensible et crédible.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>Les résultats démontrent que la gravité subjective des blessures, pas objective, prédit un PTSD à 6 semaines et à 3 mois post-traumatiques. L'effet modérateur de facteurs péritraumatiques a été examiné : la dissociation péritraumatique modère l'impact de la gravité des blessures subjectives sur le PTSD. Les auteurs suggèrent que la gravité des blessures subjectives devrait être intégrée dans les dépistages précoces pour le risque de PTSD. Finalement, voici les résultats :</p> <p>Résultats des covariables et des relations initiales :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les non-Caucasiens rapportaient davantage de symptômes de PTSD à 6 semaines (p 0,03) et 3 mois (p0,04) post-traumatique que les Caucasiens. + Être plus jeune était relié à un plus haut taux de PTSD à 3 mois (p 0.01), mais pas à 6 semaines post-traumatique 	X		

	<p>($p > 0,05$). (Suite à ces 2 premiers résultats, l'âge et la race ont été utilisés comme covariables d'analyses).</p> <ul style="list-style-type: none"> + Il n'y a pas eu de relation significative entre la gravité des blessures objectives et subjectives ($r = 0,10$, $p > .05$). + La gravité des blessures objectives n'est pas significativement reliée au PTSD à 6 semaines ($p = 0,048$) ni à 3 mois post-traumatiques ($p > 0,05$). + La gravité des blessures subjectives est significativement prédictive du PTSD à 6 semaines et 3 mois post-traumatiques ($p = .02$; $p = 0,004$). <p>Analyses de régression sur la gravité des blessures objectives et le PTSD : il n'y a pas de relation significative entre la gravité des blessures objectives et les symptômes de PTSD à 6 semaines ($p = .10$) et à 3 mois ($p = .31$) post-traumatiques.</p> <p>Analyses de régression sur la gravité des blessures subjectives et le PTSD : il n'y a pas de relation significative entre la gravité des blessures subjectives et les symptômes de PTSD à 6 semaines ($p = 0.10$), mais une relation positive significative à 3 mois ($p = .02$) post-traumatiques.</p> <p>Analyses des facteurs influençant la gravité des blessures objectives : association significativement positive entre les principaux effets de la dissociation péritraumatique et la détresse ($p < 0,001$; $p < 0,001$), mais pas d'effet principal significatif sur la gravité des blessures objectives ($p > 0,05$). L'interaction entre ces variables et la gravité des blessures objectives n'est donc pas significatif ($p > 0,05$).</p> <p>Résultats analyses de modération sur la gravité des blessures subjectives : effet significativement important de la dissociation péritraumatique à 6 semaines et 3 mois post-traumatiques ($p < .001$; $p < .001$). À 6 semaines, il n'y a pas d'effet principal de la gravité des blessures subjectives sur le PTSD, mais l'interaction pour la dissociation péritraumatique x gravité des blessures subjectives est significative ($p = .015$). Le fait de s'évaluer comme gravement blessé et d'avoir une dissociation moyenne ou élevée a été associé à plus de symptômes de PTSD à 6 semaines ($p = 0.01$), alors qu'être grièvement blessé et avoir peu de dissociation a été associé à moins de symptômes de PTSD ($p > 0,05$). Plus il y a dissociation plus il y a de symptômes de PTSD. Par contre, à 3 mois post-traumatiques, il y a une relation significative de la subjectivité des blessures ($p = .01$), l'interaction des facteurs péritraumatiques de dissociation x la gravité des blessures subjectives n'était pas significative ($p > 0,05$). Il y a également un effet positif et significatif entre la détresse péritraumatique et les symptômes de PTSD à 6 semaines et 3 mois ($p < 0,001$; $p < .001$).</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Aucune relation n'a été trouvée entre la sévérité des blessures subjectives et objectives, ce qui est incompatible avec les résultats antérieurs (Jeavons, 2000) mais qui concorde avec les observations de Lazarus et Folkman (1984). Ceux-ci mentionnent que les réactions subjectives de l'événement traumatique ne correspondent pas nécessairement au degré de menace réel. Des recherches devraient se concentrer sur la relation entre gravité des blessures et santé mentale et physique afin de voir quels aspects sont plus pertinents, afin de reconsidérer l'utilisation de l'ISS pour prédire les symptômes du PTSD. Le dépistage précoce au risque de PTSD devrait inclure une évaluation subjective de l'événement traumatique.</p> <p>Le gravité subjective des blessures est plus significative au PTSD que la gravité objective. Jeavons (2000) avait aussi</p>	X		

	<p>relevé cette prédictibilité à 6 et 12 mois, pas à 3 mois post-traumatique. Cette constatation pourrait être utile pour les médecins et cliniciens voulant aider un patient à récupérer suite à un récent événement traumatique. Cela pourrait conduire à des interventions mettant l'accent sur une appréciation subjective du patient sur l'événement, et non se concentrer uniquement sur l'événement lui-même.</p> <p>Concernant la dissociation et la détresse péritraumatiques, les résultats sont cohérents avec la littérature, qui confirme que ces deux variables prédisent significativement le PTSD (Ozer et al., 2003 ; Breh et Seidler, 2007). Ici seule une interaction à 6 semaines entre la gravité des blessures subjective et la dissociation a été trouvée. Les personnes expérimentant moins de dissociation développaient moins de PTSD. Ceci peut être un facteur protecteur durant le traumatisme ? Peu d'analyses ont été effectuées et d'autres variables ou mécanismes de relations devraient être explorés (personnalité, stratégies de coping, antécédents traumatiques).</p> <p>Limites : les résultats sont fondés sur des données auto-évaluatives du PTSD. Des entretiens cliniques structurés auraient augmenté la confiance des résultats. Près de la moitié des participants sont parvenus à des niveaux quasi cliniques de PTSD et leurs symptômes n'ont pas changé de 6 semaines à 3 mois post-traumatiques. Il est possible qu'une recherche avec un plus large éventail de symptômes puisse produire des résultats différents concernant la gravité des blessures et des symptômes du PTSD. L'analyse à 3 mois post-traumatiques a un faible pouvoir (petit nombre de participants, n= 45).</p>			
Perspectives	De futures recherches devraient se concentrer sur l'interprétation subjective des blessures traumatiques des patients comme facteur de risque principal dans le développement du PTSD. Plus précisément, la gravité des blessures subjectives devrait être incorporée dans les outils de dépistage du risque de PTSD après un événement traumatique. Les résultats fournissent un soutien préliminaire à la possible utilité d'interventions visant à réduire l'évaluation des blessures, en particulier pour les personnes connaissant des niveaux élevés de dissociation. Ceci pourrait aider à réduire les symptômes de PTSD ultérieurs.	X		
Aspect général de la recherche	<i>Les outils utilisés par les auteurs sont en cohérence avec la thématique abordée. La structure de la recherche est claire, permettant une bonne compréhension. D'ailleurs, cet article contient la plupart des éléments critiques d'une recherche. Malgré des limites non négligeables (petit nombre de participants), les résultats sont cohérents pour la plupart avec la littérature et sont statistiquement de manière rigoureuse. Bien que les résultats puissent être discutables (les participants ont remplis des auto-évaluations par courrier) et que le pourcentage diagnostiqué par le PTSD ne figure pas dans l'étude, elle reste valide. Elle le démontre par ses explications détaillée dans le chapitre de la discussion et propose des pistes pour la pratique ainsi que les perspectives futures.</i>			
Remarques / liens entre les recherches observées	Cette recherche fait des liens avec de nombreux écrits et ses résultats sont pertinents pour la question du dépistage précoce du risque de PTSD en soins aigus chez les victimes d'accident de la route. En effet, les auteurs suggèrent d'incorporer la gravité subjective des blessures dans des outils de dépistage du risque de PTSD, les résultats ayant clairement démontrés sa relation avec ce trouble. Malgré un échantillon relativement faible (66 participants), plus de la moitié des participants étaient des victimes d'accidents de la route, hospitalisés quelques jours avant d'entamer un suivi de contrôle pour leurs blessures traumatiques. Ceci concorde avec la réalité du terrain. Pour ces raisons, cette étude est conservée pour la revue de littérature étoffée.			

12) Ozer et al. (2003) : Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults : a Meta-Analysis.

