



UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1990

THESE N° 167/1

**L'ACCIDENTABILITE
REFLEXIONS A PROPOS
DE 203 OBSERVATIONS**

T H E S E

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Octobre 1990

PAR

Jacques Franck CHALARD

Né le 7 AVRIL 1958 à LIMOGES (Haute-Vienne)



106 004819 4

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur LEGER	- PRESIDENT
M. le Professeur DUMONT	- JUGE
M. le Professeur GAROUX	- JUGE
M. le Professeur RAVON	- JUGE
M. le Docteur DUMOND, C.H.S Esquirol	- MEMBRE INVITE

THESE MED LIMOGES 1390 u 167



E-1

Sibel : 256 092

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1990

THESE N° 167.

**L'ACCIDENTABILITE
REFLEXIONS A PROPOS
DE 203 OBSERVATIONS**

T H E S E

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Octobre 1990

PAR

Jacques Franck CHALARD

Né le 7 AVRIL 1958 à LIMOGES (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur LEGER	- PRESIDENT
M. le Professeur DUMONT	- JUGE
M. le Professeur GAROUX	- JUGE
M. le Professeur RAVON	- JUGE
M. le Docteur DUMOND, C.H.S Esquirol	- MEMBRE INVITE

U N I V E R S I T E D E L I M O G E S

F A C U L T E D E M E D E C I N E

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie ortho- pédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale

GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie - Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A mon père,
le Docteur Jean CHALARD,
à qui je dois d'avoir
entrepris cette carrière.

A ma mère

A mes grands-parents

A ma femme

A mes filles

Avec toute mon affection

À ma famille

À mes amis

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEGER

Professeur des Universités
de Psychiatrie Adulte

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de Service

Au cours de notre Internat, nous avons su apprécier
votre grand sens clinique et votre profonde humanité.

Soyez-en remercié.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de
notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur DUMONT
Professeur des Universités
de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

Lors de la réalisation de ce travail,
nous avons su apprécier votre accueil
et vos conseils pertinents.

Monsieur le Professeur GAROUX
Professeur des Universités
de Pédo-psychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Interne dans votre Service, nous avons
apprécié votre enseignement.
Vous avez toujours su apporter une écoute
attentive et un conseil avisé.
Soyez-en profondément remercié.

Monsieur le Professeur RAVON
Professeur des Universités
de Neurochirurgie
Neurochirurgien des Hôpitaux
Chef de Service

Nous vous remercions d'avoir accepté
de juger ce travail.
Nous vous prions de trouver ici
l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Docteur DUMOND
Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques
Praticien Hospitalier

Votre aide nous a été précieuse
tout au long de ce travail.
Soyez-en remercié.

PLAN

INTRODUCTION

NOTIONS GENERALES

HISTORIQUE

LES NOTIONS D'ACCIDENT ET D'ACCIDENTABILITE
PERSPECTIVES ACTUELLES

- L'ACCIDENT ET SES CAUSES - APPROCHES THEORIQUES
- LE REGARD DE LA MEDECINE DU TRAVAIL SUR L'ACCIDENT - LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL
- CONSIDERATIONS SUR LE RISQUE, LES PRISES DE RISQUE, LES COMPORTEMENTS A RISQUE
- ALCOOL ET ACCIDENT
- EVENEMENTS DE VIE

METHODOLOGIE

- HYPOTHESE
- MATERIEL
- METHODE
 - I) CONDITIONS DE L'ETUDE
 - II) LE RECUEIL DES DONNEES
 - III) SPECIFICITES DE L'ETUDE REALISEE DANS L'UNITE DE PSYCHOREHABILITATION
- LIMITES DE CETTE METHODOLOGIE

**ENQUETE REALISEE DANS L'UNITE DE PSYCHOREHABILITATION
LES RESULTATS**

- DONNEES SOCIOLOGIQUES
- L'ACCIDENT
- APPROCHE PLUS SUBJECTIVE

**ENQUETE REALISEE DANS LE SERVICE DES URGENCES
LES RESULTATS**

- DONNEES BIOGRAPHIQUES ET SOCIOLOGIQUES
- L'ACCIDENT
- LES EVENEMENTS DE VIE - LES FACTEURS DE STRESS
PSYCHOSOCIAUX
- LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EVOLUTIFS
- TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DU DEVELOPPEMENT
- L'EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT
- LES TROUBLES SOMATIQUES
- APPROCHE STATISTIQUE - ANALYSE DES RESULTATS

I) RELATION ENTRE LES DONNEES SOCIOLOGIQUES
ET BIOGRAPHIQUES, ET LES PARAMETRES DE
L'ACCIDENT

II) RELATIONS ENTRE LES PARAMETRES INTERNES
A L'ACCIDENT

- III) RELATIONS ENTRE LES FACTEURS DE STRESS ET
L'ACCIDENT
- IV) RELATIONS ENTRE L'EXISTENCE D'EVENTUELS TROUBLES
SOMATIQUES, ET LES PARAMETRES DE L'ACCIDENT
- V) RECHERCHE DE RELATIONS ENTRE UNE PATHOLOGIE
PSYCHIATRIQUE ET L'ACCIDENT

**ESSAI DE SYNTHESE DES DEUX ETUDES
ELEMENTS DE COMPARAISON**

DISCUSSION

- DONNEES BIOGRAPHIQUES
- DONNEES CONCERNANT L'ACCIDENT
- LES EVENEMENTS DE VIE
- LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES
- L'INFLUENCE DE LA PERSONNALITE
- LES TROUBLES SOMATIQUES

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

L'origine de ce travail remonte à notre passage dans l'Unité de Psychoréhabilitation des Blessés de l'Encéphale du Service Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Limoges (Docteur DUMOND, Service du Professeur LEGER).

Dans cette Unité, nous prenions régulièrement en charge des traumatisés crâniens sévères à partir d'un stade proche de leur accident, jusqu'au suivi lointain de la réintégration sociale.

Par delà les soins de nursing et de rééducation apportés à ces blessés, nous nous sommes intégrés dans une démarche de réflexion sur la psychopathologie de l'accidenté qui, ces dernières années, a été à l'origine de multiples travaux concernant la prise en charge précoce, ou la spécificité de l'éveil du traumatisé crânien sévère, ou encore les conséquences psychopathologiques de l'accident (DUMOND 1981, LEGER et coll. 1983, FAYOL 1987, PLOUGEAULT 1989).

Il nous était d'emblée apparu que le traumatisé correspondait parfois à des personnalités bien particulières, ou encore que l'accident survenait préférentiellement lorsque le sujet subissait la pression de certains événements.

La multiplication des observations cliniques et les échanges d'idées auxquels nous avons participé avec l'équipe de l'Unité, n'ont fait que confirmer cette impression. En revanche, les différents travaux publiés alors sur cette question ne nous satisfaisaient pas pleinement.

Il n'est pas rare en effet, de trouver dans la littérature des articles faisant référence à l'accidentabilité ou à la prédisposition aux accidents.

Cependant, on peut être frappé par les controverses que soulève encore ce sujet. La prédisposition aux accidents est souvent présentée comme allant de soi, sorte de lieu commun par lequel on justifie la plupart des collisions, des chutes, des fausses manoeuvres ...

Parfois au contraire, cette notion est rejetée avec vigueur: l'accident est alors présenté comme essentiellement dû au hasard, ou plus exactement comme touchant par hasard un sujet donné plutôt qu'un autre.

Dans les propos des médecins prenant en charge des blessés, réanimateurs, chirurgiens, ou rééducateurs, l'accidenté type est souvent présenté comme un sujet plutôt jeune, de niveau socioculturel plutôt faible, volontiers éthylique ou psychopathe, en situation de déséquilibre familial ou professionnel.

Le principal danger de cette démarche est, à notre sens, de donner une connotation morale au phénomène accident.

Nous nous sommes donc proposé de reprendre une réflexion théorique sur le thème de l'accidentabilité tout en tentant d'établir une synthèse de la littérature portant sur ce sujet.

A partir d'une première enquête réalisée dans l'Unité de Psychoréhabilitation portant sur les caractéristiques sociologiques et psychopathologiques de 100 traumatisés crâniens sévères, nous avons étendu le champ de nos investigations à une population de blessés "tout-venant", rencontrés au Service des Urgences du CHU de Limoges de manière à éviter certains biais de recrutement (tout accidenté n'est pas nécessairement un traumatisé crânien). Nous avons pu ainsi recouper les résultats des deux enquêtes.

NOTIONS GENERALES

Au début de ce travail, il paraît important de définir un certain nombre de termes que nous retrouverons et que nous aurons à manipuler par la suite.

* Ainsi nous avons pris la liberté d'utiliser le mot *accidentabilité*.

Ce néologisme sinon barbare, du moins assez disgracieux, ne se retrouve dans aucun des dictionnaires que nous avons consultés. Cependant, son usage est assez répandu parmi les personnes qui s'intéressent au phénomène accident, et il a le mérite d'être largement compris.

Nous pourrions définir l'*accidentabilité* comme la prédisposition aux accidents, équivalent de l'Anglais *accident proneness*. Cependant en Français, le terme prédisposition a une connotation fataliste, voire génétique, qui ne convient guère au sens que nous voulons donner au mot *accidentabilité*. Celui-ci se rapporte davantage à l'éventuelle potentialité qu'aurait un sujet donné de présenter un risque d'accident accru par rapport à un hypothétique individu moyen et à un moment déterminé, plutôt qu'à un trouble pathologique, offrant des possibilités de diagnostic, de pronostic et de traitement. Ce terme a ainsi un sens plus vaste, faisant référence non seulement à la personnalité et aux conduites, mais aussi aux événements de vie et à tous les éléments susceptibles de modifier l'exposition au risque d'accident.

* Le mot *accident*, lui, est, de prime abord, reconnu et utilisé par tous; mais derrière son usage courant, se cachent des nuances et des significations variées sur lesquelles il est bon de s'arrêter.

Larousse définit l'accident comme "événement fortuit, ordinairement malheureux ou dommageable", mettant en avant le sens le plus couramment employé de ce mot.

Littre au contraire donne comme première définition : "ce qui advient fortuitement - des accidents bons ou mauvais", ne revenant que secondairement sur le sens d'évènement malheureux.

La définition que nous livre le Robert est sans doute la plus complète des trois : "ce qui advient fortuitement, par hasard. Evènement heureux ou malheureux qui vient rompre la marche régulière des choses."

Tous font donc référence au caractère fortuit de l'accident.

En terme de philosophie, le mot accident s'emploie par opposition à la substance. La couleur d'une pomme par exemple, pourrait varier sans pour autant altérer le fruit dans sa nature même.

Ce mot s'emploie aussi avec des connotations variées en terme de musique (c'est le dièse, le bémol, le bécarre), de grammaire (les temps, les personnes, les modes qui entraînent des changements dans l'écriture des mots), de théologie (l'aspect que conservent le corps et le sang du Christ après l'Eucharistie), de topographie (les accidents de terrain). On est bien loin dans chaque cas de "l'évènement malheureux".

Ce n'est d'ailleurs qu'assez récemment, vers la fin du XVème siècle, que ce mot a pris préférentiellement ce sens. Etymologiquement, il vient du substantif latin *accidens*, lui-même dérivé du verbe *accidere* qui signifie arriver, survenir.

L'accident est donc avant tout un évènement fortuit et imprévisible, voire accessoire et marginal.

De plus, on assiste à une certaine confusion de la cause et de l'effet, et par abus de langage, le traumatisme devient un accident, et le blessé un accidenté.

L'Encyclopédia Universalis, dans son édition de 1985, reprend ces notions. L'accident est "ce qui arrive de fâcheux, subitement, par hasard, rarement". Elle souligne que l'attitude commune est à la fois d'incriminer la fatalité, et de chercher un responsable.

Nous citons cet ouvrage car il introduit l'idée de l'homme confronté à l'accident.

C'est cette idée que reprend Y. PELICIER (1986), quand il souligne que bien que présent à l'esprit de chacun comme potentialité, il n'est pas sérieusement envisagé pour soi-même ce qui conduit à une prévention faible ou insuffisante. La pensée magique combat ici le calcul des probabilités.

L'accident cesse alors d'être l'impondérable et l'imprévu, événement au sens probabiliste du terme, pour se rapprocher du *Fatum* des classiques latins.

"L'accident n'arrive qu'aux autres", entend-on dire. Mais cela n'empêche pas ceux-là même qui prononcent ces paroles de se prémunir contre les dangers de la circulation par des porte-bonheur, amulettes ou autre grigris.

Cette attitude est dangereusement démobilisatrice. L'accident, en devenant élément du destin, échappe par là même, à la prévention. A quoi bon respecter les consignes de sécurité d'un poste de travail, ou chercher à acquérir la maîtrise d'un véhicule, si l'on ne veut pas considérer les diminutions objectives de risque qui peuvent en découler.

C'est dans cette perspective qu'il nous semble dangereux d'évoquer complaisamment la "prédisposition à l'accident", présentée comme une négation de la réalité de l'accident potentiellement susceptible de frapper n'importe quel individu.

Encore une fois, si cela n'arrive pas qu'aux autres, il est réconfortant de pouvoir montrer cet "autre" du doigt.

* Il paraît également important de définir le terme de *risque*, et d'aborder les notions qu'il recouvre.

Pour le Larousse, "risque" signifie "danger, inconvénient possible", mais aussi "préjudice, sinistre éventuel que les compagnies d'assurances garantissent moyennant le paiement d'une prime".

Le Littré apporte une précision : "péril dans lequel entre l'idée de hasard".

En effet, courir un risque, n'est ce pas se mettre face à une situation dangereuse, et laisser au hasard, ou à la destinée le soin d'en déterminer les conséquences? On retrouve ici le même type de pensée magique que celui que nous évoquions à propos de l'accident. Cependant, à côté de ce risque subjectif, il existe un risque quantifiable, un risque "calculé", qui peut être à l'extrême le risque statistique que nous tenterons de déterminer dans la suite de ce travail.

Il n'est pas question de se soumettre ici au hasard (n'oublions pas qu'en Anglais, *hazard* signifie risque), mais d'apprécier le plus précisément possible, la dangerosité potentielle d'une situation.

* La notion de *responsabilité* mérite elle aussi, que l'on s'y attarde.

En effet, ce terme est fréquemment employé dans des contextes différents, ce qui entretient une certaine confusion.

Pour Littré, la définition se limite à : "obligation de répondre, d'être garant de certains actes".

Dans le Larousse, c'est également cette acception qui est citée en premier : "obligation de réparer les dommages causés à autrui", puis "obligation de supporter le châtement prévu pour une faute qu'on a commise". Enfin, une autre définition élargit le sens: "capacité de prendre une décision sans en référer à un supérieur".

La notion de responsabilité est donc étroitement liée à celle de châtement, de sanction. On ne retrouve curieusement pas dans les dictionnaires, l'acception couramment usitée qui fait référence au libre arbitre et à l'initiative. (On peut, en effet, être responsable d'un accident, mais on peut également l'être d'une bonne action ou d'une initiative heureuse.)

Lorsqu'on aborde la question de l'accident, le terme responsabilité peut avoir des significations sensiblement différentes selon le point de vue que l'on adopte.

Le premier sens est celui adopté par les juristes et par les compagnies d'assurances; il traduit la volonté de déterminer le ou les responsables de l'accident. Pour le règlement juridique du sinistre, on est donc responsable ou on ne l'est pas, c'est une notion binaire.

Le second sens se rapproche du langage commun. La responsabilité dans un accident peut être partiellement dégagée, du fait de circonstances extérieures. On peut donc être plus ou moins responsable, c'est une notion analogique.

Il est important de bien faire la distinction entre ces deux emplois d'un même mot. En effet, la même situation peut être appréciée totalement différemment dans un cas ou dans l'autre. Pour reprendre un exemple dans le domaine de l'accident d'automobile, un conducteur qui aura perdu le contrôle de sa voiture sera bien entendu jugé responsable, subira une augmentation de sa prime d'assurance, pourra dans certaines conditions être poursuivi. Cependant, de nombreuses circonstances extérieures ont pu avoir une influence dans l'accident considéré (mauvaises conditions atmosphériques, manoeuvres d'autres usagers non physiquement impliqués dans l'accident...).

On voit qu'une appréciation objective de la responsabilité est très difficile, voire souvent impossible.

Cependant, lorsqu'il a été question dans notre étude d'apprécier la responsabilité des blessés, nous ne nous sommes pas arrêtés à une évaluation telle qu'elle serait pratiquée par une compagnie d'assurances. Nous avons tenté de prendre en compte la globalité des paramètres qui intervenaient dans l'accident.

A travers les circonstances, ce qui nous intéressait, ce n'était pas de chercher à évaluer une faute éventuelle et hypothétique, mais de rencontrer un blessé et son histoire.

HISTORIQUE

L'homme a de tous temps été victime d'accidents. Il a souvent cherché à les justifier par l'intervention du destin, par la volonté divine, ou encore le mauvais sort.

L'idée qu'il puisse exister une prédisposition reposant sur des éléments concrets ne semble pas avoir été formulée avant le début du XXème siècle. A cette époque, en effet, divers facteurs ont contribué à attirer l'attention sur l'accident.

L'organisation moderne du travail, en plein essor en ce début de siècle avec la mise en pratique des idées de Taylor, a conduit à rechercher les facteurs entravant la production, et à tenter de les corriger. Les accidents du travail, cause d'absentéisme, ont donc été pris en considération. Le développement ultérieur de la protection sociale n'a fait que renforcer cet intérêt.

Le début du XXème siècle a été également marqué par l'apparition et le développement de l'automobile. Les accidents de la circulation sont devenus en peu d'années un problème de santé publique qui n'a cessé de s'accroître depuis lors.

L'expansion, puis la généralisation des assurances, se multipliant pour garantir une multitude de risques, a contribué aux recherches entreprises pour appréhender le risque encouru, les facteurs de risque, les conduites d'exposition et la personnalité de la victime.

Le développement des sciences humaines enfin, a trouvé dans les rapports entre l'homme et l'accident, un terrain de réflexion digne d'intérêt.

Les études menées sur l'accident à partir de cette époque ont vite montré que le hasard n'était pas seul en cause, et qu'il existait dans la genèse de l'accident des facteurs dépendant de l'individu considéré.

Les premiers travaux qui abordent la notion de prédisposition, d'*accident proneness*, ont été effectués en Angleterre en 1919. On les doit à GREENWOOD et WOODS cités par M.B. BIECHELER-FRETEL (1986). Il s'agissait de repérer les ouvrières présentant un nombre d'accidents du travail élevé dans une usine d'obus (nous étions à la fin de la première guerre mondiale), pour les mettre à un poste moins exposé et ainsi augmenter la productivité.

En considérant une constante λ désignant le nombre moyen d'accidents par unité de temps, ils é mirent l'hypothèse qu'à chaque ouvrière correspondait une valeur de λ qui lui était propre, définissant ainsi le risque qui était attribué à chaque personne d'avoir un accident. Ils parlèrent alors de susceptibilité à l'accident.

Par la suite, on suggéra que pour chaque individu, λ aurait une valeur sensiblement constante dépendant de ses caractéristiques physiques et psychiques.

C'est FARMER et CHAMBERS (1939) qui employèrent le terme d'*accident proneness* à l'occasion d'une étude sur les automobilistes. Ils définirent ce terme comme "une idiosyncrasie personnelle, prédisposant l'individu qui la possède à un degré marqué à un taux relativement élevé d'accidents".

Par la suite, des auteurs comme TILLMAN et HOOPS (1949) s'attachèrent à découvrir la personnalité de l'accidenté type. Sur une population de chauffeurs de taxi multi-accidentés, ils dégagèrent différents traits tels que l'instabilité du foyer parental, un passé de difficultés scolaires et de délinquance éventuelle, l'incapacité à garder longtemps un emploi, un comportement fréquemment dépressif et impulsif. Nous retrouvons facilement ici des traits évoquant des sujets que l'on qualifierait de psychopathes, très proches des critères de la personnalité antisociale, décrite dans le DSM-III-R.

C'est après la seconde guerre mondiale et jusqu'aux années 60, que la thèse de l'accidentabilité prit le plus d'ampleur, principalement dans les milieux s'intéressant à la prévention et à la réparation de l'accident.

Il semble en effet tentant de définir des critères aisément repérables et susceptibles de servir d'indicateur du risque d'accident, permettant ainsi le développement de stratégies de prévention.

Ceci rejoignait de plus l'attitude largement répandue dans le public de désigner telle ou telle personne comme responsable potentielle de l'accident. En effet, si l'accidenté est toujours "l'autre", ce qui permet ainsi de conjurer une partie de ses craintes, cet "autre" est volontiers désigné comme marginal, alcoolique, psychopathe. Les tenants de la prédisposition furent parfois tentés d'adopter une idéologie dangereuse où l'amalgame entre "accidentable" et délinquant fut souvent vite effectué, et on a vu proposer alors, dans le cadre de la conduite automobile, des stratégies visant à sélectionner les "bons" et les "mauvais" conducteurs, selon des critères de personnalité ou des données sociologiques.

Parallèlement, et surtout à partir des années 60, le principe de la prédisposition fut fortement critiqué. La principale critique reposait sur la remarque que le fait d'avoir des accidents multiples à une période donnée de sa vie, n'était pas nécessairement lié de façon totale avec un type donné de personnalité. Des facteurs aléatoires entraient en effet toujours en jeu, ainsi que la pression d'une quantité d'éléments extérieurs à la personnalité. En 1953, Arbous et Kerrich, cités par M.B. BIECHELER-FRETEL, réfutèrent cette notion de prédisposition en montrant que si, à une période donnée de leur vie, certains sujets étaient effectivement plus enclins aux accidents que d'autres, cette disposition cessait par la suite dans la plupart des cas, et ces sujets ne présentaient alors pas de risque supérieur au reste de la population.