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults : A Meta-Analysis. <i>Psychological Bulletin</i> , 129 (1), 52-73.	X		
Lieux – Pays	Département de Psychiatrie, Université de Californie, San Fransisco, Etats-Unis.			
Introduction				
Énoncé du problème	Les variables prédictives dans le développement des symptômes et diagnostic PTSD doivent êtres examinées. Y a t-il des facteurs de risques systématiques ou des corrélations permettant d'identifier qui va développer ou pas un PTSD ? Si oui, quel est le degré de prédictibilité ? En sachant qu'il existe une variété individuelle considérable de réponses psychologiques à un stress traumatique.	X		
Objectif	+ Comparaison de facteurs prédictifs statiques et d'autres facteurs plus susceptibles d'être impliqués dans les processus psychologiques et neurobiologiques suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique.			
But	L'étude se centrer sur 7 facteurs prédictifs de symptômes ou diagnostic PTSD étudiés. 1) Antécédent d'autre traumatisme avant l'événement traumatique (au moins un), 2) Adaptation psychologique avant l'événement traumatique, 3) Antécédents psychiatriques familiaux, 4) Perception de la menace sur la vie durant l'événement traumatique, 5) Soutien social perçu à la suite de l'événement traumatique, 6) Réponses émotionnelles péritraumatiques, 7) Dissociation péritraumatique.			
Hypothèse	Le phénomène de dissociation, pas toujours présent dans la présentation symptomatique, joue un rôle important dans la prédictibilité du PTSD, car plus relié à l'activation de l'axe HHA (hyperexcitation, adrénaline...) que les facteurs comme les antécédents familiaux. L'ASD (état de stress aigu) est un facteur prédictif évident, mais pas toutes les personnes ayant un PTSD ont eu un ASD.			
Recension des écrits	Le PTSD est introduit en 1980 dans le DSM-III, suite à l'intérêt grandissant d'études sur les symptômes post-traumatiques. C'est seulement en 1994 que le DSM-IV introduit l'ASD. Depuis, les critères diagnostiques du PTSD ont été revisités 2 fois, mais n'ont jamais été drastiquement modifiés. Cela étant, la compréhension des variables prédictives au développement des symptômes et du trouble doivent être examinées. Brexin et al. (2000)	X		

	<p>ont mené une méta-analyse comportant 77 études. Celle-ci a ressorti 5 facteurs prédictifs démographiques et 9 variables pouvant se classer en 3 groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédants ou caractéristiques statiques de la personne : antécédents psychiatriques familiaux, l'intelligence, difficulté dans l'enfance et traumatisme. 2. Sévérité du traumatisme. 3. Soutien social et stress de la vie entre événement traumatique et mesure du PTSD. <p>Les résultats sur les effets de taille (mesure de force de relation entre 2 variables, ET) n'ont pas montré d'associations significatives mettant en garde contre toute tentative de « construire un modèle de la vulnérabilité général pour tous les cas de PTSD ». La conclusion de Brewin et al. (2000) suggère qu'il serait plus productif d'enquêter sur les liens dans la chaîne causale, comme l'association entre facteurs de risque prétraumatiques et les réponses au traumatisme immédiates.</p>			
Cadres conceptuels	PTSD, prévalence, traumatisme	X		
Méthodes				
Devis de recherche	Cette étude est une méta-analyse.	X		
Échantillon et contexte	<p>2647 études ont été identifiées sur MEDLINE, PsycINFO, et PILOTS, publiées entre 1980 et 2000. Les mots clés entrés étaient : PTSD, traumatismes (combat, viol, émotionnel), stress (réaction, réponse au stress) et névrose traumatique. Les numéros du Journal of Traumatic Stress ont été examinés et des références sélectionnées. 476 études admissibles. Celles n'évaluant pas spécifiquement les symptômes du PTSD, pas tous les groupes définis par le DSM-IV, ou toutes les corrélations considérées par les auteurs ont été enlevées. Au final, 68 études ont été incluses dans cette étude (8 de moins que celle de Brewin et al.2000, mais 21 différentes).</p> <p>Critères d'inclusion : méthodes quantitatives examinant les prédicteurs (variable examinée comme contributeur potentiel à la variabilité des niveaux des symptômes du PTSD ou du diagnostic), symptômes et diagnostic du PTSD chez l'adulte (plus de 18 ans).</p> <p>Critères d'exclusion : études portant sur les conditions de comorbidités du PTSD (dépression...) pas évaluées avant le début d'un traumatisme, inspection longitudinale, études sur la réponse traumatique aiguë, études de cas, thèses de doctorat.</p>	X		
Méthodes et collecte des données	<p>Codage (selon les directives pour les méta-analyses) : études examinées par Ozer et Best, codées par date de publication, pays d'origine, dimension et caractéristiques démographiques de l'échantillon (âge, origine ethnique, sexe), type trauma, temps écoulé entre trauma et évaluation PTSD, état clinique, méthode et mesure d'évaluation PTSD, mesure des ET pour relation entre corrélations spécifiques et symptômes PTSD.</p> <p>Sélection et estimations des ET : un large éventail de modèles de recherche des ET a été utilisé car un seul ET par étude pouvait être inclus dans la méta-analyse (Rosenthal, 1994) :</p>	X		

	<ul style="list-style-type: none"> + Sélection d'ET de symptômes de PTSD courants, plutôt que passés, si les 2 étaient présentés. + Si les études contiennent plusieurs évaluations du PTSD, l'ET sélectionné représente l'évaluation la plus proche dans le temps du traumatisme. + Si les études mesuraient le diagnostic et la gravité des symptômes, l'ET de la gravité des symptômes a été sélectionné (avantage statistique des variables mesurées sans discontinuer dans la recherche prédictive). + Si plusieurs ET reportés dans une même catégorie, la moyenne était calculée : obtention d'un ET global. + Les articles ont été examinés de près afin de s'assurer qu'une même étude publiée dans plus d'un article serait considérée comme une étude. <p>Les estimations des ET ont été convertis pour les analyses (mesure z de Fisher, procédures d'ajustement pour corriger les ET avec des symptômes de PTSD dichotomiques, approche des effets aléatoires, puis reconvertis en r pour faciliter l'interprétation). Seules les relations prédictives inférieures à un p de 0.05 ont été considérées. Les directives de Cohen (1988) ont été utilisées pour l'interprétation de la taille de l'échantillon, pondérée avec les corrélations moyennes : un petit ET est $r = 0.10$, un ET moyen est $r = 0,30$ et $r = 0.50$ est un grand ET.</p> <p>Variabilité des facteurs prédictifs (ET) : ces variables ont permis d'analyser les ET pour chaque facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Le type d'échantillon (communauté, patients médicalisés, de service de santé mentale) + Le temps écoulé entre exposition à l'événement traumatique et l'évaluation des symptômes du PTSD, catégorisé en 3 groupes : 1 à 6 mois (réactions aiguës), 6 mois à 3 ans (intermédiaires), au-delà de 3 ans (clairement chroniques). + Le type de traumatisme : combat, violence interpersonnelle, accidents. + La méthode d'évaluation du PTSD: auto-évaluation vs entretien clinique. <p>De plus, des séries d'analyses de chi carré et de régressions multiples hiérarchique ont été menés, permettant d'étudier la façon dont ces variables sont liées les unes aux autres ainsi que leurs effets sur les ET.</p>			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui cette méta-analyse explique clairement le déroulement de sa méthode et donne des explications détaillée sur l'utilisation des ET (effet de taille), qui vont permettre d'analyser les différentes variables prédictives.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>1. Antécédent de traumatisme avant l'événement traumatique (au moins un)</p> <p>La corrélation de 23 études (n = 5308) traitant de la relation : antécédent traumatique antérieur / symptômes ou diagnostic PTSD a été de 0,17. ET statistiquement significatif, mais de petite taille. En moyenne, un niveau quelque peu supérieur des symptômes de PTSD ont été rapportés par ceux qui ont déclaré avoir subi un événement traumatique avant le facteur de stress cible que ceux qui ont indiqué ne pas avoir été préalablement exposés. Le fait d'avoir eu un événement traumatique durant l'enfance donne le même résultat, il n'y a donc pas plus de risque si cet événement traumatique antérieur remonte à l'enfance où à l'âge adulte. La force de relation entre événement</p>	X		

	<p>traumatique antérieur et PTSD ne diffère pas selon le type d'échantillon, ni le temps écoulé depuis le traumatisme, ni la méthode par laquelle le PTSD a été évalué. La relation entre antécédent traumatique et PTSD varie selon le type de traumatisme antérieur : un traumatisme antérieur impliquant de la violence interpersonnelle (agression, viol, violence domestique) est plus fortement relié au PTSD que si le traumatisme est du à l'exposition à un accident ou à un combat.</p> <p>2. Adaptation psychologique avant l'événement traumatique. La corrélation de 23 études (n=6797) traitant de la corrélation pondérée : problèmes d'adaptation préalable / symptômes ou diagnostic PTSD a également été de 0.17. ET statistiquement significative, mais faible. Les personnes qui ont signalé des problèmes d'adaptation psychologique avant l'événement traumatique ont des symptômes plus élevés de PTSD, que ceux déclarant ne pas avoir eu de problèmes d'adaptation au préalable. Les types de problèmes d'adaptation préalables associés à des symptômes de PTSD plus haut incluent : avoir eu un traitement pour la santé mentale, des problèmes émotionnels, des troubles anxieux ou affectifs. La force de cette relation ne varie pas selon le type d'échantillon étudié mais en fonction du type de traumatisme vécu, du temps écoulé ou de la méthode d'évaluation du PTSD. Avoir des antécédents de problèmes d'adaptation est plus fortement relié au PTSD si l'expérience traumatique implique un accident ou une violence interpersonnelle ($p < 0,01$ pour les 2) que s'il s'agit d'un combat. Une relation plus forte est aussi observée entre ces 2 variables dans les études ou moins de temps s'est écoulé entre l'événement traumatique et l'évaluation du PTSD. L'ET des antécédents de problèmes d'adaptation est plus fort dans les évaluations cliniques.</p> <p>3. Antécédents psychiatriques familiaux. La corrélation moyenne de 9 études (n=667) traitant de la relation : antécédents psychiatriques familiaux / symptômes ou diagnostic PTSD était significative à 0,17. Encore une fois ET statistiquement significatif mais faible. Les personnes qui ont déclaré des antécédents familiaux de psychopathologie ont signalé des symptômes ou un diagnostic de PTSD plus élevés que ceux sans antécédents familiaux. La force de cette relation ne varie pas en fonction du type d'échantillon ou du temps écoulé entre événement traumatique et évaluation du PTSD, mais selon le type d'expérience traumatique expérimenté : plus fortement relié s'il s'agit d'une violence interpersonnelle que d'un accident ou combat. L'ET des antécédents psychiatriques familiaux est plus fort dans les évaluations cliniques que dans les auto-évaluations.</p> <p>4. Perception de la menace sur la vie durant l'événement traumatique. La corrélation moyenne de 12 études (n=3524) traitant de la relation : menace perçue sur la vie / symptômes ou diagnostic PTSD a été 0.26. Effet statistiquement significatif. Les personnes qui estimaient que leur vie était en danger au cours de l'événement traumatique ont rapporté des niveaux plus élevés de symptômes de diagnostic du PTSD. La force de cette relation ne varie pas en fonction du type d'échantillon, ni par la méthode utilisée pour évaluer le PTSD. Elle varie en fonction du temps écoulé : la relation était plus élevée si plus de temps s'était écoulé entre l'événement traumatique et l'évaluation du PTSD. De plus, la menace perçue pendant l'événement traumatique était plus fortement associée au PTSD lorsque l'expérience traumatique a été de la violence</p>			
--	---	--	--	--

	<p>interpersonnelle qu'un accident ($p < 0,05$).</p> <p>5. Soutien social perçu à la suite de l'événement traumatique. La corrélation moyenne de 11 études ($n=3537$) traitant de la relation : soutien social perçu après le traumatisme / symptômes ou diagnostic PTSD a été 0.28. ET statistiquement significatif. Les personnes percevant un bas niveau de soutien social après l'événement traumatique rapportent des niveaux plus élevés de symptômes ou de diagnostic du PTSD. La force de relation entre ces variables ne varie pas selon le type d'échantillon étudié ou la méthode utilisée pour évaluer le PTSD. La relation inverse entre le soutien perçu et PTSD (ceux qui ont déclaré plus de soutien ont montré des taux plus faibles de diagnostic ou de niveaux de symptômes) était plus forte dans les études avec plus de temps écoulé entre l'événement traumatique et l'évaluation du PTSD (entre 6 mois et 3 ans).</p> <p>6. Réponses émotionnelles péritraumatiques. La corrélation moyenne de 5 études ($n=1755$) traitant de la relation : réponses émotionnelles au moment de l'événement traumatique (peur, impuissance, horreur, culpabilité, honte) / symptômes PTSD a été 0,26. Statistiquement significatif. Les personnes qui ont dit avoir eu des réactions émotionnelles intensément négatives pendant ou immédiatement après l'événement traumatique ont des niveaux sensiblement plus élevés de symptômes ou de taux de PTSD. Force des corrélations n'a pas pu être calculée car seulement 5 études.</p> <p>7. Dissociation péritraumatique. La corrélation moyenne de 16 études ($n=3534$) traitant de la relation : rapports d'expériences dissociatives pendant et immédiatement après l'événement traumatique / symptômes ou diagnostic PTSD a été 0.35. ET statistiquement significatif. Les personnes ayant expérimenté une dissociation péritraumatique ont déclaré des niveaux sensiblement plus élevés de symptômes ou diagnostic de PTSD. La force de cette relation ne varie pas en fonction du type d'événement mais fonction du temps écoulé entre (a) le traumatisme et la mesure des symptômes (plus fort entre 6 mois et 3 ans), (b) le type d'échantillon (plus chez les personnes rencontrées dans des services de psychiatrie), et (c) la méthode pour l'évaluation des symptômes (plus fort si auto-évaluation).</p> <p>Les auteurs ont évalué la robustesse de ces résultats. 5 ET sont suffisamment robustes : le facteur prédictif le plus fort est la présence de traumatisme antérieur, suivi d'antécédents de troubles de l'adaptation, puis de la menace perçue sur la vie, la dissociation péritraumatique et enfin du soutien social perçu.</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	Comprendre qui répond ou ne répond pas à un PTSD suite à un événement traumatique n'est pas purement un phénomène aléatoire (Brewin et al., 2000 le disaient aussi), des résultats systématiques et relativement homogènes ont émergé. Même si près de la moitié des adultes déclarent avoir subi au moins un événement traumatisant à un certain moment dans leur vie, malgré la prévalence relativement faible (7,9%) du PTSD et les différentes catégories d'événements, délais ou méthodes de mesure, cette méta-analyse a identifié des relations prédictives relativement stables. Ce qui est encourageant, montrant qu'un phénomène est à expliquer et à comprendre.	X		

	<p>La taille des effets (ET) prédictifs étudiés sont respectables et non négligeables. En confondant les résultats de cette méta-analyse et celle de Brewin et al. (2000) 2 catégories de facteurs prédictifs apparaissent :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les caractéristiques de l'individu ou ses antécédents de vie. Il s'agit des éléments plus éloignés de l'événement traumatique, produisant des coefficients plus petits (adaptation préalable, antécédents de traumatisme, antécédents familiaux de psychopathologie pour cette étude, sexe, âge, éducation, statut socioéconomique, QI et race dans Brewin et al, 2000). + Les facteurs prédictifs plus forts. Il s'agit des éléments plus proches de l'événement traumatique, ayant des coefficients supérieurs (menace perçue sur la vie, émotivité et dissociation péritraumatique dans cette étude, stress de la vie postérieure chez Brewin et al., 2000). <p>Les résultats indiquent aussi qu'une grande proportion de la variabilité dans les réponses n'est pas expliquée par l'un des facteurs examinés dans cette étude ou celle de Brewin et al. (2000). La prédiction de la variabilité en réponse aux facteurs de stress traumatique est au mieux à moins de 20% de la variance totale. Cela est compatible avec la possibilité que des facteurs propres à la combinaison de la personne exposée et à la nature de l'exposition sont les facteurs déterminants dans la compréhension de qui devient symptomatique ou pas.</p> <p>Les principales différences avec la méta-analyse de Brewin et al. (2000) : le soutien social était le plus fort facteur prédictif, à un taux bien plus fort ($r=.40$) que dans cette étude ($r=.28$). Les études incluses étaient différentes. Malgré tout, les 2 suggèrent que le soutien social est un facteur prédictif ayant besoin d'être exploré. Il serait vu comme une prévention secondaire, lorsque le diagnostic est établi depuis un certain temps (plus de 3 ans). Son besoin est plus d'ordre émotionnel (soutien psychologique) que financier, aide à la mobilisation ou au système judiciaire. Des recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre, informer et améliorer les interventions post-traumatiques.</p> <p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Un petit nombre d'études a pu fournir des données descriptives en reliant des données au fonctionnement ultérieur. La recherche longitudinale peut offrir des possibilités pour des études décrivant la relation entre les facteurs étudiés ici et l'expression de symptômes de PTSD, dans le contexte d'une exposition traumatique. + Les études avaient utilisé comme variable dépendante le diagnostic PTSD ou la gravité des symptômes PTSD. Les premières ont nécessairement rencontré les critères, pas forcément les deuxièmes où il y a sûrement eu des sur-évaluations. Les résultats montrent qu'il n'y a généralement pas d'impact significatif sur les ET. + Des études avaient parfois des lacunes sur les facteurs prédictifs des symptômes du PTSD. Des informations étaient insuffisantes sur les stratégies utilisées pour résoudre le problème des données manquantes ou concernant les ET uniques. Ces éléments peuvent être remédiés en changeant la politique des données pour faire avancer les connaissances, en fournissant des renseignements plus complets. Cependant, les études n'ayant pas pu être sélectionnées par manque d'informations avaient des résultats dans la moyenne. 			
--	---	--	--	--