Même si actuellement la thèse d'une "predisposition" reposant sur un ensemble de traits de personnalité identifiables tend à être abandonnée, le débat reste ouvert sur l'étude des comportements des accidentés, ainsi que sur la recherche de facteurs environnementaux prédisposants.

**LES NOTIONS D'ACCIDENT
ET D'ACCIDENTABILITE
PERSPECTIVES ACTUELLES**

L'accident se trouve au carrefour de différentes disciplines médicales qui abordent cette question de façons différentes mais complémentaires.

La médecine du travail, la rééducation fonctionnelle, la psychiatrie s'intéressent aux multiples aspects de l'accident de sa prévention à ses conséquences lointaines.

Ce sont surtout les accidents de la voie publique et les accidents du travail qui alimentent les recherches de part leur fréquence et leur retentissement en termes socio-économiques et de santé publique. Nous allons aborder ici différents points qui sont à l'ordre du jour de cette vaste question.

L'ACCIDENT ET SES CAUSES - APPROCHES THÉORIQUES

Il existe classiquement huit grandes théories des causes de l'accident, telles que les rapportent J. CHARBONNIER (1980) :

- le hasard
- la prédisposition
- les motivations inconscientes
- la théorie "Ajustement-Tensions"
- les dominos
- l'approche épidémiologique
- les variables spécifiques
- l'approche systémique

Nous allons les reprendre une à une.

- le hasard

C'est la théorie la plus intuitive, mais peut-être la plus simpliste: chacun, dans une situation donnée, a les mêmes chances d'être victime d'un accident.

- la prédisposition

Telle que nous l'avons décrite dans le chapitre précédent, certains individus seraient, de par des traits de personnalité particuliers, prédisposés à avoir un nombre accru d'accidents. Cette théorie contestée tend à être partiellement abandonnée.

- les motivations inconscientes

A partir de la théorie psychanalytique, la notion d'inconscient permet d'envisager l'accident comme suicide inconscient ou comme acte d'autopunition. Dans cette perspective, on a pu parfois présenter l'accident comme une manifestation psychosomatique. Ainsi R.R. HELD (1968), fait-il remarquer que dans le cas de l'accident, comme pour tout trouble psychosomatique, des pulsions agressives sont au premier plan, et de façon très perceptible ici. Il relie principalement les accidents du travail au masochisme, et rattache les accidents d'automobile plus volontiers aux pulsions sadiques.

- La théorie "Ajustement- Tensions"

Kerr, cité par J. CHARBONNIER, considère que les personnes soumises à des tensions d'ordre physique ou psychologique sont plus volontiers victimes d'accidents par manque d'adaptation (d'ajustement) à leur environnement.

- les dominos

Selon cette théorie développée par Heinrich, l'accident est l'aboutissement d'une suite logique d'évènements s'enchaînant les uns aux autres, à la manière des dominos dont la chute du premier entraîne la chute de toute la série. Ainsi la prévention peut s'appliquer par action préférentielle sur un des éléments de la chaîne.

- l'approche épidémiologique

Cette théorie préconise un abord multifactoriel de l'accident, et tente de dégager :

- * des facteurs relatifs à la victime (état somatique, personnalité, biographie...)

- * des facteurs relatifs à l'agent (caractéristiques mécaniques, chimiques, physiques... par exemple l'état d'une automobile)

- * des facteurs environnementaux et spatio-temporels

- les variables spécifiques

Cette démarche se rapproche de la précédente en tentant de dégager trois catégories de facteurs : humains

matériels

d'environnement

- l'approche systémique

Cette théorie se propose d'étudier les interventions d'un ensemble d'éléments, entre eux et avec l'environnement. L'accident s'il advient, sera alors considéré comme un symptôme du dysfonctionnement du système considéré.

Une bonne illustration de cette conception systémique dans l'approche des accidents de la route est fournie par Blumenthal repris par T. BENJAMIN (1986). (Fig. 1)

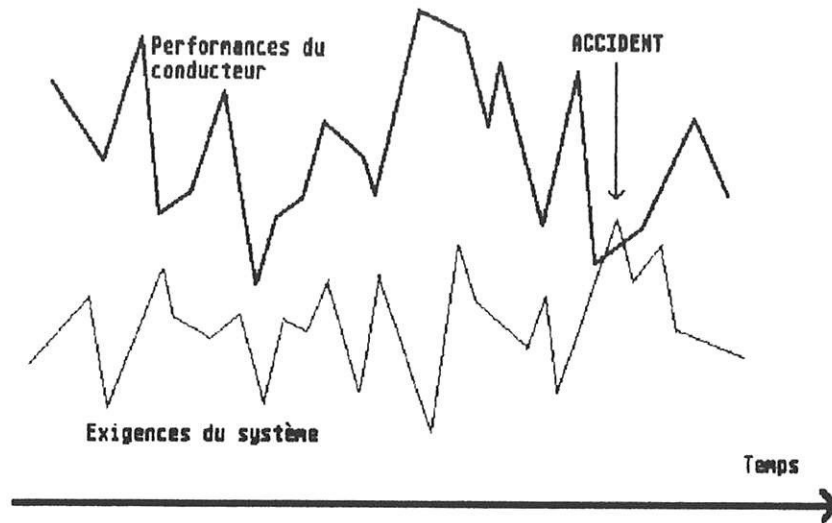


Figure 1

L'étude du système homme-véhicule-route permet de considérer deux types de variables en fonction du temps : les performances du conducteur et les exigences du système (parmi lesquelles on retrouve des facteurs variables, tels que l'état de la route, du véhicule, les conditions atmosphériques, la circulation...). L'accident survient lorsque les deux courbes se croisent et que les performances du conducteur passent en deçà des exigences du système.

Cette hypothèse a le mérite de proposer une approche multifactorielle de l'accident et de ne pas se limiter à des considérations sur le conducteur ou la mise en cause de conditions extérieures.

LE REGARD DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL SUR L'ACCIDENT - LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

Les accidents du travail sont un des grands sujets de préoccupation de la Médecine du Travail depuis les origines de cette discipline. Les "facteurs psychosociaux au travail" définis comme des interactions du milieu professionnel, du contenu, de la nature et des conditions d'exercice d'une part, des capacités, des besoins, et du contexte socioculturel d'autre part, ont donné lieu à de nombreux travaux (Rapport du Comité mixte OIT-OMS de la Médecine du Travail 1984). Leurs interactions avec l'accident sont souvent au centre des débats.

Depuis quelques années, le développement de la psychopathologie du travail, qui vise à évaluer les interactions entre l'activité professionnelle et le fonctionnement mental, est en mesure d'apporter un matériel nouveau à notre réflexion (P. GODARD 1987 et C. VEIL 1985). Une des idées fortes que l'on retrouve ici est l'élaboration de la notion de charge psychique du travail (C. DEJOURS 1980 et C. LIBOUBAN 1985).

Les deux charges de travail classiques, charge physique correspondant à l'engagement du corps et charge mentale, produit des contraintes psychosensorielles et cognitives, se trouvent complétées par la charge psychique qui tente de rendre compte de la participation affective de l'homme à sa situation de travail.

Reprenant les idées de FREUD sur l'économie psychique et l'énergie pulsionnelle, et les adaptant à la situation de l'homme au travail, C. DEJOURS expose comment se constitue selon lui la charge psychique dans les interactions homme-travail. Cette charge peut être positive ou négative; on parle alors de "décharge psychique". Un travail allant dans le sens d'une diminution de cette charge est équilibrant et valorisant; dans le cas contraire, il est fatiguant et mal vécu.

Il nous paraît important de reprendre, pour illustration de la charge psychique du travail et de son rapport avec l'accident, l'exemple de la prise de risque chez les ouvriers du bâtiment (D. CRU et C. DEJOURS 1985).

Les métiers du bâtiment sont d'évidence soumis à un risque élevé. Cependant aucun sentiment de peur n'est généralement verbalisé, et on observe des comportements de prise de risque paradoxaux.

On observe souvent des ouvriers prendre des risques injustifiés, se moquer des consignes de sécurité comme le port du casque obligatoire... On a parfois voulu réduire ce comportement à une tentative de valorisation et d'affirmation virile par la prise de risque gratuite, d'origine culturelle ou en rapport avec une immaturité affective, un comportement irresponsable.

La psychopathologie du travail propose une autre lecture de ces faits. Les ouvriers du bâtiment auraient au contraire une profonde connaissance des risques qu'ils côtoient. Comme les mesures de sécurité ne peuvent malgré tout supprimer le danger, ils doivent élaborer des parades visant à contrer l'angoisse de mort. Ces comportements en apparence paradoxaux font partie d'un ensemble plus vaste, et dont le but est de contrôler les dangers du chantier. Ils constituent ce que C. DEJOURS appelle les "idéologies défensives de métier". Il s'opère alors une sorte de masquage des dangers pourtant bien connus, dans le but de pouvoir poursuivre le travail dans le milieu hostile du chantier, en limitant l'anxiété qui en découle. Les ouvriers choisissent donc là de s'attaquer à la perception qu'ils ont du risque, et pas au risque lui-même.

Ces "idéologies défensives de métier" n'ont pas d'action concrète sur la diminution objective des risques. Elles permettent cependant au travail de se poursuivre de façon satisfaisante, ce qui serait difficile, voire impossible, en prenant toutes les précautions requises par les règlements, et elles diminuent la peur perçue par les ouvriers (C. DEJOURS 1987).

Il est tentant d'établir un parallèle entre ces notions élaborées dans le cadre bien précis du monde du travail et le comportement que l'on observe face à d'autres risques d'accident.

Ainsi l'attitude de certains conducteurs, se moquant des règles de sécurité, se vantant de certaines infractions, refusant le port de la ceinture de sécurité comme les ouvriers rejettent le casque de chantier, évoque un type d'idéologie défensive. Ces comportements auraient donc la fonction d'évacuer la peur induite par le milieu hostile de la circulation automobile, et de permettre des déplacements globalement satisfaisants sans pour autant diminuer objectivement le danger inhérent à la circulation.

CONSIDERATIONS SUR LE RISQUE, LES PRISES DE RISQUE, LES COMPORTEMENTS A RISQUE

La notion de risque est strictement associée à celle d'accident. Le traumatisme survient fréquemment après une prise de risque, plus ou moins volontaire, pouvant correspondre à un comportement totalement adapté, découlant d'une réflexion et d'un choix face à des conditions déterminées, ou à l'inverse, à des motivations inconscientes à l'origine d'une exposition non justifiée à une situation potentiellement dangereuse.

On peut en fait aborder le risque selon trois approches distinctes (SIMARD M. 1988).

La première consiste à considérer le risque comme appréhendable à travers une série de paramètres. Cette approche objective débouche normalement sur un comportement rationnel d'acceptation, de refus ou d'aménagement de la situation dangereuse.

Bien évidemment, une certaine part de subjectivité fait toujours partie de cette démarche, et des facteurs psychologiques entrent en jeu : personnalité, capacité de décision, aspiration à réussir, goût de l'échec, capacités d'appréciation et de jugement.

La prise de risque dépendra donc d'une quantité de variables parfois difficiles à prendre en compte.

Une seconde approche privilégie l'étude des prises de risque non rationnelles, et tente de définir des "sujets à risque" pour lesquels l'exposition à un danger est un trait relativement stable du comportement. Il ne s'agit plus ici d'un risque "utilitaire", mais de comportements pour lesquels on pourrait évoquer les notions de pulsion de mort, de prise de risque inconsciente.

C'est dans cette perspective que se situent les travaux de ZUCKERMAN (1964).

ZUCKERMAN et son équipe ont élaboré une échelle, la *Sensation Seeking Scale (SSS)*, ou échelle de recherche de sensation. Cette échelle, reposant sur une grille de 72 items, se proposait de mettre en évidence les sujets recherchant des sensations fortes (ou *HS* pour High Sensation Seeker) en les opposant aux sujets *LS (Low Sensation Seeker)*. C'est bien entendu dans la première de ces deux catégories que l'on retrouve les sujets susceptibles d'avoir des comportements à risque de façon plus marquée.

Cette échelle a récemment été traduite et validée pour la France par une équipe parisienne (CARTON et coll. 1990).

Nous pouvons inclure dans cette seconde approche les travaux sur la psychopathologie du travail que nous évoquions précédemment.

La troisième s'intéresse à l'étude des prises de risque sous l'influence de facteurs psychosociaux tels que les pressions que subit un ouvrier de la part de ses collègues de travail et de son encadrement.

D'un point de vue psychanalytique, la notion de risque est très liée aux concepts de pulsion de vie et de pulsion de mort tels que les a élaborés FREUD dans "Au-delà du principe de plaisir" (1920).

L'interprétation, d'ailleurs, n'est pas univoque, et le risque peut aussi bien se situer du côté de l'instinct de mort, comme dans les suicides inconscients, que du côté de l'instinct de vie car il peut avoir une valeur positive et organisatrice (apprentissage d'une situation nouvelle).

Pour la psychanalyse, on distingue deux catégories de sujets face au risque (RAMBEAU J. 1988).

Pour certains, la coupure symbolique entre réel et réalité, ne s'est pas effectuée dans la première enfance. Ces sujets ont du mal à se représenter les risques qu'ils affrontent par incapacité d'avoir recours à des symboles.

Ces sujets souvent définis comme "risque tout" ne se voient en fait pas comme tels, car leur imaginaire est inopérant.

Pour d'autres, cette coupure symbolique est présente, c'est le cas de la grande majorité des gens. Pour eux, le risque est reconnu et vécu comme tel.

Pour faire l'économie de l'angoisse qu'engendre toute situation de risque, chacun a deux méthodes :

- évacuer ou transformer la perception de danger
- accepter le risque, le reconnaître, mais tout faire pour que la situation qui le crée disparaisse au plus vite.

Il s'opère alors un décalage entre la représentation du risque et la représentation du danger (le risque est clairement perçu mais le danger est nié, réservé aux "autres").

Les comportements de prise de risque se retrouvent en fait de façon tout à fait banale, on pourrait dire physiologique, dans l'histoire de chaque individu. L'intensité du risque peut varier d'un sujet à l'autre, et certains peuvent être décrits comme ayant "le goût du risque", sans pour autant rentrer dans le champ d'une pathologie quelconque, comme c'est souvent le cas pour les navigateurs solitaires ou des concurrents de rallyes de type "Paris-Dakar".

Chez l'enfant, les prises de risque font partie de l'éducation, de l'apprentissage du monde, et chaque enfant a des comportements exploratoires qui comportent toujours un risque plus ou moins important.

L'accident est devenu ainsi, avec le recul des pathologies infectieuses, la première cause de décès chez l'enfant et l'adolescent. Il allait même jusqu'à représenter pour l'année 1978, 60% des morts de 15 à 19 ans, tous sexes confondus mais avec une forte prédominance masculine (près de 4 garçons pour une fille). Il a été décrit des traits de personnalité propre à l'enfant "accidentable" : enfant plus vif, plus actif, volontiers extraverti, sociable, décidé, impulsif, audacieux, supportant mal l'autorité, facilement irritable ou agressif (MANCIAUX M. 1985).

En fait, tout comme chez l'adulte, il paraît difficile et peu satisfaisant de dégager un portrait de l'enfant ou de l'adolescent "accidenté type".

Là encore, et ceci est particulièrement sensible pour les accidents de l'adolescent, la psychanalyse situe l'accident entre désir de mort et désir de vie, entre Thanatos et Eros.

L'accident peut fréquemment avoir une signification d'autopunition résultant d'un sentiment de culpabilité lié à une situation oedipienne non résolue.

Dans d'autres cas, l'accident sera lié à une conduite imprudente mais correspondra à la tentative de se maîtriser soi-même ou de maîtriser une situation, et il pourra, si ses conséquences ne sont pas dramatiques, avoir la valeur d'une expérience positive et structurante.

ALCOOL ET ACCIDENT

Il est depuis longtemps établi que l'alcool fait fréquemment partie des facteurs déclenchants ou favorisant les accidents, qu'ils soient domestiques, du travail, ou de la circulation (C. GOT 1985).

Tant l'alcoolisation aiguë avec ses effets que l'on sait sur la perception, le jugement, l'augmentation de latence des réflexes, les troubles du comportement, que l'éthylisme chronique peuvent être impliqués dans l'accident.

Si les troubles induits par une prise d'alcool, éventuellement massive mais isolée peuvent avoir des effets catastrophiques, mais fugaces et réversibles, il n'en n'est pas de même dans le cas d'un éthylisme ancien qui conduit à une détérioration progressive s'accompagnant de baisse des performances pouvant être à l'origine d'un accident même en dehors de toute présence d'alcool dans le sang; les effets du manque peuvent même dans un certain nombre de cas introduire un risque supplémentaire.

Les polynévrites, névrites optiques, atrophies cortico-sous-corticales, et multiples atteintes neurologiques et cognitives qui se manifestent à un stade plus ou moins tardif, ne vont qu'aggraver le tableau et majorer le risque.

Les comportements d'hétéro- et d'auto-agressivité induits par la prise d'alcool aiguë ou chronique, sont également un facteur à prendre en compte dans la genèse des accidents. On peut leur rattacher les effets désinhibiteurs de l'éthanol.

Les accidents liés à la prise d'alcool ne sont pas répartis de façon homogène dans le temps. Ils surviennent plus volontiers en fin de journée ou de semaine, ou encore les jours de fête.

La tranche d'âge la plus exposée est celle des plus de 20 ans mais des moins de 30 ans, avec une forte dominance masculine.

Il est tentant de faire un parallèle entre le goût des boissons alcoolisées et la propension aux accidents. On peut en effet se demander s'il n'existe pas une analogie entre la répétition des accidents et la répétition des alcoolisations (FONTAN M. 1986).

Certaines personnes peuvent en effet s'alcooliser pour rechercher une levée de leurs inhibitions, et devenir agressives pour elle-même et pour autrui.

Dans l'esprit de beaucoup, l'ébriété est un facteur atténuant la responsabilité, et certains peuvent prendre ce prétexte pour adopter un comportement qu'ils s'interdiraient en d'autres circonstances, prendre des risques inconsidérés et s'exposer à un accident.

L'importance des suicides inconscients ou des suicides passant pour des accidents chez des sujets alcooliques est aussi à considérer. On sait que le suicide se rencontre fréquemment sur un terrain éthylique (THERET, FACY et PASCALIS 1989). On considère en effet que 15 à 30% des suicidés présentent un éthylisme chronique, et que le risque de mortalité par suicide dans l'alcoolisme est d'environ 15%.

EVENEMENTS DE VIE

1) Introduction.

L'étude des événements de vie rencontre depuis un certain nombre d'années un succès croissant auprès de certains milieux psychiatriques. Selon les auteurs l'importance accordée aux *life events* est plus ou moins marquée mais il paraît actuellement impossible de la passer totalement sous silence (PRINGUEY et TATOSSIAN 1984).

Il semble difficile d'envisager le concept de prédisposition aux accidents sans faire référence aux événements de vie et à la notion de réaction. C'est au psychiatre américain Adolf MEYER, cité par GUELFY (1987), que l'on doit la conceptualisation de cette notion de réaction. Considérant que l'histoire personnelle du sujet jouait un rôle capital en psychopathologie, il avait tout particulièrement insisté sur l'importance du recueil de la biographie.

Comme nous l'avons vu, la plupart des travaux modernes sur le thème de l'accidentabilité privilégient une approche globale qui laisse une part importante à l'étude des facteurs environnementaux et des événements de vie. L'accident peut bien sûr être lui-même considéré comme un événement vital avec des conséquences immédiates et différées sur l'existence du sujet (A. FERNANDEZ-ZOILA 1986). A l'extrême une question reste ouverte: le fait d'avoir eu un jour dans sa vie un accident, avec tout ce que cela suppose comme vécu traumatique physique et psychologique, ne peut-il pas prédisposer au risque de nouveaux accidents ultérieurs?

Dire que les événements marquants, qualifiés de traumatisants, puissent avoir un retentissement après coup sur la vie psychique, semble être une banalité. Si, dans le public, cette notion tient souvent lieu de sens commun, elle a été, depuis le début de ce siècle, très fréquemment le centre de débats dans les milieux psychiatriques. De la tentative de rapprochement des troubles psychiques observés avec les événements marquants de la vie, est apparue la notion de pathologie réactionnelle.

On a cherché à appliquer ce concept à chaque domaine de la pathologie psychiatrique, et l'abondance de travaux parfois très récents, s'intéressant à cette question, démontre son intérêt et son actualité.

C'est bien entendu dans leur rapport avec la dépression que les évènements de vie, les classiques "life events" des anglo-saxons, ont été les plus étudiés. Et, bien que l'importance qui leur est donnée varie selon les options théoriques, c'est dans ce domaine que leur intérêt reste le moins contesté. C'est justement cette relation entre évènements biographiques et troubles de l'humeur qui nous intéresse ici. L'extrapolation de cette notion à celle d'accidentabilité fera référence aux états dépressifs considérés eux-mêmes comme une sorte de "life event", et renverra à la notion de suicide inconscient et à leurs rapports avec les évènements de vie.

Le concept d'évènement de vie n'est cependant pas superposable à celui de réaction, dont l'étude dépasse largement le cadre de la psychiatrie, pour devenir une notion philosophique. Y. PELICIER (1974) retrace justement l'historique de la notion de réaction, tant à travers son aspect médical qu'en reprenant les travaux que les philosophes ont pu lui consacrer.

Comme l'a décrit Henri EY (1974), le concept de réaction ne se limite pas aux modifications de l'état psychique consécutives à un stimulus. Il englobe toute une série de mécanismes d'intégration et d'adaptation, intervenant dès le niveau des interactions biologiques microscopiques, participant à la défense et au maintien de l'homéostasie.

Etendue à la psychopathologie, cette notion de réaction garde sa valeur adaptative et défensive. Elle ne peut cependant pas servir à définir par sa seule présence, un trouble mental. Toujours selon Henri EY, il n'y a pas de pathologie mentale purement réactionnelle.

2) Historique.

La conviction de l'existence d'une relation entre les événements marquants de la vie et l'apparition de troubles mentaux, semble être très anciennement partagée et donner lieu à de multiples tentatives populaires de mise en cause de telle ou telle pathologie. On entend fréquemment justifier un suicide ou un état dépressif par l'existence d'une femme infidèle ou d'un employeur intransigeant.

Mais ce n'est qu'à la fin du siècle dernier et surtout au début ce siècle, que cette hypothèse a retenu l'attention des milieux psychiatriques. C'est parallèlement à JASPERS en 1913, cité par AMIEL-LEBIGRE (1988) et à Adolf MEYER, que l'on doit les premiers travaux sur la notion de réaction en psychopathologie.

A la même époque, on retrouve les travaux de FREUD sur la notion de traumatisme et de perte d'objet, travaux commentés plus récemment par J.P. DREYFUSS (1974). Si les psychonévroses de défense décrites par FREUD (1894), et les concepts de traumatisme infantile et d'événements fantasmatiques concernent moins directement notre propos, l'élaboration de la notion de névrose actuelle, définie comme liée à une angoisse en rapport avec une situation réelle et présente (LEBOVICI 1984), rejoint les travaux sur les événements biographiques.

A partir de 1950, et jusqu'à nos jours, de nombreuses études ont porté sur la recherche d'une étiologie environnementale aux maladies psychosomatiques, à la schizophrénie, aux états dépressifs.

3) Intérêt.

Les études épidémiologiques qui ont été menées sur le sujet des événements vitaux, concordent généralement, et sont en faveur d'une liaison entre l'événement et la maladie, non pas par causalité directe, mais plutôt comme élément favorisant (AMIEL-LEBIGRE 1985).

Certains évènements peuvent donc être considérés comme des facteurs de risque, et on peut alors envisager la notion de sujet à risque, en étudiant les personnes chez qui on repère une répétition de ces évènements.

C'est dans la schizophrénie (LEMPERIERE et RODIERE 1985, PLOUGEAULT 1989) et les états dépressifs que les facteurs favorisants ou déclenchants ont été le plus étudiés.

Mais cependant, l'épidémiologie des évènements de vie, science nouvelle, se heurte à certaines difficultés (CHANOIT 1985).

En effet, que faut-il considérer comme évènement vital? Comment éviter l'arbitraire dans la mesure où ce qui paraîtra catastrophique pour l'un, sera bien plus facilement surmonté par l'autre, et réciproquement?

De plus si d'une part les habitudes psychiatriques françaises ne sont pas en accord avec la nécessité de recueillir des données épidémiologiques fiables et acceptables par tous, les travaux anglo-saxons ne sont, d'autre part, pas toujours d'application facile dans un cadre culturel différent.

Les outils adaptés à l'épidémiologie de l'évènement restent donc à créer, et à être validés par des études médicopsychologiques et sociologiques d'importance nationale.

Soulignons une autre difficulté dans l'appréciation du concept d'évènement ; il est étroitement lié au sujet qui le subit. Comme le souligne TATOSSIAN (1985), il ne peut généralement pas s'agir d'une question d'intérêt général : la mort d'une célébrité ou une catastrophe naturelle lointaine, par exemple.

Dans une part non négligeable de cas, l'évènement peut être induit par le sujet lui-même, et non passivement subi. S'il est bien évident que le décès d'un proche ne concerne généralement pas directement la responsabilité de celui qui le vit, il n'en n'est pas de même dans de nombreux cas tels qu'une modification d'ordre professionnel, un changement de lieux ou d'habitudes de vie, une séparation au sein d'un couple, une naissance... un accident d'automobile.

Ces évènements, au moins partiellement induits par le sujet, n'ont pas de rôle pathogène intrinsèque. Ils ne peuvent avoir une action qu'à travers la fonction symbolique que celui-ci voudra bien leur donner.

Certains évènements seront même provoqués comme moyen de défense contre un autre évènement non tolérable par le sujet, et prendront alors une valeur positive.

A l'extrême, on peut considérer que tout évènement, produit ou non par le sujet, prend la signification que celui-ci voudra bien lui donner, et n'aura qu'une valeur subjective dépendant étroitement de l'individu concerné. Ce qui paraîtra important au regard de l'observateur, ne le sera pas forcément pour le sujet. Inversement, un incident apparemment anodin et sans conséquence, pourra avoir un retentissement psychopathologique sévère s'il est ressenti par celui-ci comme intolérable. Il sera porteur d'une signification symbolique propre à celui qui le vit et pouvant avoir échappé à l'observateur (on le retrouve couramment dans l'approche des troubles conversifs).

L'étude des "life events" ne peut donc guère être dissociée de l'étude de l'individu qui les subit, ce qui explique la difficulté que l'on retrouve à mener des études épidémiologiques et à aller du cas général au cas particulier.

4) Evaluation des évènements de vie.

Plusieurs modalités ont été mises au point pour l'appréciation de l'impact des évènements de vie. HOLMES et RAHE (1967) ont proposé la "social readjustment rating scale", liste d'évènements standardisés, et affectés chacun d'une "note de réajustement social", calculée sur une population de référence.

D'autres auteurs ont demandé aux sujets d'effectuer eux-mêmes une estimation de l'importance des évènements vécus à travers leur retentissement affectif, tentant ainsi de dégager la part de vécu individuel de l'évènement propre à chacun, dépendant de l'histoire personnelle et non transposable d'un sujet à un autre.

Pour le recueil et l'évaluation du retentissement psychopathologique des évènements de vie, GUYOTAT (1985) a proposé une grille qu'il nous paraît important de retranscrire ici (Fig. 2).

Cette grille a le mérite de permettre une approche très complète de l'évènement vital et de s'intéresser non seulement à la présentation des faits, mais encore à leur portée symbolique et à la manière dont ils sont perçus par le sujet.

Ces méthodes ne sont pas exemptes de critiques. Celles se référant à une population extérieure, ne tiennent pas suffisamment compte des différences inter-individuelles liées à l'ethnie, à la classe sociale, à l'âge, au vécu personnel. Celles basées sur l'auto-évaluation sont altérées par le refus ou l'incapacité des sujets à exprimer leurs sentiments, un degré important d'alexithymie vouant la méthode à l'échec, ainsi que par le remaniement effectué par le temps sur la perception de l'évènement, conséquence de l'aspect rétrospectif de cette démarche (AMIEL-LEBIGRE 1988).

Figure 2

CRITÈRES D'ÉVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUES DES ÉVÉNEMENTS DE LA VIE

1. Impact corporel évalué selon les méthodes cliniques, biologiques et d'imagerie :

- événement constaté en direct (maladie en cours d'évolution), mais aussi retentissement biologique de l'événement : modification immunitaire... ;
- événement constaté dans ses séquelles (cicatrices, handicaps...).

2. Circonstances de rencontre du médecin avec l'événement qui survient chez le sujet

S'agit-il d'un événement :

- raconté ;
- constaté ;
- annoncé (avec éventuellement, des croyances magiques, divinatoires...).

3. Liaison de l'événement à une chaîne :

- symbolique : événement interprété selon un texte, un mythe, l'Histoire, le déroulement de sa propre histoire par exemple dans la cure psychanalytique ;
- magique : non-dit autour de l'événement, hyperinvestissement des coïncidences, tendance à la répétition, perçue comme une reproduction du même. Événement annoncé, prédit (prémonition, croyances qui s'y rapportent...).

4. Pouvoirs de l'événement dans la relation

- « politique » : événement comme occasion d'une prise de pouvoir sur le médecin, la famille... ;
- séducteur (relation de l'événement raconté à l'événement secret originaire) ;
- critique (événement révélateur - événement miroir), constructif ou déstabilisateur.

5. Liaison éventuelle de l'événement avec des problèmes de filiation, de mort, de naissance ou de leur coïncidence, l'anniversaire d'une mort, d'une naissance...

6. La réalité de l'événement et la part de reconstruction fantasmatique qui s'y rattache.

5) Le DSM-III-R.

Le DSM-III-R, " Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, Revised, 1987 ", de l'American Psychiatric Association, se penche par l'intermédiaire de son axe IV, sur une notion proche des événements de vie, celle des facteurs de stress psychosociaux.

Il s'intéresse aux événements survenus dans l'année précédant l'examen. Le DSM-III-R recommande de fonder sa détermination du stress psychosocial sur la notion d'individu "moyen", placé dans des circonstances similaires et dans le même cadre de valeurs socioculturelles. Il convient donc de prendre en compte les éléments suivants :

- Le degré de changement dû au stress intervenu dans la vie de l'individu.
- La mesure dans laquelle l'évènement est souhaité ou provoqué par le sujet.
- Le nombre de facteurs de stress distincts.

Le DSM-III-R distingue de plus :

- les événements essentiellement aigus (durée inférieure à 6 mois) : début d'une carrière professionnelle ou changement de ville
- les circonstances essentiellement durables (durée supérieure à 6 mois): mésentente conjugale chronique ou difficultés professionnelles

Le DSM-III-R fournit en outre une série de facteurs de stress psychosociaux à prendre en compte.

- domaine conjugal : fiançailles, mariage, brouille, séparation, décès du conjoint...
- domaine parental : accès à la maternité ou à la paternité, difficultés avec un enfant, maladie d'un enfant...

- difficultés interpersonnelles : avec ses amis, ses voisins, ses collègues, ses supérieurs, maladie d'un ami proche...

- domaine professionnel : qu'il s'agisse du travail, de l'école, des tâches ménagères, des situations telles que le chômage ou la retraite, d'un échec scolaire

- conditions de vie : changement de domicile, immigration

- domaine financier : difficultés

- domaine légal : poursuite, procès, arrestation

- grandes étapes de la vie : puberté, accession au statut d'adulte, ménopause

- maladie physique, blessure, avortement...

- autres facteurs : catastrophe naturelle, grossesse non désirée, viol...

- chez l'enfant et l'adolescent : facteurs familiaux, mésentente avec les parents ou la fratrie, maladie d'un membre de la famille, carence éducative, placements divers...

Certes, cette approche semble d'emblée séduisante. Elle a le mérite d'exposer clairement la question, et de fournir une grille validée et facilement utilisable. Cependant, il convient peut-être de se méfier d'une simplification excessive. Les critiques formulées plus haut vis-à-vis d'une étude rétrospective restent valables. La référence à la notion d'individu moyen est imprécise, la volonté de limiter l'investigation à l'année précédant l'examen est artificielle et arbitraire. Cette durée semble brève pour l'évaluation d'évènements particulièrement importants dans la vie du sujet.

6) Evènements de vie et dépression

Parmi la multitude de domaines pour lesquels il est fait référence aux évènements vitaux, il nous paraît important de nous attarder sur l'un d'entre eux, les états dépressifs, non seulement à titre d'exemple et d'illustration, mais aussi car il nous semble pertinent

de formuler l'hypothèse d'une certaine similitude de l'action des life events dans le cadre de la dépression et dans celui de l'accident.

Ceci paraît particulièrement justifié dans le cas d'accidents avec prise de risque manifeste, faisant envisager la possibilité d'un suicide inconscient ou d'un acte auto-agressif s'intégrant dans une perturbation de l'humeur.

On a certainement trop souvent opposé dépression réactionnelle et état dépressif endogène, avant de considérer que les deux mécanismes étaient en fait liés, et que des facteurs environnementaux et des éléments constitutionnels pouvaient coexister.

Les différentes études qui ont été réalisées se rejoignent pour accorder une place aux événements marquants de la vie parmi les facteurs de risque des états dépressifs. Cependant, ces mêmes études montraient que les facteurs événementiels ne sont pas seuls en cause, et que l'étiologie de la dépression est généralement multidéterminée.

L'importance de l'action des événements de vie sur les troubles de l'humeur reste faible, les conditions de vie et les traits de personnalité joueraient un rôle plus important (D. WIDLOCHER 1985).

Les déprimés accordaient donc une plus grande signification aux événements marquants que le reste de la population, c'est ce qui a fait parler d'abaissement du seuil dépressif.

FERRERI et ALBY (1983) reprenant diverses études réalisées sur le sujet et le complétant par un travail personnel, montrent d'une part l'existence d'un lien entre la fréquence des pertes parentales dans l'enfance et l'adolescence et les états dépressifs de l'adulte, et font ressortir d'autre part l'importance des événements de vie dans la dépression. Les troubles bipolaires ne seraient pas soumis à l'influence de facteurs événementiels.

DEBRAY et CAILLARD (1983) soulignent l'influence conjointe des facteurs génétiques et environnementaux dans la maladie dépressive. Ils distinguent l'action des "événements vitaux prédisposants" intervenus bien avant l'épisode dépressif, telles les pertes parentales dans l'enfance, et des "facteurs précipitants", précédant la dépression de quelques semaines ou mois.

METHODOLOGIE

BUT DE L'ETUDE

Nous nous proposons donc de tester l'hypothèse de l'existence de l'accidentabilité et de la validité pratique de ce concept.

En d'autres termes, il s'agit d'étudier l'action de différents facteurs, tant d'ordre sociologique et biographique que relatifs à la personnalité du sujet, ou encore de nature environnementale, sur le risque d'accident.

Ces facteurs favorisants et prédisposants peuvent, une fois recueillis, être confrontés aux caractéristiques de l'accident pour chercher à mettre en évidence des relations significatives.

Nous nous attacherons enfin à répondre à un certain nombre de questions relatives à l'accidentabilité et découlant de ce concept.

- La biographie de l'accidenté joue-t-elle un rôle notable dans le risque traumatique?

- Peut-on dégager des facteurs prédisposants dans l'étude des données sociologiques concernant chaque sujet?

- Quel peut être le retentissement de troubles psychiatriques sur l'accident?

- Quels sont les traits de personnalité à considérer et quelle peut être leur influence?

- Quelle place occupent les événements de vie dans la genèse de l'accident?

- Existe-t-il une relation significative entre ces données relatives à l'individu et à son environnement, et les paramètres de l'accident définis en terme de sévérité, de responsabilité, de type et d'antécédents traumatiques?

- Peut-on dégager une corrélation entre l'étude d'une population de traumatisés crâniens sévères et celle d'un groupe de blessés présentant un éventail de pathologies variées?

MATERIEL

Nous nous proposons de répondre à ces questions par l'étude d'une population de traumatisés crâniens sévères pris en charge dans une unité de psychoréhabilitation.

Un autre groupe de sujets provenant d'un service de médecine d'urgence a permis d'augmenter les effectifs étudiés et de contourner certains biais liés aux spécificités du recrutement des traumatisés crâniens.

1) Etude réalisée dans une population de traumatisés crâniens.

Cette étude rétrospective portait sur 100 patients.

Nous avons considéré, sans aucune exclusion, les 100 derniers blessés admis dans l'unité de psychoréhabilitation à la suite d'un traumatisme crânien grave.

Ce recrutement correspondait à un peu moins d'une année d'admissions.

Notre population se composait de traumatisés crâniens graves, 86% d'entre eux avaient subi une durée de coma supérieure à 8 jours. Pour la moitié encore des patients, le coma avait été supérieur ou égal à 20 jours.

62% d'entre eux présentaient au scanner initial des lésions encéphaliques ayant pu ou non bénéficier d'une intervention chirurgicale.

39% avaient bénéficié d'une opération dans un service de neurochirurgie.

Plus de la moitié (51%) étaient porteur de lésions associées.

2) Etude réalisée dans le service des Urgences.

Tous les patients étudiés ont été admis au Service des Urgences entre le 23 Juillet 1990 et le 5 Aout 1990, et furent contactés soit immédiatement sur place, soit dans les jours suivant le traumatisme dans un service hospitalier du CHRU.

La population concernée se composait de 103 blessés, des deux sexes répartis entre 16 et 74 ans.

Le type de traumatisme était très variable d'un blessé à l'autre; les blessures étaient cependant de gravité modérée la plupart du temps.

METHODE

1) CONDITIONS DE L'ETUDE

Schématiquement, nous nous sommes proposé de répondre à trois grandes questions concernant chaque blessé :

- " QUI? " (données biographiques et approche clinique de la personnalité)

- " COMMENT? " (circonstances de l'accident et évaluation du degré de responsabilité)

- " POURQUOI? " (recueil des évènements de vie récents et évaluation du stress psychosocial)

Les modalités de recueil des données ont été différentes dans les deux enquêtes :

1) Etude portant sur les traumatisés crâniens

Optant pour un recueil des données standardisées, nous avons élaboré une grille permettant le dépouillement rigoureux des dossiers médicaux et des fiches d'observations de chaque patient. Cette grille s'attachait à relever tant les données biographiques les plus complètes possibles sur chaque patient, que le type et les circonstances de l'accident, ou encore les notions d'évènements de vie, d'insertion, d'équilibre familial.

2) Etude réalisée aux Urgences

Le recueil des données s'est fait selon la méthode de l'entretien semi-directif qui permettait de contacter un nombre relativement important de blessés, souvent pris en charge en traitement externe, et qui ne restaient disponibles qu'un temps limité.

Environ 70% des accidentés admis aux Urgences pendant la durée de l'étude ont été contactés. (Le service en accueille en moyenne de 10 à 15 par jour). Certains patients ont été exclus de l'étude :

- raisons touchant à la notion d'accident :

. tentatives de suicide ou agressions, c'est à dire blessures pour lesquelles l'intentionnalité était évidente

Grille de recueil des données.

NOM : PRENOM :

1 SEXE : M F 2 AGE au jour de l'accident :

3 a Si scolarité terminée, niveau d'études :

1 Illettré 2 Sait lire/écrire 3 Certificat d'étude

4 Brevet élémentaire/BEPC 5 Classe terminale/Brevet Supérieur

6 Baccalauréat 7 Diplôme universitaire

b Si scolarité en cours, préciser le niveau :(dans ce cas, passer à la question N° 5 b)

4 Si le sujet travaille, Catégorie socio-professionnelle :

1 Agriculteur 2 Artisan-petit commerçant 3 Industriel-gros commerçant

4 Profession libérale 5 Ouvrier-Personnel de service 6 Employé

7 Cadre moyen 8 Cadre supérieur 9 Retraité

5 a S'il ne travaille pas, est-il au chômageoui....non

b Préparait-il un stage de formation professionnelleoui....non

c Durant l'année précédant son accident, le sujet a-t-il changé d'employeur (ou d'orientation scolaire selon le cas).....ouinon

6 Situation familiale :

Célibataire

Marié(e) Nombre d'enfants (S'il vit chez ses parents, le

Concubin(e) Nbre d'enfants mentionner par les lettres V.C.P)

Divorcé(e) Nbre d'enfants

Veuf ou veuve Nbre d'enfants

7 Les parents : (reprendre les chiffres de la question N°4)

Profession du père : décédé

de la mère : décédée

Parents divorcés oui non Nombre de frères et soeurs :

8 Domicile : Numéro du département de résidence :

Habite dans une commune de + de 2000 habitants ...oui ...non

9 L'accident :

a Durée du coma :moisjours,

b Durée des soins aigus :moisjours.

c Type de lésions cérébrale :

L E E :

:

L E D :

:

d A été opéré(e) :ouinon

e Lésions associées :

10 Circonstances de l'accident : Boîte de nuit

a Véhicule : voiture 2 roues piéton

le sujet était : conducteur passager

b Le sujet est-il : responsable de l'accident

: partiellement responsable (torts partagés)

: victime

: aucun renseignement

c Noter si c'est un accident de travail hors de la circulation

d Autre cas

e Y avait-il une alcoolémie positiveoui...non

f Autres antécédents d'accidents et nombre

g Evénements vitaux importants dans l'année précédente.....

.....

11 Axe 5 du DSM III (qualité d'insertion)

1 2 3 4 5 6 7

12 Equilibre familial (en clair)

.....

.....

Autres remarques :

- . luxations récidivantes et chutes à répétition
- motifs liés au recueil des données :
 - . blessés en incapacité de répondre du fait de leur traumatisme
 - . syndrome confusionnel majeur
 - . patients non francophones
- motifs éthiques :
 - . blessé venant d'apprendre le décès de la personne passagère de son véhicule alors qu'il est responsable de l'accident

Tous les entretiens ont été effectués par la même personne, l'auteur de ce travail.

II) LE RECUEIL DES DONNEES

Nous nous sommes donc proposé de relever :

1) Les données biographiques et sociologiques.

Pour chaque sujet, le recueil comportait l'enregistrement de données selon quatre grands axes :

a) Données d'état civil et de situation familiale.

- * nom
- * date de naissance et âge
- * sexe
- * nationalité
- * situation familiale
- * nombre et âge des enfants
- * pour les plus jeunes, dépendants de leur famille, profession des parents

b) Catégorie socioprofessionnelle selon une grille inspirée des "catégorie socioprofessionnelle niveau 8" de l'INSEE:

- 1) agriculteurs exploitants
- 2) artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 3) cadres, professions intellectuelles supérieures
- 4) professions intermédiaires
- 5) employés
- 6) ouvriers
- 7) retraités
- 8) autres sans activité professionnelle

L'imprécision du 8ème item de cette grille nous a conduit à le subdiviser en 3 nouvelles catégories :

- lycéens, étudiants ou apprentis
- chômeurs
- au foyer

Nous avons en outre noté à quelle catégorie socioprofessionnelle les chômeurs et les retraités étaient rattachés.

c) Niveau culturel.