	Homogénéité : cette étude, celle de Brewin et al. (2000) et presque toutes les études dans cette recherche font l'hypothèse que les types d'événements sont interchangeable les uns aux autres dans la finalité des analyses afin de déterminer des relations. Cependant, il peut y avoir une grande hétérogénéité dans chaque élément considérés de façon plus homogène.			
Perspectives	<p>Il y a un fil rouge entre l'exposition préalable à un stress traumatique, des antécédents familiaux de psychopathologie et des difficultés psychologiques propres à la personne comme facteurs prédictifs de symptômes de PTSD. Les difficultés psychologiques jouent un certain rôle dans l'attribution du risque de développer des symptômes de PTSD suite à un trauma. Ces variables peuvent être dirigées vers une seule source de vulnérabilité, le manque de résilience. A l'époque, peu de donnée permettent d'évaluer la résilience.</p> <p>Cette méta-analyse et les résultats de Brewin et al. (2000) offrent des preuves statistiquement significatives sur les relations prédictives entre caractéristiques multiples des individus et leurs expériences et symptômes du PTSD. Les processus spécifiques par lesquels ces facteurs peuvent servir à influencer le développement du PTSD restent en grande partie non examinés. Des spécifications supplémentaires et variables explicatives donneraient l'opportunité d'intervenir, d'atténuer ou prévenir l'apparition du PTSD, ce qui pourrait ensuite fournir des données permettant d'évaluer les approches existantes théoriques.</p> <p>Des recherches expliquant la relation statistique entre symptômes PTSD et variables distales/ statiques (antécédents familiaux de psychopathologie, antécédent de traumatisme) doivent être menées.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<i>Cette méta-analyse est construite de façon rigoureuse, selon des guidelines. La méthode utilisée est très stricte et le détail concernant la collecte des données, analyse des données et calcul des ES est claire, ce qui permet une bonne compréhension bien qu'elle reste compliquée. Malgré ses limites liées à la littérature disponible en l'an 2000 sur le PTSD, 68 études ont permis d'étayer cette recherche et les résultats ont été analysés sur plusieurs angles. Les résultats sont généralisables à plusieurs types de traumatismes et sont explicites par rapport aux éléments analysés comme modérateurs dans la recherche. La discussion reprend chaque résultat et l'on voit qu'ils sont comparables aux recherches qui n'ont pas été incluses dans l'analyse.</i>			
Remarques/ liens entre les recherches observées	<i>Correspond à mon thème de recherche lié à l'assessment car donne 7 éléments prédicateurs du PTSD chez l'adulte, analysé avec des recherches traitant d'accidents de la circulation. Elle donne des indications concernant les modérateurs des prédicateurs et les met en lien. Elle rend attentive au fait de l'hétérogénéité de l'humain. Les prédicateurs ne peuvent pas tout expliquer, chaque être humain réagissant différemment selon son vécu, ses possibilités, etc. Nous gardons cette méta-analyse comme recherche pour ce travail de Bachelor car de plus elle répond positivement aux éléments critique d'une recherche.</i>			

13) Zatzick et al. (2010) : Multisite Investigation of Traumatic Brain Injuries, Posttraumatic Stress Disorder, and Self-reported Health and Cognitive Impairments

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Zatzick, D.F., Rivara, F.P., Jurkovich, G.J., Hoge, C.W., Wang, J., Fan, M.-Y., Russo, J., Trusz, S.G., Nathens, A. & Mackenzie, E.J. (2010). Multisite Investigation of Traumatic Brain Injuries, Posttraumatic Stress Disorder, and Self-reported Health and Cognitive Impairments. <i>Arch Gen Psychiatry</i> , 67 (12), 1291-1300.	X		
Lieux – Pays	Université de Washington, école de Médecine : Centre de recherches, Prévention des blessures, Département de psychiatrie et des sciences du comportement, Seattle, Etats-Unis. Institut de recherche pour l'armée, Silver Spring, Maryland, Etats-Unis. Département de chirurgie, Université de Toronto, Canada			
Introduction				
Enoncé du problème	Peu d'études à large échelle ont évalué le développement des symptômes de PTSD et les conséquences sur la santé chez les patients atteints de lésions traumatiques cérébrales légères, modérées et sévères (TCC).	X		
Objectif	+ Comprendre le risque de développer des symptômes de PTSD et évaluer l'impact du PTSD sur le développement de l'état de santé ainsi que des troubles cognitifs, à travers les différents sous-groupes de TCC.			
But	Cette étude fait partie d'une large enquête d'investigation appelée NSCOT. Elle se base sur des données établies qui ont catégorisé un grand nombre de patients atteints de TCC léger, modéré, sévère et sans TCC. L'analyse a la capacité d'évaluer la gravité des blessures ainsi que les effets de la gravité du TCC sur la présence de symptômes compatibles avec un diagnostic de PTSD à 12 mois post-traumatiques. Ces analyses vont donner l'occasion d'évaluer les associations entre la gravité du TCC, le PTSD, l'auto-évaluation de l'état de santé et de l'état cognitif, tout en ajustant les caractéristiques démographiques et cliniques.			
Hypothèses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un TCC plus grave est associé à un risque diminué de PTSD, même après ajustement des caractéristiques démographiques et cliniques. 2. Un dépistage du diagnostic de PTSD est associé avec des auto-évaluations de dysfonctions fonctionnelles à travers tous les sous-groupes TCC et ceux sans TCC. 			

Recension des écrits	<p>Des symptômes du PTSD peuvent se développer après un TCC léger, modéré et sévère. Pourtant, il est fréquemment suggéré que des troubles de la mémoire d'un événement, caractéristique de la gravité du TCC, peuvent être associés à un risque diminué de PTSD.</p> <p>Les récentes enquêtes disent que le PTSD, et d'autres troubles psychiatriques comorbides, ont une contribution indépendante aux perturbations de santé et de troubles cognitifs suite à un TCC léger. Bryant et al. (2010) ont signalé que, dans un large échantillon de victimes de traumatismes, l'impotence fonctionnelle est liée au développement de troubles anxieux et dépressifs plutôt que par le TCC léger.</p> <p>La première étude nationale sur les coûts et résultats des traumatismes (NSCOT, Mackenzie et al. 2007) évalue l'état de santé physique et mental après une hospitalisation pour traumatismes. C'est la seule enquête à avoir investiguer l'observation du PTSD dans une large cohorte de patients atteints de TCC et sans TCC.</p>	X		
Cadres conceptuels	TCC, PTSD		X	
Méthodes				
Devis de recherche	Il s'agit d'une randomisée corrélationnelle longitudinale.	X		
Population (échantillon) et contexte	<p>Patients : 3'047 (10'372 avec le poids d'échantillonnage) survivants à de multiples lésions traumatiques.</p> <p>Critères d'inclusion : parler anglais ou espagnol, être âgé de 18 à 84 ans, être hospitalisé pour des lésions modérées à sévères.</p> <p>Critères d'exclusion : être en prison au moment de l'accident, avoir des traitements retardés de 24 heures, un diagnostic de fracture de hanche ou être gravement brûlé.</p> <p>Cadre : 69 hôpitaux, dont 18 centres de traumatologie, à travers les Etats-Unis.</p>	X		
Éthique	L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de chacun des hôpitaux. Le consentement éclairé a été obtenu chez tous les participants avant la conduite des évaluations.			
Méthodes et Collecte des données	<p>Participants : les données concernant les soins aigus ont été obtenues par les dossiers médicaux des patients. Des évaluations par téléphone ont été conduites à 3 et 12 mois après la sortie de l'hôpital. Les intervieweurs étaient expérimentés et ont reçu une formation spécifique sur l'administration des instruments d'évaluation NSCOT. Afin qu'il y ait une représentation adéquate des patients dans tous les sous-groupes TCC et sans TCC, le NSCOT a utilisé une stratégie d'échantillonnage.</p> <p>Évaluations et Mesures :</p> <p>✦ L' AIS et Maximum AIS (MAXAIS) pour mesurer la gravité des blessures par région du corps, codée par la</p>	X		

	<p>moyenne de l'AIS afin de déterminer le score maximum de blessure MAXAIS (forte corrélation avec la menace perçue sur la vie, l'invalidité ainsi que la qualité de vie post-traumatique).</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les différents sous-groupes de TCC ont été identifiés et catégorisés dans la procédure d'abstraction selon la classification internationale des maladies (ICD-9-CM). La gravité était codée sur la base d'algorithmes du MAXAIS des blessures à la tête (TCC léger = 1-2, moyen = 3, sévère = 4 ou plus). + L'échelle de Glasgow a permis d'évaluer le niveau de conscience post TCC, mesuré à l'arrivée à l'hôpital. + Des auto-évaluations de l'état de santé et de l'état fonctionnel ont été mesurés par la SF-36 (Short Form Health Survey), auto-évaluation des symptômes cognitifs par 4 items évaluant la fonction cognitive. Mesurés à 3 et 12 mois post-traumatiques grâce à un entretien téléphonique. + Le PTSD a été mesuré avec la PCL (PTSD checklist civilian version), compatible avec le diagnostic PTSD du DSM-IV et évalué à 12 mois post-traumatiques par un entretien téléphonique. <p>Analyses statistiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les analyses statistiques de NSCOT utilisent le « sampling weights », soit le poids d'échantillonnage. Si des données étaient manquantes, des techniques d'imputation multiples ont été réalisées. + Le risque relatif et l'intervalle de confiance de 95% pour le PTSD ont été estimés par la régression de Poisson, avec des erreurs de variables robustes, pour vérifier les associations univariées entre les éléments mesurés. + Les évaluations de la SF-36 à 12 mois, chez les patients avec et sans PTSD, ont été associées avec les différents sous-groupes par des analyses univariées puis bivariées, puis avec ajustement des covariables : données démographiques et cliniques. Même analyse concernant les auto-évaluations cognitives. + Analyses réalisées sur des logiciels d'analyse de données : SAS 9.2 (SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord) et STATA 10 (StataCorp, College Station, Texas). 			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, on voit que cette recherche utilise des données statistiques très détaillées, permettant de supposer la crédibilité de ses résultats.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>Participants : sur 3'708 patients éligibles à l'étude, 82,2% ont complété les entrevues à 3 et 12 mois post-traumatiques. Ceux qui ont abandonné étaient significativement plus jeunes (âge moyen de 38 ans pour ceux qui n'ont pas continué versus 43 ans) et blessés intentionnellement. Comparé aux personnes de race blanche, les africains-américains et les latinos étaient plus susceptibles d'être perdus dans le suivi. Il n'y avait pas de taux significativement différents dans les sous-groupes avec et sans TCC ayant arrêté le suivi à 12 mois.</p> <p>Résultats au moment de l'hospitalisation pour blessures : 20,5% des patients ont eu un TCC sévère (2123 sur les 10'372), 11,7% un TCC modéré (1216), 12,9% un TCC léger (1342) et 54,9% n'ont pas eu de TCC (5691).</p>	X		