Nous nous sommes inspirés de la classique grille de BARBIZET (1980), comprenant 7 niveaux :

- 1) illettré
- 2) sait lire, écrire, compter
- 3) CEP
- 4) BEPC
- 5) niveau Terminale
- 6) niveau Baccalauréat
- 7) études supérieures

De manière à obtenir des populations plus homogènes, nous avons défini 3 groupes:

1) niveau inférieur au BEPC (certificat d'études primaires ou inférieur)

2) BEPC ou équivalent

3) niveau supérieur au BEPC (niveau Baccalauréat ou supérieur)

d) Diagnostic d'éventuels troubles psychiatriques évolutifs et appréciation d'une éventuelle personnalité pathologique.

Nous avons tenté ici de définir des profils psychologiques ou des traits de caractère fréquemment retrouvés.

C'est lors de l'enquête aux Urgences, à travers l'entretien clinique, que cette démarche a été possible pour certains patients; mais dans la plupart des cas, aucun diagnostic n'a pu être posé.

D'une part, un seul entretien clinique dans les conditions un peu dramatique des Urgences, ne permettait pas toujours une approche suffisamment complète, d'autre part, nous pouvions penser qu'une bonne partie des blessés ne présentait pas de troubles et avait une personnalité proche de la normalité.

Enfin, certaines personnalités sont sans doute plus facilement appréhendables que d'autres (personnalité antisociale, personnalité histrionique...)

Dans la population de traumatisés crâniens, il était plus délicat d'approfondir la personnalité pré-traumatique ainsi que l'existence de troubles antérieurs à l'accident. Le traumatisme, ses séquelles, l'histoire récente du blessé, et sa réhabilitation même avaient entraîné des modifications psychiques profondes.

Cependant, la notion d'antécédents psychiatriques particuliers ainsi que les données recueillies lors d'entretiens avec la famille, permettaient parfois une telle démarche.

2) Circonstances de l'accident.

Le déroulement précis des faits était enregistré par interrogatoire du blessé lui-même, et éventuellement de l'entourage.

Le patient était de plus invité à évaluer son degré de responsabilité.

En fonction de ces données, nous avons défini 4 classes de responsabilité :

- responsabilité totale
- responsabilité atténuée
- doute sur la responsabilité
- pas de responsabilité engagée

La première catégorie correspondait à une erreur manifeste non rattrapable, comme être à l'origine d'un refus de priorité, ou à une nette maladresse, comme passer sa main sur la lame de la scie circulaire.

La seconde catégorie correspondait à un échec dans la maîtrise d'une situation dangereuse, comme la perte de contrôle d'un véhicule, favorisée par les conditions extérieures (gravillons sur la route...).

La troisième catégorie concernait les blessés, à priori non responsables, mais pour lesquels on ne pouvait pas écarter un certain doute quant à leur responsabilité : un piéton renversé par une voiture pouvait se trouver à un endroit dangereux de la chaussée.

Le dernier groupe était sans nul doute non responsable. Il s'agissait des passagers de véhicules ou de personnes prises dans des situations où leur volonté n'était pas engagée.

Il convient cependant de noter, quel que soit le niveau de responsabilité du sujet, l'existence d'une interaction aléatoire entre son comportement et la dangerosité intrinsèque de la situation.

Nous avons en plus dégagé deux paramètres permettant de le caractériser dans son type et dans sa gravité :

- nature de l'accident

- * accidents de la voie publique
- * accidents du travail (en dehors des AVP)
- * accidents domestiques
- * accidents de sport et loisirs

- sévérité de l'accident

- * minime : traitement externe et sortie immédiate du blessé après avoir reçu quelques soins
- * sévère : hospitalisation justifiée, et éventuellement intervention chirurgicale
- * grave : susceptible de laisser des séquelles importantes

3) Recueil des facteurs de stress psychosociaux et des événements de vie.

Nous avons ici tenté de dégager des éléments susceptibles de jouer un rôle favorisant dans la genèse de l'accident et avons recherché l'existence de facteurs de stress dans les domaines suivants :

- conjugal, familial et relationnel : séparation, décès d'un proche, mariage, mésentente familiale

- professionnel : difficultés relationnelles, chômage, retraite, mauvaises conditions de travail

- financier : 3 niveaux de cotation ont été institués

pas de difficultés

difficultés moyennes

gros problèmes

- recherche de maladies évolutives connues du patient.

- des données recueillies antérieurement, nous avons pu déduire si le sujet occupait un emploi en rapport ou non avec sa qualification professionnelle.

- de plus, chaque blessé vu aux Urgences a répondu à la question:

"Dans l'année écoulée, avez-vous vécu un évènement personnel important, heureux ou malheureux, mais qui a particulièrement compté?"

4) Notion d'accident antérieur.

Nous avons, pour chaque blessé, recherché la notion d'accidents antérieurs, et noté pour chacun d'eux :

- l'année

- une brève description

- les séquelles éventuelles

Les sujets ont pu être, par la suite, classés en :

- victimes d'un premier accident
- ayant déjà eu un accident antérieur unique
- multi-accidentés

5) Antécédents médicaux.

Enfin, nous nous sommes attachés à recenser les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques de chaque accidenté, ainsi que les éventuelles maladies évolutives.

6) Traitement des informations de l'entretien.

Dans le but d'avoir des données facilement comparables d'un patient à l'autre, et de pouvoir les présenter selon un système maintenant largement utilisé et reconnu, il nous a paru intéressant de nous servir de la classification multi-axiale du DSM-III-R.

Cette classification comporte 5 axes distincts :

- L'axe I correspond aux syndromes cliniques psychiatriques.

Il n'a été que très rarement possible de porter un diagnostic sur cette population "tout venant", qui, à priori, n'est pas plus sujette aux maladies mentales que la population générale. La plupart des observations portent donc le code V71.09 (absence de diagnostic ou d'affection sur l'axe I).

- L'axe II est l'axe des troubles de la personnalité et du développement.

Ces troubles sont en nombre restreint.

TROUBLES DU DEVELOPPEMENT

N.B. : ceux-ci sont codés sur l'axe II

Retard mental

- 317.00 Retard mental léger
- 318.00 Retard mental moyen
- 318.10 Retard mental grave
- 318.20 Retard mental profond
- 319.00 Retard mental non spécifié

Troubles envahissants du développement

- 299.00 Trouble autistique
Spécifier si survenue au cours de la première enfance
- 299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié

Troubles spécifiques du développement

Troubles des acquisitions scolaires

- 315.10 Trouble de l'acquisition de l'arithmétique
- 315.80 Trouble de l'acquisition de l'expression écrite

- 315.00 Trouble de l'acquisition de la lecture

Troubles du langage et de la parole

- 315.39 Trouble de l'acquisition de l'articulation
- 315.31* Trouble de l'acquisition du langage (versant expressif)
- 315.31* Trouble de l'acquisition du langage (versant réceptif)

Trouble des aptitudes motrices

- 315.40 Trouble de l'acquisition de la coordination

- 315.90* Trouble spécifique du développement NS

Autres troubles du développement

- 315.90* Trouble du développement NS

**TROUBLES DE LA PERSONNALITE
(PERSONNALITES PATHOLOGIQUES)**

N.B = A coder sur l'axe II

Groupe A

301.00 Paranoïaque
301.20 Schizoïde
301.22 Schizotypique

Groupe B

301.70 Antisociale
301.83 Limite (borderline)
301.50 Histrionique
301.81 Narcissique

Groupe C

301.82 Evitante
301.60 Dépendante
301.40 Obsessionnelle-compulsive
301.84 Passive-agressive

301.90 Trouble de la personnalité NS

V40.00 Fonctionnement intellectuel limite (Borderline) (N.B : A coder sur l'axe II)

V71.09* Absence de diagnostic ou d'affection sur l'Axe II
799.90* Affection ou diagnostic différé sur l'Axe II

Là encore, le nombre de sujets pour lesquels un diagnostic a été porté sur l'axe II, est relativement faible. De plus, certains types de personnalité pathologique sont plus rares que d'autres, et certains diagnostics sont plus délicats à poser à l'issue d'un seul entretien, même poussé : personnalité évitante (301.82), personnalité dépendante (301.60), personnalité limite borderline (301.83)...

- L'axe III est celui des troubles somatiques.

Nous avons retenu que les maladies graves invalidantes ou évolutives, pouvaient avoir un rôle majorant sur les facteurs de stress psychosociaux ainsi que sur leurs séquelles.

- L'axe IV est celui de l'évaluation des facteurs de stress psychosocial.

Ceux-ci sont cotés sur une échelle allant de 0 à 6. C'est cette échelle que nous avons utilisé en fonction des éléments recueillis lors de l'entretien.

- L'axe V correspond à l'évaluation globale du fonctionnement.

Il permet de porter un jugement sur le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient.

La cotation se fait sur une échelle à graduations continues de 1 à 90. Plus le chiffre est haut, plus le fonctionnement et l'adaptation sont satisfaisants. Les auteurs du DSM-III-R recommandent une double cotation : une pour la période actuelle une pour le plus haut niveau de fonctionnement de l'année écoulée.

Nous avons, là encore, utilisé cette échelle, mais en nous limitant à une cotation concernant les jours précédents l'accident, et fonction des données cliniques recueillies.

Echelles de sévérité des facteurs de stress psychosociaux : adultes

Code	Terme	Exemples de facteurs de stress	
		Evénements aigus	Circonstances durables
1	Aucun	Absence d'événement aigu susceptible d'être en rapport avec le trouble	Absence de circonstance durable susceptible d'être en rapport avec le trouble
2	Léger	Rupture sentimentale, début ou fin de la scolarité, départ d'un enfant du foyer	Conflits familiaux, insatisfaction professionnelle, habitat dans un environnement de grande délinquance
3	Moyen	Mariage, séparation, perte d'emploi, retraite, fausse couche	Conflit conjugal; problèmes financiers importants, difficultés avec un supérieur, parent célibataire
4	Sévère	Divorce, naissance d'un premier enfant	Chômage, pauvreté
5	Extrême	Mort du conjoint, diagnostic d'une maladie physique grave, victime d'un viol	Maladie chronique grave personnelle ou chez un enfant, traumatismes sexuels ou physiques répétés
6	Catastrophique	Mort d'un enfant, suicide du conjoint, catastrophe naturelle	Situation d'otage, expérience de camp de concentration
0	Information inutilisable ou sans changement		

Echelles de sévérité des facteurs de stress psychosociaux : enfants et adolescents

Code	Terme	Exemples de facteurs de stress	
		Evénements aigus	Circonstances durables
1	Aucun	Absence d'événement aigu susceptible d'être en rapport avec le trouble	Absence de circonstances durables susceptible d'être en rapport avec le trouble
2	Léger	Rupture sentimentale, changement d'école	Vie dans un quartier surpeuplé, conflits familiaux
3	Moyen	Renvoi de l'école, naissance d'un frère ou d'une sœur	Maladie chronique invalidante d'un parent, mésentente conjugale chronique
4	Sévère	Divorce des parents, grossesse non désirée, arrestation	Parents durs ou rejetants, maladie chronique engageant le pronostic vital chez un parent, placements nourriciers multiples
5	Extrême	Traumatisme sexuel ou physique, mort d'un parent	Traumatismes sexuels ou physiques répétés
6	Catastrophique	Décès des deux parents	Maladie chronique engageant le pronostic vital
0	Information inutilisable ou sans changement		

**Echelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement EGF
(Echelle G.A.F ou Global Assessment of Functioning Scale)**

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'un handicap du fonctionnement dû à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

N.B. : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex 45, 68, 72.

Code

- 90 | **Symptômes absents ou minimes** (p. ex anxiété légère avant un examen), **fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours** (p. ex conflit occasionnel avec des membres de la famille).
81
- 80 | **Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress** (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; **pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire** (p. ex. fléchissement temporaire du travail scolaire).
71
- 70 | **Quelques symptômes légers** (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) **OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel, ou scolaire** (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) **mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.**
61
- 60 | **Symptômes d'intensité moyenne** (p. ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) **OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire** (p. ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).
51
- 50 | **Symptômes importants** (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) **OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire** (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
41
- 40 | **Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication** (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté). **OU handicap majeur dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur** (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
31
- 30 | **Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU Trouble grave de la communication ou du jugement** (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) **OU incapable de fonctionner dans tous les domaines** (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
21
- 20 | **Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression** (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) **OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum** (p. ex. se barbouille d'excréments) **OU altération massive de la communication** (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
11
- 10 | **Danger persistant d'hétéro-agression grave** (p. ex. accès répétés de violence) **OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.**
1

7) Exploitation statistique des données recueillies lors de l'entretien.

A partir des résultats bruts de l'étude concernant tant les données sociologiques que les circonstances de l'accident, ou encore des éléments relatifs à des événements de vie ou des troubles psychiques, nous avons appliqué des méthodes de traitement statistique permettant de rechercher des relations entre les différentes données observées.

Cette démarche n'a été réalisable que pour la partie de notre travail réalisée dans le service des Urgences.

En effet l'entretien direct avec le blessé était la seule méthode susceptible de nous fournir des données suffisamment précises et complètes pour se prêter à un traitement statistique.

Nous avons principalement orienté notre recherche autour de deux thèmes :

- recherche de rapports entre les données biographiques et sociologiques et l'accident (défini par son type, le degré de responsabilité du blessé, la gravité, le nombre d'accidents antérieurs).

- recherche de rapports entre les éléments exprimés par la cotation multiaxiale du DSM-III-R et l'accident.

Pour ce travail, nous avons principalement utilisé deux outils (SCHWARTZ et LAZAR 1978):

- le test du χ^2 , test utilisé pour confronter plusieurs distributions observées entre elles.

Après avoir défini un tableau composé de L lignes et C colonnes, on détermine pour chaque case l'effectif théorique calculé c, en effectuant le produit du total des effectifs de la ligne par celui de la colonne, divisé par le total général de la population. On relève ensuite l'effectif observé o.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o-c)^2}{c}$$

On détermine ensuite le degré de liberté :

$$\text{d.d.l.} = (L-1)(C-1)$$

Puis on se réfère à une table donnant, pour une valeur déterminée du χ^2 et pour un degré de liberté donné, la valeur du risque α .

Si $\alpha > 5\%$, il n'y a pas de liaison significative entre les effectifs observés.

Si $\alpha \leq 5\%$, cette liaison significative existe. le test est d'autant plus significatif que le risque est petit (c'est-à-dire que le χ^2 est grand).

Pour que cette méthode soit valide, il faut des effectifs calculés supérieurs ou égaux à 5, ce qui conduit parfois à regrouper logiquement certaines classes.

- la comparaison de deux moyennes observées.

Ce calcul repose sur la détermination de l'écart réduit ϵ .

Si on considère 2 moyennes observées M_A et M_B sur respectivement N_A et N_B cas, on peut définir :

$$\epsilon = \frac{m_A - m_B}{\sqrt{\frac{S_A^2}{n_A} + \frac{S_B^2}{n_B}}}$$

où S_A et S_B désignent les variances de chaque moyenne.

Si $|\epsilon| < 1.96$ la différence n'est pas significative au risque $=5\%$.

Si $|\epsilon| \geq 1.96$ la différence est alors significative, la valeur du risque α lue dans la table fixe le degré de signification.

Cette formule n'est utilisable que pour des échantillons supérieurs ou égaux à 30.

8) Difficultés.

La principale difficulté résidait dans un certain nombre de refus qui a altéré le recueil des données.

Il s'agit en fait d'une minorité de patients (moins d'une dizaine en tout), mais ces patients présentaient généralement des personnalités bien particulières, et ils auraient mérité d'être pris en compte dans l'étude.

Outre le classique psychopathe, plus ou moins désinséré socialement, on retrouvait pêle-mêle des gens de tout statut social, ayant en commun une certaine arrogance envers le personnel des Urgences, et exigeant des soins immédiats quel que soit l'encombrement du service. Souvent la présence d'un entourage familial ou amical revendicatif, renforçait la position de refus de ces personnes. Il s'agissait le plus souvent de traumatismes particulièrement bénins. Dans un certain nombre de cas, une ébriété manifeste majorait l'agressivité et le refus.

III) SPECIFICITES DE L'ETUDE REALISEE DANS L'UNITE DE PSYCHOREHABILITATION

Cette enquête réalisée sur dossiers et à partir des fiches médicales de chaque patient ne peut être, dans sa méthodologie, totalement superposée à celle effectuée aux Urgences.

D'une part, l'absence de contact direct avec les blessés rendait difficile le recueil de certaines données concernant en particulier la personnalité ou les événements de vie.

D'autre part, nous avons pu noter un certain nombre de renseignements, soit spécifiques des traumatisés crâniens tels que le type de lésion ou la durée du coma, soit complétant les données biographiques.

En plus des données précédemment évoquées, nous avons ainsi recueilli:

- des informations concernant les parents et la famille du blessé : profession du père, de la mère, les causes du décès d'un ou des deux parents, leur divorce éventuel, le nombre de frères et soeurs du traumatisé

- l'adresse de l'accidenté, qui nous a renseigné sur son département d'origine, sur son appartenance à une commune urbaine ou rurale (de moins de 2000 habitants).

Nous avons aussi différencié les patients venant de la région (au sens de zone de recrutement du CHRU), des personnes de passage provenant d'autres régions.

Les patients originaires de Limoges même ont également été mis en évidence.

- des informations relatives aux conséquences de l'accident:

- * durée du coma
- * durée des soins aigus
- * type des lésions cérébrales au scanner initial
- * prise en charge chirurgicale éventuelle
- * existence de lésions associées

- des données concernant le type et les circonstances de l'accident :

- * le type (accident de la voie publique, du travail, de sport et de loisirs)
- * le type de véhicule en cas d'accident de la voie publique
- * si le sujet était conducteur ou passager

- * s'il s'agissait d'un accident du samedi soir, ou d'une "sortie de boîte de nuit"

- * un éventuel taux d'alcoolémie

- des informations voulant être le reflet de l'équilibre psychologique des blessés :

- * événements vitaux de l'année précédant l'accident

- * qualité d'insertion du sujet selon l'axe V du DSM-III-R

- * évaluation ouverte, fonction de ce que nous avons ressenti dans l'unité au contact des familles des blessés, du niveau d'équilibre familial.

LIMITES DE CETTE METHODOLOGIE

- Le facteur numérique n'est pas forcément une condition suffisante . En effet, un nombre important de sujets étudiés ne saurait être une garantie de la légitimité des pourcentages étudiés. Tout dépend du degré selon lequel les sujets étudiés sont représentatifs de la totalité de la population qu'ils constituent.

- Le recueil des données réalisé au cours d'un entretien clinique se heurte au bon vouloir des patients, et l'image qu'ils nous donnent d'eux-même ne correspond pas forcément à une réalité objective.

- Un certain nombre de biais peuvent apparaître lors de la constitution de la grille de recueil des données. Le fait de, par exemple, définir un intervalle d'âge à prendre en compte permet d'éviter de retenir des traumatismes de nature non accidentelle, mais on en écarte fatalement certains qui seraient entrés dans le cadre de l'étude.

- L'amnésie antérograde liée à tout traumatisme crânien avec perte de connaissance ne permet pas toujours d'avoir des renseignements fiables sur les circonstances de l'accident, et sur les événements l'ayant précédé pendant la lacune mnésique.

- Le recrutement non strictement régional de nos sujets se prête mal à une comparaison avec la population du Limousin.

- Tous les accidentés de la période considérée par notre étude n'ont pas été contactés, soit qu'ils soient passés par une autre structure (autre hôpital de la région, clinique privée, service de réanimation...), soit que leur bref séjour dans le service des Urgences leur ait permis d'échapper à l'enquête.

- Des problèmes de communication liés à la gravité, à la localisation du traumatisme, ou à la langue parlée par le blessé, sont également à prendre en considération.

- La population des traumatisés crâniens de la première partie de notre travail avait été recrutée selon des modalités introduisant elles-mêmes un certain nombre de biais (critère de gravité, d'âge, de possibilité d'accueil à un moment donné...).

La connaissance de ces différentes difficultés doit nous conduire à relativiser dans une certaine mesure les résultats obtenus. Ce n'est que la multiplication de ce type d'étude qui permettra de valider pleinement ce travail.

**ENQUETE REALISEE DANS
L'UNITE DE PSYCHOREHABILITATION**

—

LES RESULTATS

DONNEES SOCIOLOGIQUES

1) L'âge

Les 100 sujets composant notre population étaient âgés de 12 à 61 ans.

On retrouvait une grande majorité de jeunes avec un âge moyen de 30,4 ans. De plus, 56% des blessés avaient moins de 30 ans.

La tranche des 30-44 ans, avec 18%, et celle des 45 ans et plus, avec 19%, sont équivalentes et semblent correspondre à des classes d'âge moins exposées.

Cependant, on note un pic secondaire entre 50 et 54 ans avec 10 accidentés pour cette période, contre respectivement 5 et 4 pour les tranches 45-49 ans et 55-60 ans.

Le tableau 1 nous permet de comparer, pour les mêmes tranches d'âge, la population de notre étude à celle du Limousin.