	<p>Les associations entre TCC – non TCC et la localisation des blessures montrent que les patients avec un TCC sévère et modéré étaient plus susceptibles de souffrir de graves blessures faciales. Par contre, les patients avec un TCC léger et sans TCC, étaient plus susceptibles d’avoir des blessures aux extrémités, thoraciques et abdominales. Le groupe sans TCC a significativement moins de blessures graves (moyenne de l’ISS à 13.5) comparé au sous-groupe TCC ($p < 0,001$) : sévère (26,6), modéré (17,4) et léger (17,9).</p> <p>Résultats à 12 mois post-blessures : 21,8% des patients avaient des symptômes consistants avec le diagnostic du PTSD. Dans les analyses univariées, puis après adaptation, le fait d’avoir un TCC plus sévère (sévére et modéré) était associé à un risque significativement diminué de symptômes de PTSD comparé aux patients sans TCC. Des graves blessures faciales et des lésions de la moelle épinière étaient associées à un risque augmenté du PTSD. Cependant, après ajustement des données, la gravité des blessures (score ISS) n’était pas associée au développement du PTSD. Dans les analyses univariées et bivariées, un Glasgow plus bas n’était pas associé à un risque diminué de PTSD. Après ajustement des analyses, tous les patients atteints de PTSD ont démontré un risque accru de troubles de l’état de santé et de troubles cognitifs par rapport aux patients sans PTSD.</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Conclusions: un TCC plus grave a été associé à un risque diminué de PTSD. Alors qu’un Glasgow plus faible est significativement associé à la gravité du TCC. Celui-ci n’est pas relié à la diminution du PTSD. L’enquête n’a pas trouvé d’associations directes entre les déficits neurologiques mesurés par le Glasgow et le développement ultérieur de symptômes du PTSD diminué. La diminution du risque de PTSD, par la gravité du TCC, est conforme à la possibilité que le mécanisme implique des facultés affaiblies de la consolidation de la mémoire traumatique. Mais le niveau de conscience immédiat au moment de la blessure ne semble pas être le facteur le plus important dans ce processus. De futures recherches pourraient explorer ces mécanismes.</p> <p>Cette étude est la première à relater le risque indépendant de PTSD, suite à de graves blessures faciales et des lésions de la moelle épinière, alors que les composantes de l’ISS n’y étaient pas associées. Une étude avait suggéré que les blessures défigurant le visage pouvaient amplifier les symptômes de PTSD par plus de préoccupations sur l’image de soi et sur l’acceptation sociale.</p> <p>Indépendamment de la gravité du TCC, les patients blessés et atteints du PTSD ont démontré de plus grands dysfonctionnements en matière de perception de santé et de fonction cognitive. Ceci coïncide avec d’autres recherches.</p> <p>Limites :</p> <p>✦ Restriction des résultats psychiatriques au PTSD ; l’enquête récente de Bryant et al. (2010) suggère que plusieurs diagnostics psychiatriques, au-delà du PTSD, peuvent être associée à des TCC. Les limitations dans</p>	X		

	<p>le fonctionnement lié à la santé et au niveau cognitif observées dans cette étude pourraient s'expliquer en partie par d'autres symptômes de santé mentale. De plus, des études longitudinales suggèrent que des niveaux rapidement élevés de symptômes de PTSD peuvent influencer le développement ultérieur de la détérioration de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Les nouveaux cas de PTSD ne pouvaient pas être déterminés car la conception de l'étude n'a pas permis l'évaluation de PTSD préexistants. + Cette étude a utilisé la gravité MAXAIS pour classer la gravité des TCC, alors qu'il existe un certain nombre de méthodes pour classer la gravité des TCC. Mais l'échelle utilisée a permis d'évaluer la gravité des blessures faciales de manière prospective (2 en 1). + Le recours exclusif aux auto-évaluations pour les résultats fonctionnels de santé et de l'état cognitif. => Il ne peut pas être certifié que ce qui est décrit soit réellement exact. + L'étude n'a pas pris en compte dans l'évaluation la durée du coma, la durée de l'amnésie post-traumatique, la mémoire de l'événement traumatique. L'évaluation neuropsychologique de troubles cognitifs, ou des résultats neuroradiologique. 			
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> + Cette recherche s'ajoute à une grande part de la littérature qui suggère que les facteurs psychologiques jouent un rôle considérable dans les dysfonctionnements liés à l'auto-évaluation de la santé et aux fonctions cognitives du TCC. Les programmes de traitement, pour les patients atteints d'un TCC (de toute gravité), devraient intégrer des approches d'intervention ciblant le PTSD. 	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cette étude randomisée correspond à mon thème de recherche lié au dépistage du risque de développer un PTSD, suite à un MVA, en chirurgie orthopédie. En effet, une grande proportion des victimes de MVA souffre de TCC, environs 1/3 selon l'OMS. De ce fait, elle permet de chiffrer le risque relié à cette population au PTSD, ainsi qu'à d'autres variables relatives à la santé et à l'état cognitif. Cette étude fait partie d'une large enquête nationale menée aux Etats-Unis. De part son large échantillon et sa méthode très détaillée, elle est en cohérence avec la thématique abordée. Malgré le fait que le mécanisme de blessure n'est pas explicité (MVA ?) nous pouvons déduire qu'une large proportion de la population souffre d'un TCC suite à un MVA (la bibliographie reprend plusieurs études liées aux MVA). Les échelles, dont celle évaluant le PTSD, sont standardisées et fiables. Les résultats sont significatifs et explicités dans la discussion. Des pistes sont amenées pour la suite.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>Cette recherche est sélectionnée pour notre travail. Elle remplit les critères de lecture critique et apporte des éléments significatifs par rapport à ma problématique de recherche. Il est intéressant de noter qu'un TCC plus sévère est un facteur de « protection » au PTSD. Cette étude met en lien d'autres recherches en approuvant le fait que la gravité des blessures n'est pas indépendamment relié au PTSD. Mais apporte des éléments nouveaux, comme le fait que des blessures défigurant le visage sont un facteur de risque au PTSD. Elle peut donc être utile au dépistage infirmier en milieu aigu, d'autant plus qu'elle a été réalisée à partir d'une population hospitalisée en traumatologie.</p>			

14) Tsay et al (2001) : Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma

Aspects du rapport	Synthèse	oui	Non	Peu clair
Bibliographie	Tsay, S.L., Halstead, M.T. & McCrone, S. (2001). Predictors of coping efficacy, negative moods and post-traumatic stress syndrome following major trauma. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 7, 74-83.	X		
Lieux –Pays	Collège national des soins infirmiers de Taipei, Taiwan, République de Chine. Université de Towson, Maryland, Etats-Unis.			
Introduction				
Enoncé du problème	Évaluer la façon dont l'individu évalue et gère la situation post-traumatique fourni des informations utiles pour comprendre la relation entre l'événement stressant traumatique et les résultats (possible PTSD).	X		
Objectif	Répondre à 3 questions : 1. Est-ce que le stress perçu, le contrôle perçu, la gravité des blessures perçues, les stratégies de coping utilisées ainsi que le soutien social perçu représentent une valeur significative dans la variance des résultats de l'efficacité des copings, humeurs négatives et PTSS ? 2. Quelle est l'interaction des effets du coping dans la relation du stress et de ses résultats ? 3. Quel est l'effet régulateur du soutien social dans la relation du stress et de ses résultats ?			
But	Le but est d'identifier et de délimiter les interactions entre les évaluations subjectives des blessures, les stratégies de coping utilisées et le soutien social perçu comme facteurs prédictifs de coping efficace, de détresse émotionnelle et de PTSD. Ainsi, des interventions, en soins infirmiers, pourront être conçues et testées afin d'améliorer les résultats de santé.			
Recension des écrits	À la suite de blessures traumatiques, l'individu doit s'adapter avec des stressors physiques et psychologiques reliés aux traitements. Le coping et le soutien social peuvent agir comme régulateur ou mécanisme d'interaction des effets du stress expérimentés par la personne. Un accident de circulation peut entraîner de multiples blessures de manière soudaine et inattendue, où, les personnes ont souvent peu d'expérience passée. L'évaluation du stress peut être différente d'autres événements. Il est suggéré que dans le contexte de blessures traumatiques, l'évaluation du stress est principalement centrée sur le stress perçu, le contrôle perçu et la perception de la gravité du traumatisme. Le résultat de l'évaluation de stress est la mobilisation d'efforts de coping soit d'adaptation.	X		