(On note qu'en Limousin les 10-60 ans représentent 63,5% de la population)

TABLEAU 1

AGE (ans)	: 10-14	: 15-19	: 20-24	: 25-29	: 30-34	:
ETUDE (%)	: 6	: 18	: 21	: 17	: 9	:
LIMOUSIN (%)	: 10.2	: 10.8	: 11	: 10.5	: 10.3	:

AGE (ans)	: 35-39	: 40-44	: 45-49	: 50-54	: 55-59	:
ETUDE (%)	: 4	: 5	: 5	: 10	: 4	:
LIMOUSIN (%)	: 9.1	: 7.4	: 8.8	: 10	: 10.1	:

A partir de ces chiffres, nous pouvons établir la figure 3 :

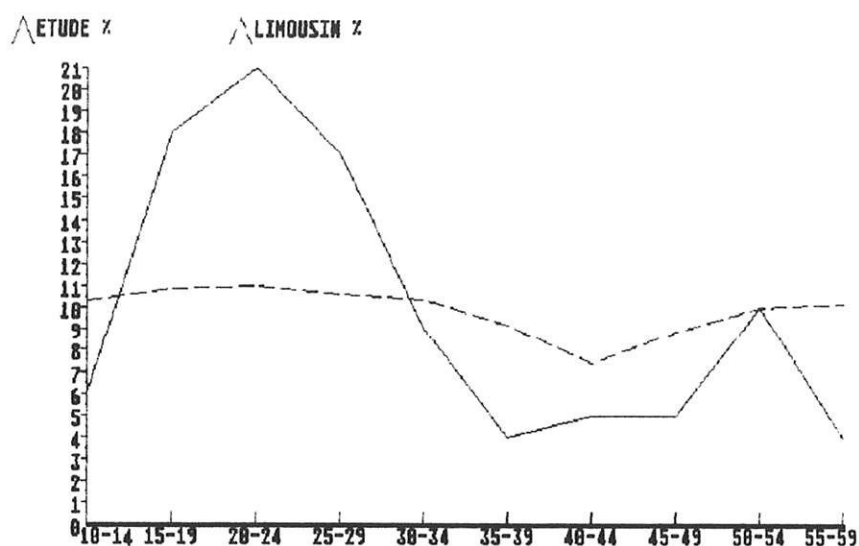


Figure 3

Les profils des 2 courbes obtenues diffèrent totalement, montrant un profond manque de correspondance entre les 2 populations.

Les tranches les plus sur-représentées dans notre effectif correspondent bien évidemment aux sujets jeunes, et sont dans l'ordre:

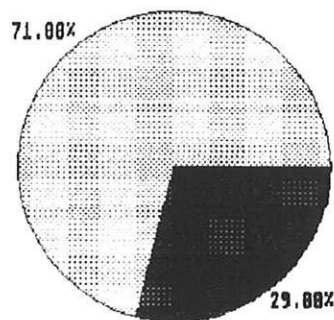
- les 20-24 ans
- les 15-19 ans
- les 25-29 ans

Toutes les autres classes sont globalement sous-représentées, à l'exception de celle des 30-34 ans, pouvant être qualifiée d'intermédiaire, et de celle des 50-54 ans, correspondant au pic secondaire remarqué précédemment.

Cette comparaison à la population locale affine et confirme notre observation d'une prépondérance des sujets jeunes au sein des traumatisés crâniens, et ce en opposition à la démographie du Limousin.

2) Le sexe.

Nous avons observé une forte sur-représentation masculine avec 71 hommes pour 29 femmes, soit un rapport de 2.45 pour 1. (Fig. 4)



Dans les tranches d'âge considérées, la population du Limousin comprend 50.7% d'hommes, contre 49.37% de femmes.

On observe donc un important décalage entre notre population et les données générales.

Le tableau 2 et la figure 5 reprennent la répartition de notre population selon l'âge et le sexe.

TABLEAU 2

AGE (ans) :	10-14	:	15-19	:	20-24	:	25-29	:	30-34	:	35-39	:	
HOMMES	:	5	:	11	:	16	:	14	:	6	:	2	:
FEMMES	:	1	:	7	:	5	:	3	:	3	:	2	:
AGE (ans) :	40-44	:	45-49	:	50-54	:	55-59	:	60-64	:		:	
HOMMES	:	2	:	4	:	9	:	2	:	0	:		:
FEMMES	:	3	:	1	:	1	:	2	:	1	:		:

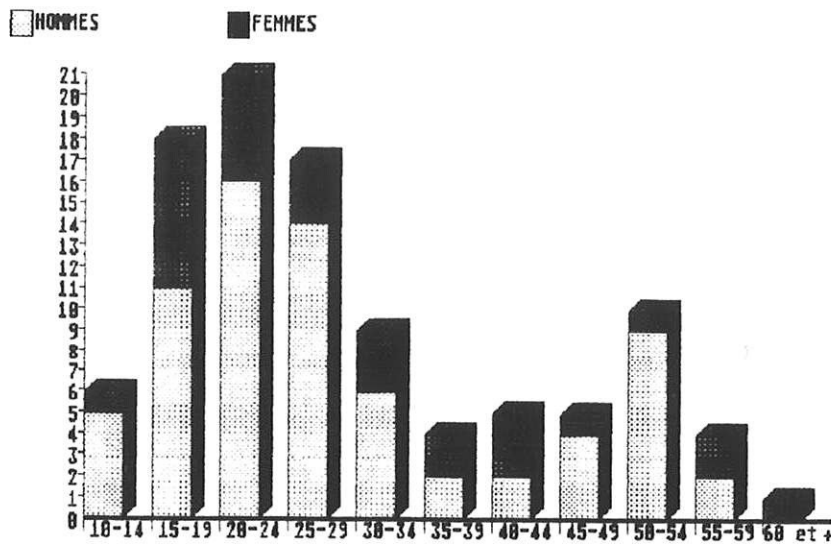


figure 5

A noter qu'avec un âge moyen proche de 30 ans pour la population féminine, on n'observe pas de différence significative dans l'étude de la répartition des tranches d'âge selon le sexe.

3) Le niveau socioculturel.

La répartition est donnée par le tableau 3 et la figure 6.

TABLEAU 3

1. illettré	5%	} niveau inférieur au
2. sait lire-écrire	17%	} CEP : 22%
3. CEP	29%	
4. BEPC	18%	}
5. niveau BAC	5%	} niveau supérieur ou
6. baccalauréat	5%	} égal au BEPC : 32%
7. études supérieures	4%	}

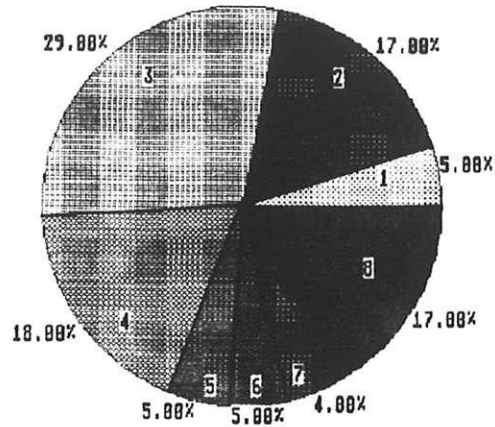
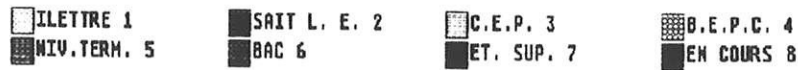


figure 6

Bien que relativement bas avec 22% des sujets au niveau inférieur au CEP, dont 5% d'illettrés, il ne nous paraît pas apporter de renseignements très particuliers.

A noter que 17 traumatisés crâniens, scolarisés au moment de l'accident, ont été comptabilisés à part :

. 1 en primaire dans un contexte de retard scolaire

. 8 en secondaire , dont 1 avec un retard scolaire et 1 en situation d'échec éducatif grave.

. 3 effectuaient des études supérieures

. 5 étaient en cours de formation professionnelle dont :

3 en CAP

1 en LEP

1 en BEP

4) Les catégories socioprofessionnelles

Le tableau 4 permet de comparer la population de l'étude à celle du Limousin selon le critère de l'activité professionnelle.

TABLEAU 4

	blessés (%)	population du Limousin (%)
agriculteurs	8	6.4
artisans	5	3.9
cadres	3	2.2
professions intermédiaires	7	6.0
ouvriers	18	13.5
employés	17	9.8
retraités	0	20.8
autres	42	37.4
	-----	-----
	100	100.0

Si on retire le groupe des retraités, absents de notre étude, ces deux populations sont globalement comparables. On note cependant une certaine sur-représentation des ouvriers et employés parmi les sujets de notre étude : avec 35% à eux deux, ils fournissent le plus gros contingent d'accidents.

De plus, on retrouve un taux d'activité professionnelle plus élevé chez les blessés que dans la population générale (58 contre 44.8%).

5) La situation familiale.

La répartition des sujets de notre étude est donnée par le tableau 5, toujours en référence à la population du Limousin.

TABLEAU 5

	blessés (%)	population du Limousin (%)
célibataires	58	37.7
mariés-concubins	33	50.5
divorcés	5	2.1
veufs	4	9.7
	-----	-----
	100	100.0

Ces données sont d'interprétation délicate. La stricte comparaison à la population du Limousin ne tient pas compte du déséquilibre lié au surplus des sujets jeunes dans notre population. La forte proportion de célibataires peut sans doute s'expliquer par l'abondance de jeunes dans notre étude.

Il en est de même pour la sous-représentation des veufs (4% contre 9.7%).

De plus, on note que sur ces 58 célibataires (44 hommes et 14 femmes), 40 dont 5 hommes de plus de 30 ans vivaient chez leurs parents au moment de l'accident.

Nous avons cependant relevé une certaine prédominance des célibataires masculins (62%), sur leurs homologues féminins (48%).

Notre population comportait entre autre un homme et une femme seuls avec chacun un enfant à charge.

Avec 5% contre 2.1%, le taux de divorcés est plus de 2 fois plus élevé que dans la population de référence.

Les couples (un peu sous-représentés avec 33% contre 50.5%, toujours du fait du jeune âge de notre population), ne sont pas forcément officialisés avec 9 cas de concubinage, soit plus du tiers des unions.

Avec une moyenne de 2.57 enfants par couple (le nombre d'enfants allant de 0 à 7 par couple), nous ne retrouvons pas le déséquilibre flagrant de la composition de la famille française.

6) Le milieu familial d'origine.

Le tableau 6 nous livre la répartition de la profession des parents des sujets de notre étude.

TABLEAU 6

père	profession	mère
15	1. agriculteur	14
8	2. artisan	6
9	3. cadre	5
0	4. profession intermédiaire	0
10	5. ouvrier	0
15	6. employé	15
11	7. retraité	9
6	8. sans profession	36
23	9. décédé	13
3	10. parents inconnus	2
-----		-----
100		100

L'interprétation de ce tableau est délicate. Notons que 36% des mères restent au foyer, que 23% des pères et 13% des mères de nos blessés sont décédés, et que, dans l'ensemble, les professions parentales semblent réparties harmonieusement.

Les familles dont les accidentés sont issus, sont relativement nombreuses : la moyenne est de 2.91 frères et sœurs, avec au maximum une fratrie de 10 enfants. Notons de plus 26 enfants uniques.

Le taux de divorce étant de 9%, les couples parentaux apparaissent moins stables que ceux de la population générale.

7) L'origine géographique des blessés.

Le tableau 7 et la figure 7 indiquent la répartition géographique d'origine des blessés.

TABLEAU 7

blessés (%)

Haute-Vienne	35
Départ. limitrophes	54
Autres	11

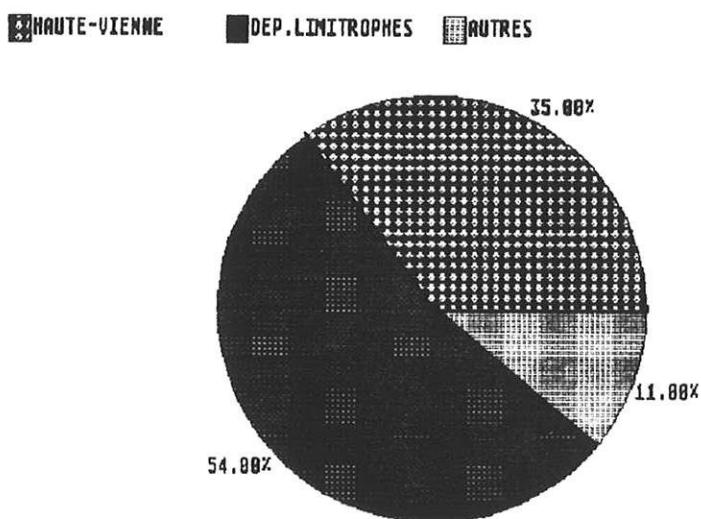


figure 7

55% des accidentés étaient originaires de la région Limousin, dont 35% de la Haute-Vienne.

34% venaient des départements limitrophes : Dordogne, Indre, Charente, Cantal, Lot, c'est-à-dire de l'aire d'extension de la zone d'influence du CHRU en dehors de la zone Limousin.

11% avaient une autre origine géographique. On comptait parmi eux un ressortissant italien, un belge, et un sujet sans domicile fixe français.

44% des blessés étaient originaires de communes rurales (moins de 2000 habitants), soit un chiffre proche de celui de la population du Limousin (49.2%).

17 sujets étaient originaires de Limoges. Le ratio capitale régionale/département était de 1 pour 2, ce qui correspond à la population générale.

L'ACCIDENT

1) Le type d'accident.

Il s'agit pour la grande majorité des cas d'accidents de la voie publique (78%).

Le tableau 8 et la figure 8 donnent le détail de leur répartition.

TABLEAU 8

	blessés (%)	
voiture	46 }	
deux roues	23 }	soit 78% d'accidents
piéton	9 }	de la voie publique
sport, loisirs	10 }	
travail	7 }	soit 22% autres
agression	5 }	

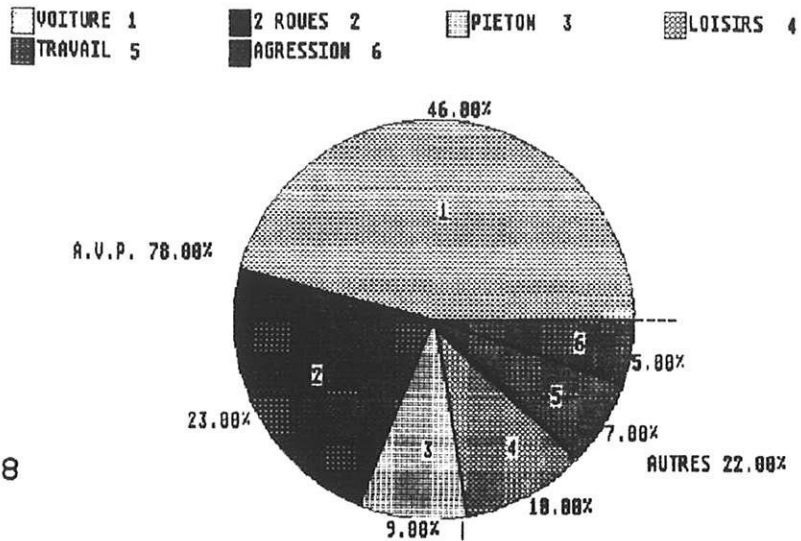


figure 8

La catégorie "autres accidents" comprend notamment 7 accidents du travail (hors accidents de trajet), 5 agressions et 10 accidents de sport et loisirs.

Nous n'avons pas relevé de tentatives d'autolyse dans cette série.

A noter dans la catégorie "auto", 7 accidents correspondent à des "sorties de boîte de nuit" et concernent un passager dans 3 cas.

Au total, dans cette catégorie, le blessé est 24 fois le conducteur et 22 fois un passager, soit près de 50% des cas.

Les deux-roues, impliquées dans 23% des accidents semblent sur-représentées par rapport à l'effectif circulant.

2) La responsabilité.

Il ne nous a pas toujours été possible d'appréhender la part de responsabilité du sujet dans l'accident qui l'avait frappé. Cette démarche n'a pu être réalisée avec certitude que pour 59 des 78 accidents de la voie publique. On dénombrait 26 responsables de l'accident contre 33 non responsables, soit deux populations sensiblement équivalentes.

3) L'influence de l'alcoolisation.

L'importance des cas d'alcoolisation dans les accidents de notre étude a pu être sous évaluée, faute d'un dépistage systématique, en dehors des conducteurs de véhicule.

Nous avons néanmoins retrouvé 21 cas d'alcoolémie positive, et souvent très supérieure aux normes tolérées, lors de l'admission au service des urgences.

Le tableau 9 résume la répartition de ces prises d'alcool selon le type d'accident.

TABLEAU 9

alcoolémie positive

- Voiture	11
- Deux roues	5
- Piéton	1
- Agression	2
- A. T.	1
- Autres acc.	1

Pour les 11 alcoolémies positives lors d'un accident d'automobile, il s'agissait 8 fois du conducteur et 3 fois d'un passager.

- L'âge des "blessés alcoolisés" était compris entre 18 et 60 ans avec un âge moyen de 33 ans.

- On comptait 19 hommes pour 2 femmes seulement.

- Dans 11 cas, le sujet alcoolisé se retrouvait également dans notre catégorie "responsable de l'accident". La responsabilité se retrouve donc chez l'écrasante majorité des conducteurs ayant consommé de l'alcool avant l'accident (11 cas pour 13 conducteurs de véhicule).

4) Les antécédents traumatiques.

A part, notons enfin que 11% des blessés de notre série avaient des antécédents d'accident avec dégâts corporels dans l'année précédant leur traumatisme.

5) Les conséquences de l'accident.

Souvent importantes, elles sont rappelées par le tableau 10.

TABLEAU 10

coma 20 jours	50
coma 8 jours	36
coma < 8 jours	14
lésions encéphaliques disséminées	38
lésions encéphaliques extensives	62
interventions secondaires	39
lésions associées	51

APPROCHE PLUS SUBJECTIVE

1) Le niveau d'insertion dans l'année précédant l'accident.

Le tableau 11 nous renseigne sur la qualité d'insertion de notre population (selon les critères de l'axe V du DSM III).

TABLEAU 11

niveau supérieur	18	}
niveau très bon	16	} 52%
niveau bon	18	}
niveau moyen	22	
niveau mauvais	14	}
niveau très mauvais	9	} 26%
altération majeure	3	}

Notons que plus de la moitié des sujets avait un niveau compris entre bon et supérieur, et que seulement 26% étaient cotés mauvais ou en deça.

Ces chiffres mériteraient d'être comparés à une population de référence qui reste à réaliser.

2) Les évènements de vie.

Nous avons tenté de recenser les évènements vitaux importants en terme de perte ou de changement ayant intéressé les sujets de notre étude dans l'année précédant l'accident.

Pour 19 patients, nous avons retrouvé des évènements notables que nous avons qualifiés de graves pour 6 d'entre eux :

- le décès de la mère pour un enfant de 13 ans.
- une tentative d'autolyse grave chez un homme de 27 ans, toxicomane.
- un homme de 25 ans confronté dans l'année au chômage et à une séparation conjugale.
- une hospitalisation de plus de 3 mois en milieu psychiatrique dans un contexte de reprise d'une intoxication éthylique ancienne chez un homme de 35 ans.
- une femme de 35 ans en situation d'abandon du domicile conjugal et de désinsertion sociale.
- le décès d'un mari pour une femme de 53 ans.

3) L'évaluation de l'équilibre familial.

Plus que la recherche d'évènements de vie ponctuels, il s'agissait d'apprécier ici l'existence de situations conflictuelles chroniques, ou de difficultés d'existence tendant à se pérenniser.

Nous avons mis en évidence 21 cas d'équilibre familial précaire, et 10 cas de déséquilibre grave.

En voici quelques illustrations :

. équilibre précaire :

- observation n°5 : garçon de 15 ans en situation d'échec scolaire, et confronté à de graves tensions avec son père.

- observation n°53 : homme de 21 ans, agriculteur, célibataire, en proie à de graves déboires financiers et au risque de vente de son exploitation.

. déséquilibre grave

- observation n° 10 : garçon de 16 ans, mal inséré en LEP, et vivant le troisième remariage d'un père alcoolique et paranoïaque.

- observation n° 20 : toxicomane de 27 ans, italien, voyageant en France, venant d'abandonner sa fillette.

- observation n°56 : femme de 32 ans, divorcée, itinéraire psychopathique et éthylique, en rupture avec sa famille qui l'avait rejetée quelques semaines avant l'accident.

- observation n°61 : homme de 51 ans, célibataire sans famille, vivant dans une situation de désinsertion sociale grave, et dans des conditions très précaires, avec un éthyisme important surajouté.

Notons que là encore, des populations de référence mériteraient d'être définies, pour permettre d'évaluer l'impact des événements de vie ou de l'équilibre familial, avec plus de précision.

**ENQUETE REALISEE DANS
LE SERVICE DES URGENCES**

-

LES RESULTATS

DONNÉES BIOGRAPHIQUES ET SOCIOLOGIQUES

1) Le sexe.

Nous retrouvons 71 hommes pour 32 femmes (FIG. 9)

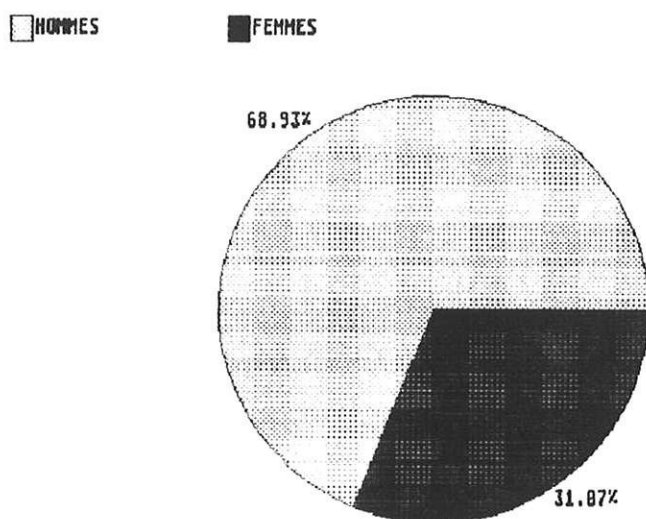


FIGURE 9

Il existe un important déséquilibre en faveur de la population masculine avec plus de 2.2 hommes pour une femme.

2) L'âge.

Nous n'avons considéré pour cette étude, que les blessés de 16 à 75 ans.

En effet, l'accident chez l'enfant mériterait sans doute d'être étudié pour lui-même, mais de par sa spécificité, il sort du cadre de ce travail. De plus, un grand nombre d'enfants, pris en charge directement par le service de chirurgie pédiatrique échappait à notre enquête.