	Bueno (1993) a identifié une relation positive entre CCE et PTSS et une association négative entre CCP et PTSS alors que Bryant et Harvey (1995) ont trouvé une relation négative entre les stratégies de coping d'évitement, type CCE et PTSS suite à un MVA. Blanchard et al. (1995) disent que la perception subjective et objective de la gravité des blessures sont significativement corrélées avec le développement du PTSS. Pour Bueno (ibid), a 2-5 jours post MVA, l'évaluation a un effet direct et indirect sur le PTSS à travers le coping. La gravité des blessures influence l'évaluation du traumatisme par le patient sur la situation stressante et l'utilisation de différentes stratégies de coping. Le coping et le soutien social ont des implications profondes pour le bien être psychologique, peut-être à travers des effets modérateurs de la réponse au stress. Les études menées sur le coping ont examiné la relation entre coping et résultats psychologiques chez des patients malades, elles suggèrent que les CCE sont associés à la dépression et des affects négatifs. Si cette relation se vérifie dans la population traumatisée, elle permettrait aux infirmières d'avoir une approche globale.			
Cadres conceptuels	Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkmann ainsi que le stress traumatique, selon le DMS-IV.	X		
Méthodes				
Devis de recherche	C'est une étude descriptive corrélationnelle.		X	
Population (échantillon) et contexte	Population : 152 patients hospitalisés, recrutés une semaine après un traumatisme majeur. Critères d'inclusion : hommes et femmes blessés suite à un traumatisme et hospitalisés entre 5-7 jours / âgés entre 18-65 ans / hémodynamiquement stables, alertes, réveillés et orientés. Critères d'exclusion : importantes lésions à la tête / blessures auto-infligées / coexistence d'une maladie terminale / traitement actuel pour un diagnostic de l'axe 1 du DSM-IV. Contexte : 2 centres de traumatologie dans le nord des Etats-Unis.	X		
Éthique	La commission de révision institutionnelle des 2 hôpitaux a donné la permission de conduire cette étude. Le consentement écrit des participants a été obtenu avant de commencer les entretiens.			
Méthodes et collecte des données	Population : la taille de l'échantillon a été calculée selon des données pilotes afin d'obtenir des analyses avec 85% de pouvoir ainsi que des résultats significatifs. La moyenne d'âge est de 34,7 ans, 68% sont des hommes, 80% étaient employés, 12,63% ont fait des études supérieures, 52,6% sont de race blanche (44,7% africain-américain, 1,3% d'hispaniques) et 54,6% des participants étaient célibataires. 79,3% ont eu un traumatisme non pénétrant. 57,3% des blessures sont dues à un accident de la circulation : voitures, motos et piétons confondus. 17,1% du mécanisme de blessures est dû à des blessures par balles, 16,4% à des chutes, 4,6% à des coups de couteaux et 4,6% par d'autres mécanismes. Les participants ont eu des blessures multiples : 98% ont eu des blessures externes (abrasion ou laceration de tissus), 55,9% ont eu des blessures aux membres inférieurs, 27% au thorax, 25,7% aux membres supérieurs, 25,7% à l'abdomen, 19,1% au bassin, 19,1% à la tête et nuque, 7,2% au visage. 78,9% ont	X		

	<p>subi une chirurgie, la moyenne de l'ISS était à 16,01, ce qui indique des blessures modérées.</p> <p>Mesures : Les auto-évaluations du traumatisme ont été évaluées en mesurant chez les patients : leur stress perçu, leur contrôle perçu sur l'événement et leur perception de la gravité des blessures.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Un Likert à 4 points a évalué le niveau de stress perçu et du contrôle perçu, la perception de la gravité des blessures à été évaluée sur un Likert à 5 points. + Coping et efficacité du coping : par l'échelle Ways of Coping Scale (WCS), 42 questions dans un Likert à 5 points, elle évalue l'utilisation de 5 stratégies (CCP, recherche de soutien social et CCE : coping d'évitement, coping de pensée magique et coping d'auto-accusation) et l'efficacité du coping en évaluant la manière dont les personnes pensaient avoir fait face aux problèmes depuis l'événement traumatique. + Soutien social : par le questionnaire Brief Social Support Questionnaire (BSSQ), 12 questions qui quantifient la disponibilité et la satisfaction du soutien social. + Détresse émotionnelle : mesurée par le Brie Profile of Mood States (BPMOS), un Likert à 5 points qui évalue des mots décrivant une humeur négative que les personnes doivent noter comparé à leurs sentiments. + Résultats psychologiques ; PTSD : par l'Impact of Event Scale (IES), 15 items sur un Likert à 5 points qui mesurent notamment la fréquence des pensées intrusives et de l'évitement. <p>Procédure d'analyse des données : les données ont été analysées par des statistiques descriptives et multivariées, en utilisant le programme du logiciel Windows SPSS. Des procédures ont déterminé si les hypothèses statistiques étaient transgressées et des ajustements ont été effectués comme indiqué. 3 régressions multiples ont été calculées pour répondre à la question 1, et des analyses de régression hiérarchiques pour examiner l'interaction des effets du coping et du soutien social pour répondre aux questions 2 et 3.</p>			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui, comme on peut le voir, la méthode est clairement décrite.	X		
Résultats				
Traitement des données	<p>Résultats à une semaine post-traumatique :</p> <p>Facteurs de stress : Le facteur de stress le plus courant suite à des blessures traumatiques est la douleur (59,9%), suivi de l'immobilité (18,4%), d'inquiétudes concernant des proches ou amis qui étaient dans le même accident (9,2%), l'incertitude sur la suite (7,9%), les questions financières (2,6%) et les facteurs de stress liés aux traitements (2%). Ces facteurs de stress ont majoritairement été évalués par les patients comme des stressseurs modérément hauts.</p> <p>Contrôle perçu : les participants ont jugé qu'ils avaient un niveau élevé de contrôle sur le caractère stressant associé au traumatisme.</p> <p>La gravité perçue des blessures a été évaluée comme haute par les participants. Ceux ayant une perception des blessures plus graves ont montré un contrôle perçu significativement plus bas sur les stressseurs ($p < 0,01$) à la suite du traumatisme. L'étude indique que les patients traumatisés qui perçoivent un plus grand contrôle sur les</p>	X		

	<p>stresseurs tentent d'utiliser plus de stratégies de coping centrées sur des actions dirigées pour gérer les effets de leurs blessures. Le résultat est qu'ils s'adaptent plus efficacement au traumatisme.</p> <p>Coping : les sujets ont rapporté des hauts niveaux de coping centrés sur le problème, pensée magique et recherche de soutien social, de même que des niveaux modérés d'auto-accusation et de coping d'évitement. La cote moyenne d'efficacité d'adaptation a été à 3,3 (SD = 0,73, soit entre 2 et 4) ce qui indique une satisfaction élevée des efforts d'adaptation à la suite de l'événement traumatique.</p> <p>Les taux de mauvaise humeur et de PTSD : les taux ont indiqué que les participants expérimentaient un niveau modéré de mauvaise humeur (moyenne à 17,2 du BPOMS) et de PTS (moyenne à 18,7 de l'IES) à la suite des blessures traumatiques. 19,1% soit 29 participants ont rapporté un score > 30, soit un PTSD significatif.</p> <p>Prédicateurs d'adaptation efficace, humeur négative et PTSD (après analyses multiples) : l'efficacité d'adaptation (coping efficacy) était significativement prédictive à 1 semaine post trauma par un haut niveau de contrôle perçu sur les stresseurs, la satisfaction avec le soutien social, un coping centré sur le problème et un coping sur la pensée magique. (Ces prédicateurs expliquent 27% de la variance dans l'adaptation efficace : la satisfaction avec le soutien social explique 12,3% (p<0,001), la pensée magique 6,6% (p<0,001), le coping centré sur le problème rajoute 5,4% (p<0,01) et l'auto-évaluation du contrôle perçu 2,7% (p<0.016) sur les stresseurs). Un haut niveau de stress perçu, l'échec de coping centré sur le problème et l'utilisation de la pensée magique prédisent significativement une détresse émotionnelle. Le PTSD a été expliqué par l'utilisation de coping de pensée magique (3,4%) et de coping d'évitement (30%), ce sont donc des facteurs prédictifs significatifs du PTSD => l'évitement expliquant 30% et la pensée magique 3,4% de la variance dans le PTSD.</p> <p>Interaction des effets du coping : l'efficacité de l'adaptation, la détresse émotionnelle et le PTSD peuvent être influencés par des variables reliées aux caractéristiques démographiques et aux blessures. Après analyse de 10 covariables, seule l'intensité de la douleur était significativement reliée à l'efficacité d'adaptation et à la détresse émotionnelle. Des analyses de régression ont été utilisées pour examiner l'interaction des effets du coping centré sur le problème, sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social sur la relation entre le stress perçu, l'efficacité d'adaptation, la détresse émotionnelle et le PTSD. Un coping centré sur l'émotion atténue la relation entre le stress perçu et l'adaptation efficace : des niveaux modérés à élevés de coping centré sur l'émotion augmentent le stress perçu et diminuent l'efficacité d'adaptation alors qu'il n'y a pas d'interaction si le coping centré sur le problème est évalué à un niveau plus bas. Les participants utilisant plus de CCE sont moins susceptibles d'évaluer correctement la situation et d'utiliser des CCP. Par conséquent, ils sont moins susceptibles de se percevoir eux-mêmes comme gérant adéquatement les stresseurs reliés aux blessures. Aucun effet d'interaction n'a été trouvé dans la relation du stress, la détresse émotionnelle ou le PTSD : l'évaluation de la gravité des blessures n'est pas associée au PTSD.</p> <p>L'effet régulateur du soutien social : l'interaction du soutien social n'a pas contribué significativement à l'efficacité d'adaptation, à la détresse émotionnelle ou au PTSD.</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie	Les résultats soutiennent le concept qui veut que maintenir un sentiment de contrôle favorise l'efficacité de	X		