De même, la multiplication des chutes chez le sujet âgé, non forcément de nature accidentelle, mais souvent d'origine complexe, avec intervention de facteurs somatiques et psychiques, nous a conduit à fixer une borne supérieure à notre recrutement de manière à éviter d'inclure dans notre population des victimes de traumatismes consécutifs par exemple à une insuffisance circulatoire cérébrale ou à un syndrome confusionnel d'origine métabolique.

Le tableau 12 nous fournit la répartition selon l'âge et le sexe par tranches de 10 ans.

TABLEAU 12

	16-25	26-35	36-45
HOMMES	25	21	13
FEMMES	16	2	5
TOTAL	41	23	18

	46-55	56-65	66-75	TOTAL
HOMMES	5	4	3	71
FEMMES	0	6	3	32
TOTAL	5	10	6	103

L'âge moyen de cette population est bas : 33.97 ans avec un écart type de 15.53 ans.

Ceci traduit la prépondérance des sujets jeunes dans cette série.

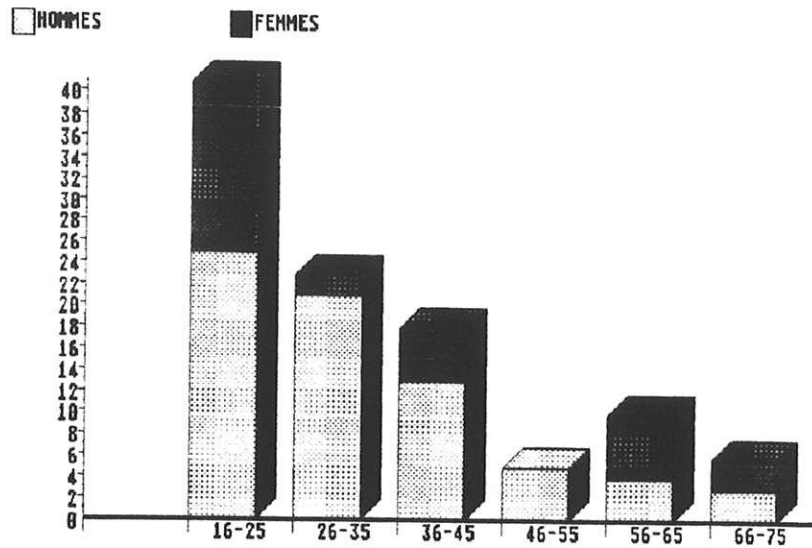


Figure 10

À noter que pour les hommes l'âge moyen est de 33.07 ans, et l'écart type de 14.10 ans.

Pour les femmes, on trouve respectivement 35.97 ans pour la moyenne, et 18.40 ans pour l'écart type.

La comparaison des deux moyennes ne permet pas de dégager de différences significatives à 5% avec $\alpha=0.2167$.

Il semble donc que l'âge n'ait pas d'influence sur la répartition des sexes et sur la sur-représentation masculine.

3) La nationalité.

La population étrangère n'est que faiblement représentée (7.77%).

On note : 6 personnes originaires du Maghreb

2 personnes originaires de pays de la CEE

4) La situation familiale.

Elle est donnée dans le tableau 13, et la figure 11.

TABLEAU 13

	CELIB.	DIV.	VEUFS	CONC.	MARIES
NOMBRE	48	3	4	8	40
%	46.60	2.91	3.88	7.77	38.83

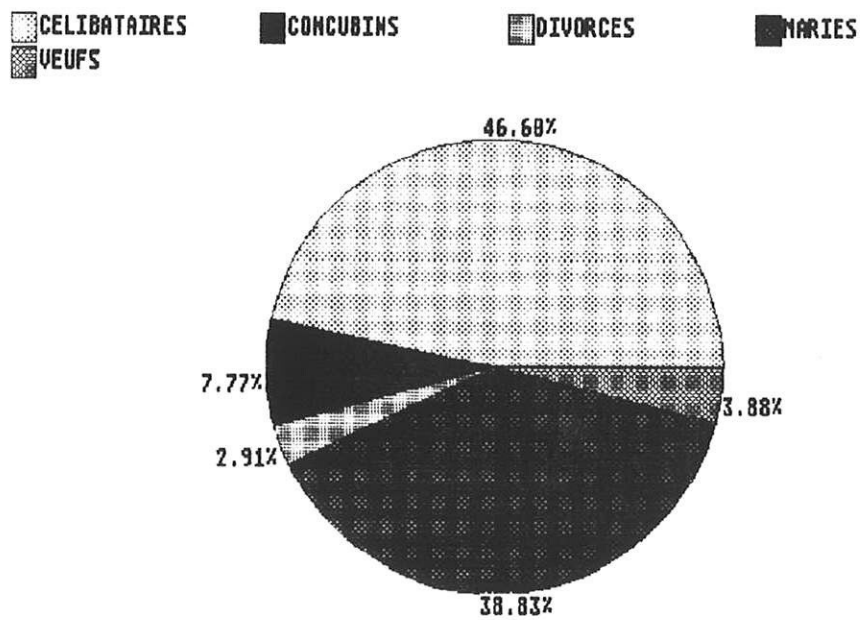


Figure 11

Le grand nombre de célibataires, et le peu de veufs, s'expliquent par la forte population de sujets jeunes.

Notons que le taux de divorcés est proche de celui de la population générale.

Pour la population du Limousin, la situation familiale se répartit ainsi :

célibataires	37.7%
mariés et concubins	50.5%
divorcés	2.1%
veufs	9.7%

Pour la plupart les célibataires vivaient chez leurs parents. On retrouve en effet seulement 12 célibataires vivant seuls pour 31 chez les parents (soit près de 65% d'entre eux) et 5 appelés classés à part.

Le tableau 14 nous livre la catégorie socioprofessionnelle des parents des jeunes célibataires encore dépendants de leur famille:

Père	Catégorie	Mère
2	1. Agriculteur	4
2	2. Artisan-Commerçant	0
3	3. Cadre	1
2	4. Profession Intermédiaire	4
5	5. Employé	10
7	6. Ouvrier	1
5	7. Retraité	4
1	8. Autre sans activité	7
4	9. Absent ou décédé	0

Avec une majorité de parents dans le groupe Ouvrier ou Employé, la catégorie socioprofessionnelle des familles de ces jeunes blessés semble se répartir d'une façon sensiblement identique à celle que nous avons retrouvé pour l'ensemble de notre population. (Voir le paragraphe 6 de ce chapitre.)

5) Le nombre d'enfants.

43 accidentés se répartissaient 111 enfants.

Avec 60 sujets sans enfant, on observait une moyenne de 1.08 enfant par blessé (écart type = 1.53).

Mais, si on ne considère pas les 48 célibataires sans enfants, la moyenne remonte à 2.01 enfants (écart type = 1.58).

Les familles des blessés sont donc généralement peu nombreuses.

La répartition exacte est donnée par le tableau 15.

TABLEAU 15

ENF.	0	1	2	3	4	5	6	7
NBRE	60	6	20	10	3	2	1	1

Notons en plus qu'aucun des célibataires n'avaient d'enfant, que 3 des 8 concubins en avaient, alors que 6 blessés mariés étaient sans enfant.

6) Les catégories socioprofessionnelles.

Elles sont réparties selon la grille INSEE.

	nombre blessés	%	% population du Limousin
1. agriculteurs exploitants	1	0.97	6.4
2. artisans, commerçants	5	4.95	3.9
3. cadres	1	0.97	2.2
4. professions intermédiaires	10	9.71	6.0
5. employés	22	21.36	13.5
6. ouvriers	24	23.30	9.8
7. retraités	9	8.74	20.8
8. autres	31	30.10	37.4

31 autres, sans activité professionnelle, dont :

16 lycéens, étudiants, en formation

5 chômeurs

1 au foyer

5 sous les drapeaux

4 invalides

La population active de l'étude est largement majoritaire avec 61.17%, soit près de 20% de plus que pour la population générale (44.8%).

La comparaison aux chiffres de la population du Limousin révèle peu de différence, sauf en ce qui concerne les retraités.

Avec 44,66% du total, ouvriers et employés fournissent la majeure partie des actifs.

Parmi les 9 retraités de cette étude nous retrouvons 3 anciens ouvriers, 3 anciens employés, 2 enseignants retraités et une ancienne commerçante. Le faible effectif de cette population ne permet pas d'apporter des précisions supplémentaires mais nous ne remarquons pas de grosse anomalie par rapport à notre population générale.

7) Le niveau socioculturel.

TABLEAU 16

	blessés	%
1. illettré	6	5.83
2. sait lire. écrire	7	6.80
3. certificat d'étude primaire	21	20.39
4. B E P C	38	36.89
5. niveau classe terminale	6	5.83
6. baccalauréat	11	10.68
7. études supérieures	14	13.59

■ ILLETRE 1 ■ SAIT L.E.C. 2 ■ C.E.P. 3 ■ B.E.P.C. 4
■ NIVEAU TERM. 5 ■ BAC 6 ■ ETUDES SUP. 7

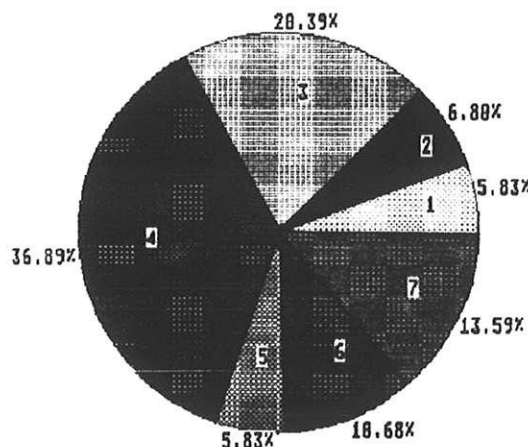


Figure 12

De ce tableau général, nous définissons 3 groupes :

	blessés	%
1. niveau inférieur ou égal au C E P	34	33.01
2. B E P C ou équivalent	38	36.89
3. niveau classe terminale ou supérieur	31	30.10

Ces 3 groupes sont globalement équilibrés.

A noter que 16 blessés poursuivaient leurs études ou une formation professionnelle.

Nous retrouvions 5 lycéens, 2 élèves en classe de B.E.P., 3 en première année et 3 en seconde année d'université, 1 en classe préparatoire de grande école, un en cinquième année de Médecine et un en cours de troisième cycle universitaire. Ce niveau paraît globalement assez élevé, mais n'entrent pas dans cette liste un certain nombre de jeunes qui recevaient une formation en cours d'emploi ou qui effectuaient un stage professionnel.

8) Accord entre niveau socioculturel et activité professionnelle.

Nous avons étudié la question pour les 63 actifs de notre population.

Dans 48 cas (76.19%), la profession du blessé correspondait à ce qu'il pouvait espérer de son niveau socioculturel.

Dans 15 cas cependant (23.81%), il existait une inadéquation plus ou moins marquée.

Quelques exemples :(Traduisant, à travers la constatation d'une certaine inadéquation, une désinsertion sociale d'intensité variable associée à un malaise psychologique.)

- observation n°2 : Mr C. Daniel, 33 ans.

Ce patient, qui s'est profondément entaillé la main avec un verre, a poursuivi ses études jusqu'en classe de 1ère. Il a dû se contenter, à sa sortie du lycée, d'un emploi de vigile pour une société privée. Il occupe le même emploi depuis 15 ans. Partiellement désinséré socialement, il vit seul, ses parents étant décédés depuis quelques années. Il est très vraisemblablement éthylique.

- observation n° 20 : Melle L. Muriel, 25 ans.

Cette jeune femme a obtenu un baccalauréat technique dans une filière laboratoire. Elle n'a jamais trouvé d'emploi dans cette branche, et travaille actuellement de façon plus ou moins permanente comme animatrice de colonies de vacances et de divers centres de loisirs. Elle vit seule, a peu de contact avec sa famille. sa situation professionnelle semble particulièrement lui peser. Elle suit encore un traitement commencé en début d'année pour état dépressif.

- observation n° 56 : Mr S. Patrick, 32 ans.

Cet ouvrier intérimaire, sans qualification professionnelle a néanmoins été scolarisé jusqu'en classe de 1ère. Il vit actuellement dans un foyer, en situation financière précaire. Divorcé depuis 3 ans, il voit peu son fils de 11 ans. En état d'ébriété lors de l'accident, il présente de plus des signes flagrants d'imprégnation éthylique ancienne.

L' ACCIDENT

1) Le type de l'accident.

Il est détaillé par le tableau 17 et la figure 13 :

TABLEAU 17

Type	AT	AVP	Acc.Dom	Acc.Sport
Nombre	23	38	29	13
%	22.23	36.89	28.16	12.6

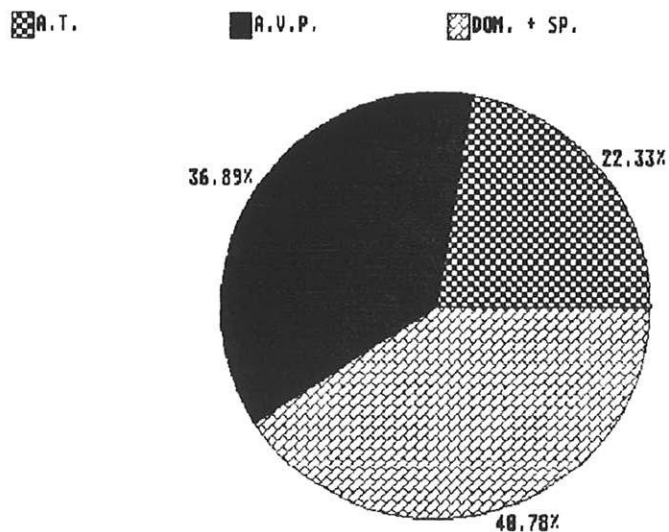


FIGURE 13

Pour la suite de l'étude, nous avons regroupé les 2 dernières catégories en un groupe unique, dont l'effectif est de 42 (soit 40.78%).

Les accidents de trajet sont comptabilisés dans les accidents de la voie publique, et non dans les accidents du travail.

2) Le niveau de responsabilité.

Il a été évalué selon 4 classes :

	blessés	%
1. responsabilité totale	46	44.66
2. responsabilité partielle	35	33.98
3. doute sur la responsabilité	10	9.71
4. non responsable	12	11.65

Dans le but de pouvoir par la suite plus aisément comparer les différentes classes, nous avons regroupé la catégorie "doute" et la catégorie "non responsable", en un groupe d'effectif 22 (21.36%).

On est d'emblée frappé par la grande proportion de blessés pour qui la responsabilité est au moins en partie engagée (plus de 80%).

Exemples de patients responsables :

- observation n° 10 : Mr C.Aymard, 60 ans.

Cet agriculteur corrézien, veuf depuis 7 ans, travaille avec son fils sur un exploitation, et traverse actuellement des difficultés financières. Il va, par ailleurs être prochainement grand-père. On ne retrouve dans ses antécédents, aucun accident notable. Il a, par maladresse, mis la main sous la presse hydraulique servant à enfoncer des poteaux.

- observation n° 95 : Mr P. Christian, 29 ans.

Cet homme marié a 2 enfants de 3 et 6 ans. Il est agent d'entretien dans une entreprise depuis 4 ans. Il ne décrit pas de facteurs de stress ou d'évènements de vie particuliers. Il a subi néanmoins 2 accidents de la voie publique dont il était responsable : à vélo en 1975, sur son cyclomoteur en 1980.

Alors qu'il se rendait à un mariage, il a coupé la route nationale en refusant la priorité au véhicule qui, non seulement arrivait de la droite, mais en plus était protégé par la signalisation. Il a une fracture déplacée de la clavicule.

L'alcoolémie était négative, mais il avoue sans trop de peine boire assez régulièrement "comme tout le monde". Surtout, durant tout son passage aux urgences, il n'a jamais voulu reconnaître ses torts, et s'en serait même pris au conducteur de l'autre véhicule qui se trouvait dans un box voisin.

Exemples de patients à responsabilité partielle :

- observation n°51 : Mr D. Charles, 41 ans.

Cet ouvrier maçon travaille depuis 13 ans dans la même entreprise. Il est concubin, sans enfant, et ne présente aucun problème particulier, tant sur le plan relationnel que financier.

Deux accidents notables ont précédé : une fracture de cheville il y a 13 ans, une profonde plaie du coude droit quelques jours auparavant.

Le dernier accident en date se résume ainsi : il changeait une roue de sa voiture, et était partiellement engagé sous celle-ci lorsque le cric chassa, alors qu'il forçait pour débloquer un boulon. Il a été victime d'un traumatisme thoracique, ayant nécessité une intervention chirurgicale.

Exemples de patients dont la responsabilité était douteuse

- observation n°28 : Mr M. Mohamed, 47 ans.

Ce patient, de nationalité algérienne, vit seul à Limoges, et est célibataire. Il a retrouvé du travail depuis peu, comme ouvrier des travaux publics. Son seul antécédent notable est un accident du travail en 1969 à la suite d'une chute. Il a reçu cette fois-ci du goudron brûlant sur le dos. Apparemment non responsable, on ne peut cependant exclure la possibilité qu'il pouvait se trouver à un endroit dangereux.

Exemples de patients non responsables de leur accident

- observation n°26 : Mr D.Didier, 30 ans.

Divorcé depuis le mois de novembre dernier, ce patient vit seul, mais voit régulièrement ses deux enfants. N'ayant été scolarisé que jusqu'au niveau 4ème pratique, il exerce sans qualification particulière un emploi d'ouvrier porcelainier. Depuis 13 ans dans la même entreprise, il ne rencontre pas de problèmes particuliers. Il n'a jamais eu d'autres accidents.

Arrêté depuis plusieurs secondes à un feu de signalisation, il est renversé par une voiture arrivant derrière lui. Manifestement non responsable, il a la chance de ne présenter que des contusions minimes.

3) La sévérité de l'accident.

Les conséquences somatiques de l'accident sont exposées selon les 3 classes définies précédemment :

	blessés	%
minime	72	69.90
sévère	26	25.24
grave	5	4.86

Une grande majorité des blessés n'avait donc subi que des dommages minimes, les dommages sévères et les graves ne représentant à eux deux qu'à peine 30% des cas.

4) Le nombre d'accidents antérieurs.

Ils sont classés en 3 groupes :

	blessés	%
1. premier accident	48	46.60
2. 1 accident antérieur	37	35.92
3. plusieurs accidents antérieurs	18	17.48

Plus de 50% des sujets avait déjà subi au moins un accident ayant nécessité un passage en service d'Urgences ou une hospitalisation. Les données épidémiologiques manquent pour comparer ce chiffre à la population générale.

Quelques exemples de multi-accidentés :

- observation n°24 : Mr P Jean-Pierre, 26 ans.

Ce patient célibataire, et vivant seul, est en invalidité depuis son premier accident en 1981, alors qu'il était apprenti mécanicien. À part son père qu'il voit occasionnellement, il a peu de contacts sociaux. Ses parents sont divorcés depuis 1979.

En 1981, il est responsable d'un premier accident : il percute un semi-remorque avec son cyclomoteur.

En 1986, en sortant d'une boîte de nuit, il perd le contrôle de sa voiture; il survit à un polytraumatisme, les deux autres occupants du véhicule sont tués.

Son accident actuel se résume ainsi : avec une alcoolémie à 1.80g/l, il a perdu le contrôle de sa voiture dans un virage. Il présente un traumatisme crânien et une fracture du membre inférieur gauche.

Il est frappant de voir, chez ce blessé, à quel point ces accidents font partie de son histoire personnelle. Il semble avoir organisé sa vie autour et en fonction d'eux. Son éthyliisme, important semble-t-il, est très peu culpabilisé.

- observation n°60 : Mr M.Jean-Louis, 25 ans.

Ce technicien commercial, vivant maritalement, sans enfant, semble bien inséré tant socialement que professionnellement. Les facteurs de stress psychosociaux qu'il affronte sont peu élevés. Il se blesse légèrement la cheville en jouant au volley-ball.

Dans ces antécédents, on retrouve :

- . en 1971, une fracture du coude droit
- . en 1981, une fracture du pied gauche
- . en 1981, une fracture du bras gauche

lors de 3 accidents de sport

- . en 1983, traumatismes multiples des membres lors d'une chute de moto
- . en 1984, nouvelle fracture de jambe.

Ces accidents multiples semblent s'inscrire dans un comportement de prise de risque évident chez ce sujet, sans que cela on puisse incriminer des facteurs externes tels que la personnalité ou les évènements de vie.

- observation n°87 : Mr. G Jean-Christophe, 17 ans.

Ce jeune homme célibataire, vivant chez ses parents, travaille comme cuisinier depuis 9 mois. Son histoire personnelle n'est émaillée d'aucun évènement marquant. Il dit se plaire à son travail qui est néanmoins assez dur. Il est admis aux Urgences après s'être blessé assez profondément avec une boîte de conserve dans le cadre de son travail.

Dans ses antécédents, on trouve 3 accidents de cyclomoteur assez sérieux en 3 ans, dont un ayant justifié l'an dernier une hospitalisation pour traumatisme crânien. (Il avait perdu le contrôle de son cyclomoteur alors qu'il rentrait du bal du 14 Juillet et qu'il avait bu).

LES EVENEMENTS DE VIE - LES FACTEURS DE STRESS PSYCHOSOCIAUX

Toujours selon la technique de l'entretien semi-directif, nous avons tenté de recueillir les données environnementales qui, par leur caractère évènementiel, ou par leur aspect de circonstances durables et difficiles, étaient susceptibles d'avoir une influence sur le niveau de stress psychosocial.

Le tableau 18 et la figure 14 nous donnent leur répartition selon les critères de l'axe IV du DSM-III-R.

TABLEAU 18

code	terme	blessés	%
1	aucun	27	26.21
2	léger	40	38.83
3	moyen	21	30.39
4	sévère	13	12.62
5	extrême	2	1.94
6	catastrophique	0	-
0	information inutilisable	0	-

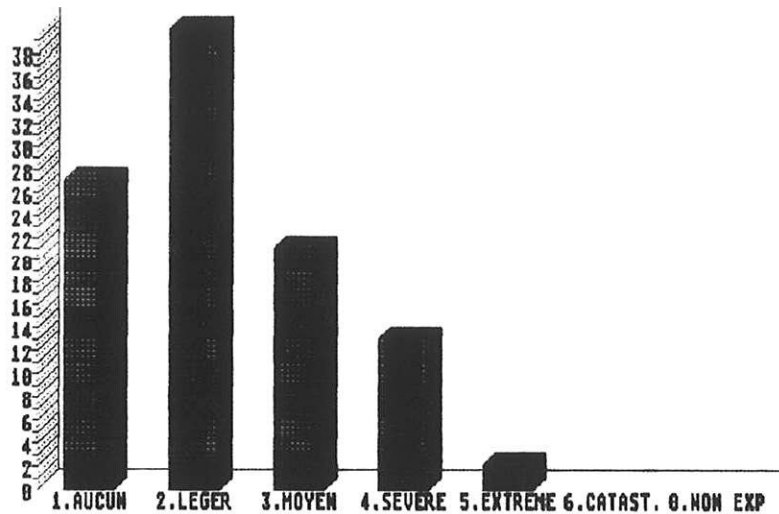


Figure 14

Nous remarquons d'emblée qu'avec plus de 65% répartis entre "aucun" et "léger", les facteurs de stress semblent plutôt peu élevés. La comparaison avec une population de référence qui reste à définir, serait ici du plus grand intérêt.

Quelques observations intéressantes pour le code 5 : "extrême"

- observation n°50 : Mr. B. Jacques, 64 ans.

Ce gardien de parc à la ville de Limoges a, le jour de son anniversaire, subi une profonde entaille au bras droit alors qu'il tentait de maîtriser une biche qui s'échappait de son enclos.

Dans son histoire récente, on retrouvait le décès de sa femme 6 mois auparavant, le mariage de sa fille la veille de l'accident (mariage auquel il n'avait pas assisté), la crainte de la retraite qui allait le priver d'un métier qu'il présentait comme sa raison de vivre.

- observation n°68 : Mr. T Eric, 21 ans.

Ce jeune homme célibataire, titulaire d'un DEUG, a interrompu ses études tout récemment et doit être incorporé sous peu à l'armée, ce qu'il appréhende. Il ne compte pas reprendre ses études par la suite. Son père est décédé 48 heures avant l'accident, d'un cancer généralisé.

Victime d'un accident de la voie publique, sa responsabilité est totalement dégagée : il était dans son véhicule à l'arrêt quand une voiture s'est déportée sur la gauche pour venir le heurter. Il ne souffre que d'un traumatisme minime de la jambe gauche.

Autres exemples pour le code 4 : "sévère"

observation n°21 : Mme L. Marie-Louise, 74 ans.

Cette ancienne caissière, retraitée de longue date, a subi une entorse de cheville assez grave, en glissant près de l'eau. Elle n'avait auparavant jamais eu d'accident. Mariée et mère de 6 enfants, elle est cependant soucieuse de la santé de son mari, opéré il y a quelques mois d'un cancer ORL. De plus, un de ses fils a eu un accident de voiture assez sévère il a 3 semaines.

Tous ces éléments contribuent à majorer son inquiétude, d'autant plus que l'équilibre de son diabète est parfois difficile à obtenir.

- observation n°35 : Melle G. Françoise, 20 ans.

Cette jeune célibataire vit seule. Elle voit néanmoins fréquemment sa mère, son père est décédé peu de temps après sa naissance. Etudiante en lettres, elle ne rencontre pas de difficultés particulières dans ses études.

Cependant, elle a choisi récemment de vivre seule car la cohabitation avec sa mère, dépressive névrotique, coutumière des tentatives de suicide, était de plus en plus intolérable. Par contre, cette indépendance est financièrement difficile à assumer. De plus, elle a affronté dans l'année une rupture sentimentale.

Elle s'est légèrement blessé le pied en échappant un objet lourd. Un mois auparavant, elle s'était déjà fracturé un doigt.

- observation n°31 : Mr M. Jean-Luc, 31 ans.

Ce commerçant remarié depuis 9 mois, après un divorce dans le courant de l'année passée, se blesse en passant la main sous la débroussailleuse que tenait un ami. Dix jours avant cet accident, on notait la naissance de deux de ses filles, jumelles, ce qui portait le nombre de ses enfants à cinq.

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EVOLUTIFS

Là encore, c'est le DSM-III-R qui, à travers son axe I, nous a fourni le système de classification de ses troubles.

Un diagnostic sur l'axe I a pu être porté 10 fois (9.71% des cas).

En fait, il n'a été porté que 3 diagnostics différents :

- 1 fois : 295.12 schizophrénie désorganisée chronique.

observation n°74 : Mr. F Fabien, 37 ans.

Ce patient schizophrène ancien, est maintenant bien équilibré au prix d'un traitement par neuroleptiques à action prolongée, et d'un suivi régulier en milieu psychiatrique, incluant quelques brèves hospitalisations. Il est marié depuis un an et fréquente un C.A.T. où il occupe une fonction de jardinier. Il est globalement content de son sort.

Il n'avait auparavant jamais été victime d'aucun accident. Il a chuté, seul, de son cyclomoteur alors que, pris d'un accès d'angoisse, il se garait sur un trottoir. Il n'a subi que des contusions minimales.

- 4 fois : 303.90 dépendance à l'alcool.

Observation n°6 : Mr. T. Jean-Claude, 43 ans.

Marié depuis 20 ans, ayant un fils unique de 18 ans, pas de problème familial particulier, pas d'ennui de santé, quelques soucis d'argent néanmoins, cet artisan maçon n'avait pas une histoire particulièrement marquante.

Il présente cependant tous les signes d'une intoxication éthylique chronique, et avance avec réticence être un buveur excessif, sur le mode convivial, dans l'ambiance des chantiers. Il paraît d'ailleurs minimiser fortement sa consommation.

Ayant chuté d'un échafaudage, sans raison apparente, il présentait un traumatisme de l'épaule et de l'hémi-thorax gauche.

Les observations 10, 24 et 56, illustrant elles aussi ce diagnostic, ont été résumées auparavant.

L'alcoolisme, tant sous forme d'abus que de dépendance à l'alcool, aurait sans doute pu être évoquée plus souvent. Mais les conditions de recueil de données n'étaient pas toujours forcément favorables à l'élaboration de ce diagnostic, les blessés avaient souvent tendance à nier ou à éluder la question.

- 2 fois : 309.00 trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

- 3 fois : 300.40 dysthymie (ou névrose dépressive)

En effet, si nous avons rencontré des patients présentant une certaine "dépressivité", il ne nous a jamais été possible de poser le diagnostic de Dépression majeure selon les critères du DSM-III-R.

observation n°55 : Mme B. Georgette, 44 ans.

Cette patiente travaille dans la fonction publique. Divorcée depuis 1976, elle a depuis "refait sa vie". Elle a 3 enfants, de 26 à 7 ans.

Depuis son divorce, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises dans une clinique psychiatrique, et a reçu thérapeutiques antidépressives et thymorégulatrices variées.

Dans son entourage, on note que sa soeur est traitée pour un cancer. Elle-même a subi deux accidents de la voie publique depuis 1981, mais elle était toujours passagère. Admise aux Urgences pour un traumatisme minime, suite à un petit accident domestique, elle était surtout remarquable par sa présentation névrotique.

observation n°30 : Mr. D. José, 43 ans.

Cet homme marié, père de 3 enfants, originaire du Portugal, se blesse assez sévèrement la main gauche avec une scie circulaire. Il exerce le métier de menuisier, et est employé dans la même entreprise depuis 13 ans.

Depuis 4 ans, son travail est en fait interrompu par de nombreux arrêts maladie, motivés par des épisodes anxio-dépressifs, pour lesquels il est en permanence sous traitement.

Lors de son arrivée aux Urgences, la manière très théâtrale qu'il avait d'exprimer son anxiété était particulièrement démonstrative.

observation n°81 : Mme A. Ginette, 61 ans.

Cette femme a accédé à la retraite après avoir passé 6 ans de sa vie au chômage (elle a longtemps travaillé comme couturière). Elle a très mal vécu cette situation, et ce malaise s'est traduit par trois tentatives de suicide en 6 ans. Elle s'est remarié tardivement après avoir divorcé en 1985.

Elle est actuellement sous traitement antidépresseur, et voit régulièrement un psychiatre.

Dans ses antécédents, on trouve :

- un accident de la voie publique en 1986, dont elle était responsable.

- des problèmes somatiques multiples qui l'ont conduit à 13 interventions chirurgicales.

Elle se présente aux Urgences pour un petit traumatisme du poignet, intervenu dans le cadre domestique.

Nous n'avons pas relevé d'autres troubles que ceux précédemment cités.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DU DEVELOPPEMENT

Là encore, un diagnostic n'a pu être posé que dans un nombre restreint de cas : 15 en tout (soit 14.56%).

La plupart des patients cotés sur l'axe II avaient aussi un diagnostic sur l'axe I.

- 3 fois : 319.00 retard mental non spécifié

Il ne nous a pas été possible, faute de tests psychométriques, de préciser davantage. Il s'agissait vraisemblablement d'un retard léger ou d'un fonctionnement intellectuel limite dans 2 cas, et un retard moyen chez un homme de 41 ans, célibataire, jardinier dans un C.A.T. (observation n°65).

- 1 fois : 301.22 personnalité schizotypique.

Il s'agit de l'observation n°74, relatée précédemment.

- 1 fois : 301.70 personnalité antisociale.

observation n°80 : Mr. R. Alain, 23 ans.

Ce jeune célibataire vit seul depuis quelques mois. Avec un formation professionnelle de niveau CAP, il n'occupe que des emplois intérimaires, reconnaissant de son propre aveu se voir très mal travailler à un poste permanent. Il rencontre fréquemment des problèmes d'argent, d'autant plus qu'il se montre peu capable de se conformer à un budget.

Dans ses antécédents, on retrouve un tentative d'autolyse en 1984.

Il se présente aux Urgences après s'être blessé la main contre une vitre. Lors d'une dispute avec son amie, il a voulu frapper le mur pour manifester sa colère, et a dévié sur la vitre proche.

Ce patient était le seul sujet de notre étude à correspondre pleinement à la personnalité psychopathique, mais on retrouve certains traits dans la personnalité limite.

- 5 fois : 301.83 personnalité limite (borderline)

Cette personnalité se définit selon le DSM-III-R comme un mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, apparaissant au début de l'âge adulte, et présent dans des contextes divers associés à impulsivité, instabilité, agressivité...

Outre les observations 24 et 56 déjà exposées dans le chapitre concernant l'intoxication éthylique chronique, nous pouvons illustrer ce diagnostic par quelques exemples.

observation n°34 : Mr. L. Franck, 28 ans.

Ce blessé se présente aux Urgences pour un traumatisme relativement bénin des deux chevilles, consécutif à une chute de faible hauteur.

Il est célibataire et vit seul. Son travail de gérant de Night Club lui permet de mener une existence assez marginale, émaillée de multiples aventures sentimentales.

Il compte depuis son adolescence de nombreux accidents, dont plusieurs fractures des membres et un traumatisme crânien.

observation n° 94 : Mr. L. Alain, 41 ans.

Cet artisan coiffeur, marié, sans enfant, offre un contact très particulier, à la fois distant et empli d'une agressivité à peine voilée. Il banalise à l'extrême tout ce qui peut le toucher personnellement dans sa biographie.

Il décrit son accident ainsi : énervé par la chaleur, il a frappé impulsivement un objet qui se trouvait à sa portée selon un coup de karaté, sport qu'il pratique. Il s'est fracturé un métacarpien.

- 5 fois : 31.050 personnalité histrionique.

La relative abondance de ce "mode général de réponse émotionnelle excessive et de quête d'attention" (DSM-III-R), peut s'expliquer de part la nature même de ce type de personnalité. Il est en effet de diagnostic bien plus facile que certains autres, et passe rarement inaperçu.

Parfois associée à des troubles de l'humeur, nous retrouvons la personnalité histrionique dans certaines observations précédemment citées (observations n°30,55,81), mais nous pouvons l'illustrer par un autre exemple.

observation n°42 : Mme L. Jeannette, 39 ans.

Cette patiente est conduite aux Urgences, victime d'un grave traumatisme du rachis consécutif à un accident de la voie publique, dont elle semble totalement responsable.

Elle occupe un poste à responsabilité dans une entreprise de céramique.

Séparée de son mari depuis quelques mois, elle a encore ses enfants de 22 et 23 ans partiellement à charge.

Elle a été traitée quelques semaines par des anxiolytiques, après le départ de son mari. C'est à cette époque qu'elle a réalisé une tentative d'autolyse assez bénigne, qui semblait avoir valeur d'appel.

Dans ses antécédents, on retrouve un long passé de crises de spasmophilie, intervenant dans des moments délicats ou anxiogènes.

L'EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT

Cette évaluation se fait sur l'axe V du DSM-III-R, et se propose de situer les patients sur une échelle allant de la santé (score élevé) à la maladie mentale (score bas).

Les extrêmes varient de 1 à 90, la parfaite normalité théorique se situant entre 81 et 90.

Dans notre étude, nous avons attribué une note variant entre 35 et 80 dans 11 cas (soit 10.68%). Il s'agissait toujours de patients pour qui avait été porté un diagnostic sur l'axe I et/ou sur l'axe II.

En fait, pour la partie analytique de notre étude, nous avons distingué ici deux catégories de sujets :

- ceux pour qui il avait été porté un diagnostic sur l'axe I ou l'axe II, ou avec un chiffre inférieur à 80 sur l'axe V.
- ceux qui ne rentraient pas dans la catégorie précédente.

LES TROUBLES SOMATIQUES

Nous nous sommes attachés ici à recueillir les maladies ayant, de par leur gravité ou leur caractère invalidant, une importance notable sur la vie de chaque sujet.

Vingt patients ont retenu notre attention sur ce point, soit 19.42%.

Ce chiffre paraît important dans une population jeune, et supposée être en bonne santé. Cependant, avec une moyenne de 41.85 ans, et un écart type de 19.59 ans, les sujets concernés par ces troubles somatiques se recrutent généralement dans les tranches d'âge élevées de notre population.

Le tableau 19 nous résume les troubles somatiques observés.

TABLEAU 19

observation n°	troubles somatiques
10	ulcère gastrique
12	hernie discale
16	ulcère gastrique
19	hypertension artérielle
20	entorses récidivantes
21	diabète - hypertension artérielle
24	séquelles d'un polytraumatisme
27	obésité importante
40	adénome à prolactine opéré, impuissance résiduelle
45	diabète et hypercholestérolémie
48	tachycardie paroxystique
53	asthme
66	hypertension artérielle et tachycardie
80	asthme, terrain allergique
81	interventions de chirurgie viscérales multiples
86	psoriasis évoluant depuis 13 ans
87	malaises à type de spasmophilie
91	personne malvoyante, terrain allergique
92	séquelles de traumatisme lombaire
100	cancer du sein

Les pathologies sont assez variées, mais on retrouve cependant deux grands pôles : l'hypertension artérielle et les troubles cardio-vasculaires d'une part, l'asthme et les allergies de l'autre.

APPROCHE STATISTIQUE - ANALYSE DES RESULTATS

I) RELATION ENTRE LES DONNEES SOCIOLOGIQUES ET BIOGRAPHIQUES ET LES PARAMETRES DE L'ACCIDENT

1) Relation entre le sexe et le type d'accident.

Nous nous proposons de comparer deux séries de caractères qualitatifs :

- le sexe, masculin ou féminin.
- le type d'accident : travail, voie publique, domestique, sport et loisirs.

Dans le but d'obtenir des classes d'effectifs suffisants, nous avons logiquement regroupé les accidents domestiques et ceux de sport et de loisirs.

Nous obtenons le tableau 20.

Les effectifs théoriques sont entre parenthèses.

TABLEAU 20

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
MASCULIN	21(15,85)	20(26,19)	30(28,95)	71
FEMININ	2(7,14)	18(11,81)	12(13,05)	32
TOTAL	23	38	42	103

$$\chi^2 = 10.20$$

$$\text{d.d.l.} = 2$$

Le risque d'indépendance α est inférieur à 1%, il existe donc une relation significative entre ces caractères.

Dans notre étude, les hommes sont significativement plus exposés aux accidents du travail, les femmes aux accidents de la voie publique. Pour les accidents domestiques et de sport, le risque tendrait à s'équilibrer.

Ceci paraît logique : le risque accru des hommes au travail peut s'expliquer par le fait qu'ils occupent des postes plus exposés, et des métiers plus "physiques" que ceux des femmes.

2) Relation entre le sexe et le niveau de responsabilité.

Nous avons, pour la suite de étude, divisé la responsabilité en deux groupes :

- groupe 1 : responsabilité totale
- groupe 2 : responsabilité partielle
doute
non responsable

La répartition se fait selon le tableau 21.

TABLEAU 21

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
MASCULIN	34(31,71)	37(39,29)	71
FEMININ	12(14,29)	20(17,71)	32
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2=0.9619$$

d.d.l.=1

α est supérieur à 30%

La relation n'est pas significative. Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur le niveau de responsabilité.

3) Relation entre sexe et sévérité.

Là encore, deux classes de sévérité ont été définies :

- minime
- sévère et grave

Nous obtenons le tableau 22.

TABLEAU 22

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
MASCULIN	48(49,63)	23(21,37)	71
FEMININ	24(22,37)	8(9,63)	32
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2=0.57$$

$$d.d.l.=1$$

$$\alpha > 30\%$$

Il n'existe pas de relation significative entre le sexe et la gravité de l'accident.

4) Relation entre le sexe et le nombre d'accidents.

A partir des résultats de l'étude, et toujours dans le but d'avoir des effectifs suffisants, nous avons défini deux groupes en fonction du nombre d'accidents :

- groupe 1 : l'accident actuel était le premier
- groupe 2 : au moins un accident antérieur

Il en résulte le tableau 23.

TABLEAU 23

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
MASCULIN	29(33,09)	42(37,91)	71
FEMININ	19(14,91)	13(17,09)	32
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2=3.0475$$

$$d.d.l.=1$$

$$\alpha > 5\%$$

Le risque α n'est pas significatif à 5%.

Il n'y aurait pas, dans cette étude, de relation entre le sexe et le nombre d'accidents.

Contrairement à une idée reçue, les multi-accidentés ne se recrutent pas plus souvent dans la population masculine.

5) Relation entre l'âge et le type d'accident.

Nous avons défini deux grandes tranches d'âge :

- tranche 1 : sujets de 16 à 35 ans
- tranche 2 : sujets de 36 à 75 ans

Nous comparons ces caractères aux catégories d'accident précédemment définies (travail, voie publique, domestique, sport).

Nous obtenons le tableau 24.

TABLEAU 24

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
16-35	14(14.91)	25(22.99)	25(26.10)	64
36-75	10(9.09)	12(14.01)	17(15.90)	39
TOTAL	24	37	42	103

$$\chi^2 = 0.7332$$

d.d.l. = 2

$\alpha > 50\%$

Il ne paraît pas y avoir de relation significative entre l'âge et le type d'accident.

6) Relation entre l'âge et le niveau de responsabilité.

Nous reprenons les catégories d'âge (16-35 et 36-75), et de responsabilité précédemment définies.

-Groupe 1 : responsabilité totale

-Groupe 2 : responsabilité partielle à nulle

Nous pouvons alors dresser le tableau 25.

TABLEAU 25

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
16-35	28(28.58)	36(35.42)	64
36-75	18(17.42)	21(21.58)	39
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2=0.0562$$

d.d.l.=1

$\alpha > 50\%$

Il n'y a pas de relation significative entre les classes d'âge et la responsabilité ainsi définies.

Cependant dans ce cas précis, si nous arrangeons différemment les classes d'âge pour considérer la tranche 16-45 ans et la tranche 46-75 ans.

Nous obtenons le tableau 26.

TABLEAU 26

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
16-45	41(36.62)	41(45.38)	82
46-75	5(9.38)	16(11.62)	21
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2=4.6428$$

d.d.l.=1

$\alpha < 5\%$

La relation devient significative.

Dans notre étude les moins de 46 ans semblent plus fréquemment pleinement responsables de leurs accidents que les sujets plus âgés.

Une étude plus approfondie permettrait peut-être de faire ressortir la part que prennent les 35-45 ans dans ce phénomène.

7) Relation entre l'âge et la sévérité.

Nous comparons ici :

- l'âge (16-35 ans et 36-75 ans)
- la sévérité de l'accident (minime et sévère/grave)

Nous obtenons ainsi le tableau 27 :

TABLEAU 27

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
16-35	47(44.74)	17(19.26)	64
36-75	25(27.26)	14(11.74)	39
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 1.0018$$

$$d.d.l. = 1$$

$$\alpha > 30\%$$

Il ne semble pas exister de relation significative entre l'âge du sujet et la sévérité de l'accident.

8) Relation entre l'âge et le nombre d'accidents.

considérant toujours les deux mêmes tranches d'âge, nous avons tenté d'établir une corrélation significative entre elles et le nombre d'accidents.

Nous avons repris les groupes 1 : premier accident

2 : au moins un accident antérieur

Nous pouvons donc dresser le tableau 28.

TABLEAU 28

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
16-35	27(29.83)	37(34.17)	64
36-75	21(18.17)	18(20.83)	39
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 1.3281$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 20\%$$

Il ne semble pas exister de relation significative au risque $\alpha = 5\%$ entre l'âge et le nombre d'accidents.

Assez paradoxalement, on ne peut pas dire que les sujets les plus âgés ont eu statistiquement plus d'accidents antérieurs que les jeunes. L'accident apparaît ici avant tout comme un événement fortuit et de faible fréquence.