et des concepts	<p>L'adaptation car un sens de contrôle change le sens associé à un événement traumatique. Les patients évaluant la situation comme stressante tendent à expérimenter une humeur négative, cela coïncide avec la littérature, par contre Bryant et Harvey (1995) avaient trouvé une association entre PTSD et évaluation de la gravité des blessures, mais sur un plus petit échantillon. Le fait que le soutien social représente une part significative de l'efficacité de l'adaptation rejoint la théorie de Lazarus et Folkmann, pour qui le soutien social facilite les efforts de coping en faisant face aux demandes de la maladie. Un soutien social adéquat permet aux individus de s'adapter plus efficacement avec les stressors de la situation. Au niveau des interactions sur les effets du coping, seul le coping centré sur les émotions a eu un effet modérateur : l'adaptation est moins efficace si elle est accompagnée de taux moyen ou élevé de coping centré sur les émotions car elle augmente les effets négatifs du stress. Cela soutient la théorie de l'adaptation au stress de Lazarus et Folkman, qui proposent qu'un modèle régulateur de coping a un effet sur les résultats, dans la mesure où le coping centré sur le problème réduit les effets négatifs du stress.</p>			
Perspectives	<p>Les résultats de cette étude fournissent aux professionnels de la santé des informations concernant l'impact psychologique du traumatisme. La douleur est un facteur de stress majeur qui affecte l'évaluation du stress. => Un programme compréhensif du contrôle de la douleur augmenterait le confort chez les patients traumatisés, une fois la douleur contrôlée, les patients traumatisés pourraient réévaluer la situation comme moins stressante et prendre des actions directes pour résoudre les problèmes (adaptation type coping centré sur le problème) => et de ce fait augmenter leur bien être psychologique.</p> <p>Cette étude démontre qu'une grande partie des participants expérimentent une humeur négative et un PTSD. Les auteurs soulignent que les cliniciens ont besoin d'inclure l'évaluation de ces symptômes dans leurs évaluations de routine, une identification précoce pouvant diminuer la probabilité de développer un PTSD. Les stratégies de coping ont un grand impact sur les résultats de l'efficacité de l'adaptation, la détresse émotionnelle et le PTSD. Un programme d'intervention fournissant l'évaluation du coping et une formation aux compétences de coping, surtout pour les personnes utilisant des hauts niveaux de coping centré sur l'émotion est justifié.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>L'étude est structurée, des tableaux explicitent les résultats, mis en lien avec la théorie. L'étude ne cite pas ses limites. Par contre elle comporte un large échantillon, dont plus de la moitié sont des victimes d'accidents de la circulation. La méthodologie est détaillée et les outils sont tous statistiquement fiables, valables et en cohérence avec le thème. Elle correspond à mon problématique de recherche : elle met en lien divers éléments importants à l'évaluation du risque de PTSD chez des personnes accidentées de la route : les facteurs de stress, les stratégies de coping, le soutien social. Ses résultats peuvent être reliés à une bonne ou moins bonne adaptation.</i></p>			
Remarques/ liens entre les recherches observés	<p>La recherche date de 2001, ce qui ne correspond pas à mon critère d'inclusion d'avoir des articles publiés après 2006. Cependant, je retiens cette étude. Plusieurs raisons à ce choix : il s'agit d'une étude infirmière et cette étude figure dans la bibliographie de Bühlmann. De plus, elle parle des facteurs prédictifs au PTSD en lien avec l'efficacité de l'adaptation suite à des traumatismes, dont des accidents de la circulation. Elle traite de ma population et de ce fait est utile à notre travail, apportant des éléments nouveaux. Il est aussi à noter que les résultats de cette recherche rejoignent de nombreuses autres études, ce qui la rend pertinente et rigoureuse.</p>			

15) Coronas et al. (2010) : Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder : A prospective study in motor vehicle accident survivors

Aspects du rapport	Synthèse	ou i	N on	Pe u cl air
Bibliographie	Coronas, R., Gallardo, O., Suarez, D., Garcia-Pares, G. & Menchon, J.M. (2010). Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder : A prospective study in motor vehicle accident survivors. <i>European Psychiatry</i> , 10.1016/j.eurpsy.2010.06.006.	X		
Lieux – Pays	Unité d'épidémiologie et d'assessment, Institut Universitaire Parc Tauli Autònoma de Barcelone, Espagne.			
Introduction				
Enoncé du problème	Il y a un intérêt montant sur l'étude des marqueurs biologiques comme facteurs prédictifs du PTSD (conditionnement de la peur). La fréquence cardiaque (FC) et la pression artérielle (PA) peuvent être augmentées par des niveaux de stress, vu comme des marqueurs initiaux du conditionnement de la peur. Peu d'études de cohorte descriptives ont été menées sur ce thème et pas de distinction n'a été faite entre la FC prise sur le lieux de l'accident et à l'arrivée à l'hôpital, alors que celle-ci peut varier (prise de médicaments pendant le transfert qui pourrait influencer la détermination ultérieure biologique).	X		
Objectif				
Hypothèses	<p>✦ Déterminer si l'augmentation de l'excitation physiologique (FC et PA) sur la scène de l'accident (T1) ou à l'admission au département des urgences (T2) peut prédire le PTSD chez les survivants d'un MVA avec des blessures physiques.</p> <p>Le niveau de la FC initial peut prédire un PTSD à 1 et 4 mois post MVA chez les survivants.</p>			
Recension des écrits	Une approche consiste à étudier l'importance des marqueurs biologiques comme facteurs prédictifs de PTSD. Les modèles classiques du conditionnement de la peur suggèrent que la crainte suscitée au cours d'une expérience traumatisante résulte en un conditionnement dans lequel des rappels du trauma (stimuli conditionnés) suscitent l'anxiété. Des recherches relatent l'importance de l'excitation sympathique immédiatement après le traumatisme et d'un possible mécanisme physiologique susceptible de renforcer la consolidation de la mémoire émotionnelle. Des recherches ont démontré qu'une FC élevée suite au trauma peut être associée avec un subséquent PTSD et d'autres recherches disent que la FC est un facteur prédictif faible. Des résultats similaires existent concernant la fréquence respiratoire ou la pression sanguine.	X		
Cadre théorique	Modèle du conditionnement de la peur		X	

Méthodes				
Devis de recherche	Etude randomisée corrélacionnelle longitudinale.	X		
Population (échantillon) et contexte	<u>Population</u> : 119 participants Critère d'inclusion : être âgés de 18 à 70 ans, avoir subi des blessures suite à un accident de la route. Critères d'exclusion : avoir un TCC, une dépendance actuelle ou ancienne à l'alcool ou de drogue, être psychotique, avoir une tendance suicidaire, souffrir de troubles cognitifs, souffrir d'une pathologie médicale potentiellement mortelle, avoir des problèmes d'hypertension artérielle ainsi que d'avoir été brûlé dans l'accident.	X		
Éthique	<u>Contexte</u> : Les patients étaient traités dans le département des urgences d'un hôpital espagnol suite à l'accident de la route et ont ensuite été suivis périodiquement par le service d'orthopédie. Les entretiens cliniques ont été menés une fois le consentement écrit obtenu. L'étude a été approuvée par le conseil institutionnel de l'hôpital.			
Méthodes et Collecte des données	Mesures : FC et PA à T1 (avant administration d'analgésiques ou sédatifs) et T2 par 2 dispositifs de fiabilité et mesures excellentes, retranscrits immédiatement par l'infirmière. A 1 et 4 mois post-traumatiques, l'évaluation du PTSD a été réalisée par des cliniciens formés, en utilisant l'échelle DTS (Davidson, 1997) et la SCID-I (Entrevue clinique structurée pour l'axe 1 du DSM-IV) afin de confirmer les résultats. (100% de consistance entre les 2 échelles et le niveau d'accord entre les 2 examinateurs du PTSD très élevé). Les antécédents de troubles psychiatriques, 1 mois après l'accident, ont été mesurés par la MINI. Les facteurs démographiques et ceux liés aux blessures (ISS, GCS) ont été obtenus par les dossiers médicaux. Analyse des données : analyses bivariées pour les données quantitatives et qualitatives et régression logistique pour évaluer la relation entre FC, PA et PTSD. Le logiciel SPSS 17 a été utilisé. Des scores-minimaux ont pu être délimités de même que les valeurs prédictives, la sensibilité et la spécificité.	X		
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ? Oui cette étude semble solide, sa méthodologie est expliquée, des détails sont fournis.	X		
Résultats				
Traitement des données	Participants : l'âge moyen des participants était de 38,3 ans et 48,7% étaient des hommes. La moyenne de l'ISS était de 11,2 et 10,9% avaient des antécédents de troubles psychiatriques. La moyenne de la FC était de 87,4 (+- 14,1) battements par minute à la scène de l'accident (T1) et 83,3 (+- 9,9) à l'arrivée aux urgences (T2). Pour la PA systolique, la moyenne à T1 était de 124,69 (+- 10)mmHg et 122,4 (+.6,4) à T2. Pour la PA diastolique, la moyenne à T1 était de 81,3 (+- 5)mmHg et 79,2 (+-5) à T2. Analyse des facteurs prédictifs à 1 mois post-accident : Un PTSD a été diagnostiqué positivement chez 54 patients (45,4%) à 1 mois post-traumatique et chez 39 patients (32,8%) à 4 mois post-traumatiques. Comparé aux patients sans PTSD, les patients avec PTSD avaient de manière significative une plus haute FC et PA systolique à T1 et T2 et une plus haute PA diastolique à T2 (p < 0,001). Par contre, aucune différence entre les 2 groupes au niveau genre, âge, ISS ou antécédents psychiatriques n'ont été trouvés. Après l'analyse de régression logistique des covariables à T1, seule la FC est associée de manière significative au PTSD à 1 mois (p<	X		

	<p>0,0001). En effet, la moyenne des participants avec un PTSD avait une FC à T1 à 96,7 (+-14,3) contre une moyenne à 79,6 (+-8) pour les patients sans PTSD.</p> <p>Analyse des facteurs prédictifs à 4 mois post-accident : À l'évaluation des 4 mois, 39 personnes soit 32,8% ont été diagnostiquées avec un PTSD. 28 (72%) avaient déjà le diagnostic à 1 mois, ce qui fait que 11 personnes ont développé un PTSD tardif. Les analyses bivariées ont montré qu'à 4 mois, une plus haute FC à T1 et T2, une plus haute PA systolique à T1 et T2 ainsi qu'un score ISS plus élevé sont des facteurs prédictifs au PTSD. Suite aux régressions logistiques menées sur les covariables, une seule association significative a été démontrée : FC à T1 et le PTSD (p 0,01). En effet, à T2 aucun résultat n'a été significatif. Par ailleurs, à 4 mois une association indépendante à T1 ou T2 entre la gravité des blessures et le PTSD (p 0.001). La fréquence cardiaque mesurée sur la scène du MVA et la gravité des blessures sont des facteurs prédictifs d'un PTSD 4 mois plus tard. Après analyse, un seuil minimal de 84 battements par minute a donné une sensibilité de 62,5% et une spécificité de 75,0% pour le PTSD, avec des valeurs prédictives positives et négatives de 51,28% et 82,61% respectivement. De manière analogue, un seuil limite de 8 points à l'ISS donne une sensibilité à 94,8% et une spécificité à 39,1%, une valeur prédictive positive à 46,84% et négative à 93,1%.</p>			
Discussion				
Intégration de la théorie et des concepts	<p>La prévalence du PTSD à 1 mois post-traumatique est de 45,4%, ce qui est dans la norme de la probabilité de développer un PTSD après un traumatisme (jusqu'à 50%). Par contre la prévalence à 4 mois post-traumatiques (32,8%) est relativement haute comparé au 10% de prévalence à 3 mois de l'étude de Bryant et al. (2008) et au 10,9% de Kraemer et al. (2008) à 6 mois sur la même population. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les diagnostics étaient posés par des entretiens téléphoniques au lieu d'un face à face ou par des facteurs environnementaux (composants socioéconomiques, culturels, système de santé).</p> <p>Les analyses de régression ainsi que les ajustements des covariables ont montré que la FC et le PTSD ont une relation significative à 1 (T1 et T2) et 4 mois (T1). La raison pour laquelle la FC à T2 n'est pas significativement associée au PTSS reste à élucider. Pour les auteurs, les résultats soutiennent l'idée que la FC pourrait être un marqueur fiable pour le développement d'un PTSD aigu après un MVA. Ce qui semble confirmer le modèle de conditionnement à la peur du PTSD, car une FC augmentée peut refléter une réponse inconditionnelle à la phase aiguë de l'exposition au traumatisme, soit résultant d'une activation sympathique élevée ou d'une activation parasympathique diminuée. La sensibilité de 62,5% de la FC pour prédire le PTSD à 4 mois post-traumatique est semblable au 63% trouvés par Zatzick et al. (2005) entre 4-6 mois post-traumatiques, plus élevée que les 15% rapportés par Bryant et al. (2008) à 3 mois post-traumatique. La sensibilité aurait pu être plus élevée si les patients avec TCC avaient été inclus dans l'étude. En effet, ils tendent à avoir une plus haute FC et développent un PTSD plus fréquemment (TCC léger surtout). La spécificité est similaire aux autres études.</p> <p>La gravité des blessures est associée au PTSD à 4 mois mais pas à 1 mois. → Cela suggère que la persistance de dommages physiques (probablement associés à des douleurs et incapacités fonctionnelles) entrave la récupération des patients atteints de PTSD dans les 4 premiers mois et contribue à son apparition chez ceux qui ne</p>	X		

	<p>l'avaient pas encore développé. => Cela suggère que la gravité des blessures est un bon facteur prédictif du PTSD, mais la FC peut toujours avoir un rôle prédictif important chez les personnes sans blessure grave, représentant la majorité des survivants d'accidents de la route. Le fait que la PA systolique à T1 et T2 soit un facteur prédictif à 1 et 4 mois mais pas suite au régression logistique est en lien avec plusieurs études, dont les résultats de Shalev et al. (1998) qui soutiennent que l'activation est principalement adrénérgique.</p> <p>Limites : l'étude a été menée au sein d'un seul et même hôpital. La possibilité que des participants aient une hyperactivité antérieure affectant à la fois la FC et le développement du PTSD ne peut être exclue. Les réponses élevées de la FC chez les patients atteints de PTSD peuvent refléter : traumatismes antérieurs, vulnérabilité génétique, personnalité, hormones, température corporelle, douleurs, condition physique. Des autres variables n'ont pas été prises en compte (dissociation péritraumatique, ASD, perception de menace) qui peuvent aussi influencer le développement du PTSD.</p>			
Perspectives	<p>Chez certains patients traumatisés, la FC au repos mesurée très rapidement après le traumatisme pourrait être un facteur prédictif de l'apparition du PTSD. La détermination systématique des paramètres biologiques chez les victimes de blessures pourrait aider à assurer que les populations vulnérables bénéficient de ce facteur prédictif précoce dans leur évaluation.</p>	X		
Aspect général de la recherche	<p><i>Cette étude est construite de façon rigoureuse, la méthode est clairement décrite et détaillée et cela permet une bonne compréhension des résultats. Malgré ses limites, les critères d'exclusion à l'étude étaient rigoureux. Des biais ne peuvent jamais vraiment être exclus, mais l'échantillon est suffisamment grand pour que les résultats soient généralisables. D'ailleurs les résultats rejoignent en grande partie d'autres recherches menées sur cette même thématique et sont très bien argumentés. Des analyses bivariées et multivariées ont été menées et les chiffres sont significatifs.</i></p>			
Remarques/liens entre les recherches observés	<p>Cette recherche correspond à mon thème de travail et concerne ma population cible. Elle est récente et réalisée dans un pays européen. L'étude fournit un facteur prédictif significatif du PTSD à 1 et 4 mois après l'accident : la FC, mesurée dès l'arrivée des secours sur les lieux de l'accident. Par ailleurs, la gravité des blessures ainsi que d'autres variables ont été analysées et mises en relation. Les résultats peuvent être mis en lien avec le dépistage du risque de développement d'un PTSD chez les survivants d'accident de la route. Ils peuvent être mis en lien avec d'autres recherches sélectionnées. Cette étude est pertinente, rigoureuse, claire et répond par la positive à la plupart des éléments de lecture critique, c'est pourquoi je la sélectionne pour réaliser cette revue de littérature.</p>			