9) Relation entre le niveau socioculturel et le type d'accident.

En partant des 7 catégories socioculturelles de départ, nous avons élaboré 3 grandes classes :

- niveau 1 à 3 (niveau inférieur ou égal au C.E.P.)
- niveau 4 (B.E.P.C. ou équivalent)
- niveau 5 à 7 (niveau supérieur au B.E.P.C.)

Nous avons confronté ces classes aux trois groupes précédemment définis : accident du travail, accident de la voie publique, accident domestique ou de sport.

Il en résulte le tableau 29.

TABLEAU 29

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
1-2-3	7(7.59)	17(12.54)	10(13.86)	34
4	10(8.49)	7(14.02)	21(15.50)	38
5-6-7	6(6.92)	14(11.44)	11(12.64)	31
TOTAL	23	38	42	103

$$\chi^2 = 9.3503$$

$$\text{d.d.l.} = 4$$

α , bien que très proche de 5%, lui reste supérieur.

Il n'apparaît donc pas de relation réellement significative entre le niveau socioculturel et le type d'accident.

10) Relation entre le niveau socioculturel et la responsabilité.

En conservant les mêmes catégories socioculturelles, nous allons les comparer à une autre série de caractères qualitatifs, le niveau de responsabilité divisé en deux groupes (1 : responsabilité totale - 2 : responsabilité partielle à nulle).

Nous obtenons donc le tableau 30.

TABLEAU 30

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
1-2-3	16(15.18)	18(18.82)	34
4	21(16.97)	17(21.03)	38
5-6-7	9(13.84)	22(17.15)	31
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 4.8735$$

$$\text{d.d.l.} = 2$$

α est très légèrement supérieur à 5%. Il ne semble donc pas exister de relation significative entre le niveau socioculturel et la responsabilité.

Cependant, on peut tenter de regrouper logiquement les niveaux 1 à 4, puis 5 à 7.

On obtient alors le tableau 31.

TABLEAU 31

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
1-2-3-4	37(32.15)	35(39.85)	72
5-6-7	9(13.85)	22(17.15)	31
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 4.3919$$

d.d.l. = 1

$\alpha < 5\%$

La relation devient alors significative au risque 5%.

Dans notre étude, les sujets de niveau socioculturel inférieur ou égal au B.E.P.C. semblent statistiquement plus disposés à être totalement responsables de leur accident.

11) Relation entre le niveau socioculturel et la sévérité de l'accident.

Il s'agit de comparer les caractères précédemment définis se rapportant au niveau socioculturel, à ceux se rapportant à la sévérité de l'accident.

Nous pouvons établir le tableau 32.

TABLEAU 32

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
1-2-3	23(23.77)	11(10.23)	34
4	26(26.56)	12(11.44)	38
5-6-7	23(21.67)	8(9.33)	31
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 0.3933$$

d.d.l. = 2

$\alpha > 50\%$

Nous ne mettons donc pas en évidence de relation entre le niveau socioculturel et la sévérité de l'accident, telle que nous l'avons définie.

12) Relation entre le niveau socioculturel et le nombre d'accidents.

Aux trois classes de niveau socioculturel déjà définies, nous associons le nombre d'accidents (groupe 1 : premier accident, groupe 2 : au moins un accident antérieur).

Il en résulte le tableau 33.

TABLEAU 33

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
1-2-3	13(15.84)	21(18.16)	34
4	18(17.71)	20(20.29)	38
5-6-7	17(14.45)	14(16.55)	31
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 1.8051$$

d.d.l. = 2

$\alpha > 30\%$

Nos tests ne mettent donc pas en évidence de relation significative au risque 5% entre le niveau socioculturel et le nombre d'accidents.

13) Relation entre l'accord niveau socioculturel / catégorie socioprofessionnelle, et le niveau de responsabilité dans l'accident.

Il s'agit de comparer l'accord entre la formation et l'emploi de l'accidenté, selon les classes OUI (accord) et NON (pas d'accord), et le niveau de responsabilité.

Nous obtenons le tableau 34.

TABLEAU 34

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
OUI	22(25.14)	26(22.86)	48
NON	11(7.86)	4(7.14)	15
TOTAL	33	30	63

$$\chi^2 = 3.4587$$

$$d.d.l. = 1$$

$$\alpha > 5\%$$

Dans cette étude, il n'existe pas de relation significative au risque $\alpha = 5\%$, entre accord formation/profession et niveau de responsabilité dans l'accident.

Cependant, on est là encore dans des valeurs très proches de 5%. Avec un peu moins de rigueur, on pourrait évoquer l'hypothèse que les blessés ayant un accord entre leur formation et leur emploi, seraient moins volontiers pleinement responsables de leur accident. (Ceci est vrai au risque $\alpha = 10\%$).

14) Relation entre l'accord niveau socioculturel / catégorie socioprofessionnelle, et la sévérité de l'accident.

Nous comparons ici deux séries de caractères qualitatifs :

- l'accord niveau socioculturel - profession
- la sévérité de l'accident

Nous pouvons observer leur répartition dans le tableau 35.

TABLEAU 35

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
OUI	31(32.00)	17(16.00)	48
NON	11(10.00)	4(5.00)	15
TOTAL	42	21	63

$$\chi^2 = 0.3937$$

$$d.d.l. = 1$$

$$\alpha > 50\%$$

Nos tests ne mettent pas en évidence de relation significative entre l'adéquation niveau socioculturel - catégorie socioprofessionnelle, et la sévérité de l'accident.

15) Relation entre l'accord niveau socioculturel / catégorie socioprofessionnelle, et le nombre d'accidents.

Il s'agit de comparer l'accord niveau culturel - profession, avec le nombre d'accidents répartis entre :

- groupe 1 : premier accident
- groupe 2 : au moins un accident antérieur

Nous établissons le tableau 37.

TABLEAU 37

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
OUI	26(22.10)	22(25.90)	48
NON	3(6.90)	12(8.10)	15
TOTAL	29	34	63

$$\chi^2 = 5.3557$$

$$d.d.l. = 1$$

$$\alpha < 5\%$$

Il semble donc exister une relation significative entre l'accord niveau socioculturel - profession, et le nombre d'accidents.

Les sujets dont l'emploi est en accord avec leur niveau culturel et leur formation, semblent avoir significativement moins d'antécédents traumatiques que ceux chez qui on observe une inadéquation entre leur formation et leur profession.

16) Relation entre statut matrimonial et type d'accident.

Nous avons défini deux types de statut matrimonial :

- les isolés (célibataires, divorcés et veufs)
- les couples (mariés et concubins)

Nous nous sommes proposé de comparer ces deux groupes au type d'accident.

Le tableau 37 donne la répartition de ces caractères.

TABLEAU 37

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
ISOLES	15(12.28)	24(20.29)	16(22.43)	55
COUPLES	8(10.72)	14(17.71)	26(19.57)	48
TOTAL	23	38	42	103

$$\chi^2 = 6.7042$$

$$d.d.l. = 2$$

$$\alpha < 5\%$$

Il semble donc exister une relation significative entre le statut matrimonial et le type d'accident.

Les blessés isolés seraient plus exposés aux accidents du travail et aux accidents de la voie publique que les couples. Ces derniers présenteraient plus souvent des accidents domestiques ou de sport et de loisirs.

17) Relation entre le statut matrimonial et le niveau de responsabilité.

Il s'agit de comparer les deux groupes de statut matrimonial précédemment définis, au niveau de responsabilité (totale, partielle à nulle).

Nous pouvons établir le tableau 38.

TABLEAU 38

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
ISOLES	25(24.56)	30(30.44)	55
COUPLES	21(21.44)	27(26.56)	48
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 0.0306$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 50\%$$

Nous ne mettons donc pas en évidence une relation significative entre le statut matrimonial et le niveau de responsabilité.

18) Relation entre le statut matrimonial et la sévérité de l'accident.

Là encore, nous comparons nos deux groupes de statut matrimonial à deux niveaux de sévérité (minime et sévère / grave).

Le tableau 39 en résulte.

TABLEAU 39

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
ISOLES	38(38.45)	17(16.55)	53
COUPLES	34(33.55)	14(14.45)	48
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 0.0376$$

d.d.l. = 1

$\alpha > 50\%$

Il ne semble donc pas exister dans notre étude de relation significative entre le statut matrimonial et la sévérité de l'accident.

19) Relation entre le statut matrimonial et le nombre d'accidents.

Nous confrontons ici le statut matrimonial avec le nombre d'accidents antérieurs (groupe 1 : premier accident et groupe 2 : au moins un accident antérieur).

Nous obtenons le tableau 40.

TABLEAU 40

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
ISOLES	24(25.63)	31(29.37)	55
COUPLES	24(22.37)	24(25.63)	48
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 0.4166$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 50\%$$

Notre étude ne met pas en évidence de relation significative entre le statut matrimonial et le nombre d'accidents, au risque 5%.

20) Relation entre le nombre d'enfants et le type d'accidents.

Nous avons défini trois groupes en fonction du nombre d'enfants :

- 0 : pas d'enfants
- 1 à 2 : un à deux enfants
- 3 et + : trois enfants et plus

Nous nous proposons donc de comparer ces trois groupes aux trois catégories d'accidents.

Nous pouvons donc établir le tableau 41.

TABLEAU 41

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
0	13(13.40)	27(22.14)	20(24.47)	60
1 A 2	4(5.80)	8(9.59)	14(10.60)	26
3 ET +	6(3.80)	3(6.27)	8(6.93)	17
TOTAL	23	38	42	103

Certains des effectifs théoriques calculés sont inférieurs à 5, ce qui interdit d'appliquer le test du χ^2 . Nous regroupons donc logiquement certaines classes pour en obtenir seulement deux :

- sans enfant
- avec enfant

Il en résulte le tableau 42.

TABLEAU 42

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
SANS	13(13.40)	27(22.14)	20(24.47)	60
AVEC	10(9.60)	11(15.86)	22(17.53)	43
TOTAL	23	38	42	103

$$\chi^2 = 4.5411$$

$$\text{d.d.l.} = 2$$

$$\alpha > 10\%$$

Nous ne mettons pas en évidence de relation significative entre le nombre d'enfants et le type d'accidents.

21) Relation entre le nombre d'enfants et le niveau de responsabilité.

Nous allons étudier les rapports entre les trois groupes précédemment définis concernant le nombre d'enfants et la responsabilité.

Nous en déduisons le tableau 43.

TABLEAU 43

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
0	26(26.80)	34(33.20)	60
1 A 2	13(11.61)	13(14.39)	26
3 ET +	7(7.59)	10(9.41)	17
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 0.4267$$

$$d.d.l. = 2$$

$$\alpha > 50\%$$

Nos tests ne font pas apparaître de relation significative entre le nombre d'enfants et le niveau de responsabilité.

22) Relation entre le nombre d'enfants et la sévérité.

Nos trois groupes définis selon le nombre d'enfants sont ici comparés à une autre série de caractères qualitatifs, exprimant la sévérité de l'accident.

Il en ressort le tableau 44.

TABLEAU 44

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
0	44(41.94)	16(18.06)	60
1 A 2	18(18.17)	8(7.83)	26
3 ET +	10(11.88)	7(5.12)	17
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 1.3293$$

$$\text{d.d.l.} = 2$$

$$\alpha > 50\%$$

Il ne semble pas y avoir de relation significative entre le nombre d'enfants et la sévérité de l'accident.

23) Relation entre le nombre d'enfants et le nombre d'accidents.

Le nombre d'enfants est confronté ici au nombre d'accidents, repartis en deux groupes (groupe 1 : premier accident et groupe 2 : au moins un accident antérieur).

Nous obtenons le tableau 45.

TABLEAU 45

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
0	27(27.96)	33(32.04)	60
1 A 2	11(12.12)	15(13.88)	26
3 ET +	10(7.92)	7(9.08)	17
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 1.2783$$

$$\text{d.d.l.} = 2$$

$$\alpha > 50\%$$

Nous ne retrouvons donc pas de relation significative au risque $\alpha = 5\%$ entre le nombre d'enfants et le nombre d'accidents des blessés de notre série.

II) RELATIONS ENTRE LES PARAMETRES INTERNES A L'ACCIDENT.

1) Relation entre le niveau de responsabilité et la sévérité de l'accident.

Nous avons considéré ici la responsabilité (totale - partielle à nulle), et la sévérité (minime - sévère ou grave).

Nous obtenons le tableau 46.

TABLEAU 46

	MINIME	SEVERE/NULLE	TOTAL
TOTALE	27(32.16)	19(13.84)	46
PARTIELLE/NULLE	45(39.84)	12(17.16)	57
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 4.9716$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha < 5\%$$

Notre étude tend donc à établir une relation significative entre le niveau de responsabilité et la sévérité de l'accident.

Les accidents dont le sujet est responsable seraient significativement plus graves que ceux où la responsabilité du blessé est partielle ou nulle.

2) Relation entre le niveau de responsabilité et le nombre d'accidents.

Au niveau de responsabilité, nous avons comparé le nombre (groupe 1 : premier accident et groupe 2 : au moins un accident antérieur).

Le tableau 47 indique la distribution de ces caractères.

TABLEAU 47

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
TOTALE	22(21.44)	24(24.56)	46
PARTIELLE/NULLE	26(26.56)	31(30.44)	57
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 0.0495$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 30\%$$

Notre test ne révèle pas de relation significative entre le niveau de responsabilité et le nombre d'accidents antérieurs.

3) Relation entre le niveau de responsabilité et le type d'accident.

Il s'agit de comparer nos deux groupes de responsabilité aux trois catégories d'accidents.

Nous obtenons le tableau 48.

TABLEAU 48

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
TOTALE	13(10.72)	14(16.52)	19(18.76)	46
PART./NULLE	10(13.28)	24(20.48)	23(23.24)	57
TOTAL	24	37	42	103

$$\chi^2 = 2.2900$$

d.d.l. = 2

$\alpha > 30\%$

Il ne semble donc pas y avoir de relation significative entre le niveau de responsabilité et le type d'accident.

4) Relation entre la sévérité et le nombre d'accidents.

Nous associons ici : - la sévérité

- le nombre d'accidents (groupe 1 : premier accident et groupe 2 : au moins un accident antérieur)

le tableau 49 nous livre la répartition de nos effectifs.

TABLEAU 49

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
MINIME	35(33.55)	37(38.45)	72
SEVERE/GRAVE	13(14.45)	18(16.55)	31
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 0.3899$$

d.d.l. = 1

$\alpha > 50\%$

Nous ne pouvons pas mettre en évidence de relation significative entre la sévérité et le nombre d'accidents.

III) RELATIONS ENTRE LES FACTEURS DE STRESS PSYCHOSOCIAUX ET L'ACCIDENT.

1) Relation entre les facteurs de stress psychosociaux et le type d'accident.

Reprenant la cotation de 1 à 6 de l'axe IV du DSM-III-R :

- 1 aucun
- 2 léger
- 3 moyen
- 4 sévère
- 5 extrême
- 6 catastrophique.

nous avons défini trois catégories appropriée à notre étude :

- aucun
- léger
- moyen et au delà.

Nous comparons ces trois groupes au type d'accident, et nous établissons le tableau 50.

TABLEAU 50

	A.T.	A.V.P.	AUTRES	TOTAL
AUCUN	6(6.03)	6(9.96)	15(11.01)	27
LEGER	11(8.93)	18(14.76)	11(16.31)	40
MOY. ET +	6(8.04)	14(13.28)	16(14.68)	36
TOTAL	23	38	42	103

$$\chi^2 = 6.6157$$

$$d.d.l. = 4$$

$$\alpha > 10\%$$

Nous ne pouvons pas mettre en évidence de relation significative entre les facteurs de stress et le type d'accident.

2) Relation entre les facteurs de stress psychosociaux et le niveau de responsabilité.

Nous comparons ici nos trois groupes de facteurs de stress avec le niveau de responsabilité.

Nous pouvons établir le tableau 51.

TABLEAU 51

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
AUCUN	10(12.06)	17(14.94)	27
LEGER	15(17.86)	25(22.14)	40
MOY. ET +	21(16.08)	15(19.92)	36
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 3.8145$$

d.d.l. = 2

$\alpha > 10\%$

La relation entre l'importance des facteurs de stress psychosociaux et le niveau de responsabilité n'est pas mise en évidence au risque $\alpha = 5\%$.

Cependant, nous pouvons tenter de dégager une spécificité des niveau de stress "nul" et "léger", en les regroupant dans le tableau 52.

TABLEAU 52

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
AUCUN/LEGER	25(29.92)	42(37.08)	67
MOY. ET +	21(16.08)	15(19.92)	36
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 4.0824$$

d.d.l. = 1

$\alpha < 5\%$

La relation est ici significative.

Dans notre étude, les blessés présentant des niveaux de stress psychosocial nul ou légers, seraient significativement moins impliqués dans des accidents dont ils sont totalement responsables, que les sujets dont les facteurs de stress sont au moins de niveau moyen.

3) Relation entre intensité des facteurs de stress psychosociaux et sévérité de l'accident.

Il s'agit de comparer les trois groupes de facteurs de stress psychosociaux précédemment définis, au niveau de sévérité de l'accident.

Nous obtenons le tableau 53.

TABLEAU 53

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
AUCUN	20(18.87)	7(8.13)	27
LEGER	31(27.96)	9(12.04)	40
MOY. ET +	21(25.17)	15(10.83)	36
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 3.6193$$

$$d.d.l. = 2$$

$$\alpha > 10\%$$

Nos tests ne mettent pas en évidence de relation entre l'intensité des facteurs de stress psychosociaux et le niveau de sévérité de l'accident.

4) Relation entre l'intensité des facteurs de stress psychosociaux et le nombre d'accident.

Nous considérons ici deux catégories relatives au nombre d'accident :

- groupe 1 : premier accident
- groupe 2 : au moins un accident antérieur

Nous nous proposons de confronter ces deux groupes aux catégories de stress psychosocial.

Il en découle le tableau 54.

TABLEAU 54

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
AUCUN	16(12.56)	11(14.42)	27
LEGER	18(18.64)	22(21.36)	40
MOY. ET +	14(16.78)	22(19.22)	36
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 2.6447$$

$$d.d.l. = 2$$

$$\alpha > 20\%$$

Il ne semble donc pas exister de relation significative entre ces deux populations.

IV) RELATION ENTRE L'EXISTENCE D'EVENTUELS TROUBLES SOMATIQUES ET LES PARAMETRES DE L'ACCIDENT

1) Relation entre l'existence de troubles somatiques et le niveau de responsabilité.

Nous avons distingué deux groupes de blessés :

- ceux qui présentent des troubles somatiques susceptibles d'avoir un retentissement psychologique
- ceux qui ne présentent pas de troubles somatiques notables.

Nous avons confronté ces deux groupes au niveau de responsabilité.

Nous obtenons le tableau 55.

TABLEAU 55

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
TROUBLES SOM.	9(8.93)	11(11.07)	20
PAS DE TROUBLES	36(37.07)	47(45.93)	83
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 0.0568$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 50\%$$

Notre étude ne retrace donc pas de relation significative entre l'existence de troubles somatiques et le niveau de responsabilité dans l'accident.

2) Relation entre l'existence de troubles somatiques et la sévérité de l'accident.

Nous nous proposons ici de comparer les caractères qualitatifs "présence ou absence de troubles somatiques" et "sévérité de l'accident".

Il en résulte le tableau 56.

TABLEAU 56

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
TROUBLES SOM.	12(13.98)	8(6.02)	20
PAS DE TROUBLES	60(58.02)	23(24.98)	83
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 1.1562$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 20\%$$

Nos tests ne révèlent donc pas de relation significative entre l'existence de troubles somatiques et la sévérité de l'accident.

3) Relation entre l'existence de troubles somatiques et le nombre d'accidents.

En considérant d'une part la présence ou l'absence de troubles somatiques, et d'autre part le nombre d'accidents (groupe 1 : premier accident - groupe 2 : au moins un accident antérieur), nous pouvons établir le tableau 57.

TABLEAU 57

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
TROUBLES SOM.	12(9.32)	8(10.68)	20
PAS DE TROUBLES	36(38.68)	47(44.32)	83
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 1.7902$$

d.d.l. = 1

$\alpha > 10\%$

Nous ne retrouvons pas ici de relation significative entre l'existence d'une pathologie somatique, et le nombre d'accidents antérieurs au risque $\alpha = 5\%$.

V) RECHERCHE DE RELATIONS ENTRE UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ET L'ACCIDENT.

Nous avons vu que seule une minorité d'accidentés présentait des troubles psychiatriques, une personnalité pathologique ou encore des troubles du fonctionnement et de l'adaptation.

Dans le but d'obtenir des classes d'effectifs suffisants pour subir un traitement statistique, nous avons pris le parti de réunir tous ces patients dans une même catégorie, correspondant aux 18 sujets pour lesquels nous avons émis un diagnostic sur les axes I ou II du DSM-III-R, ou encore ceux à qui nous avons attribué une note inférieure à 81 sur l'axe V.

Ce regroupement se justifie d'autant plus que la plupart des patients côtés sur l'axe I l'étaient sur l'axe II, et que la totalité des sujets présentant des troubles du fonctionnement répondait à un diagnostic sur un au moins des deux premiers axes.

1) Relation entre pathologie psychiatrique et niveau de responsabilité.

Nous considérons donc deux classes distinctes :

- diagnostic sur l'axe I, l'axe II ou altération de l'axe V
- pas de diagnostic

Nous nous proposons de confronter ces deux groupes au niveau de responsabilité dans l'accident.

Nous obtenons le tableau 58.

TABLEAU 58

	TOTALE	PARTIELLE/NULLE	TOTAL
DIAGNOSTIC	12(8.04)	6(9.96)	18
PAS DE DIAG.	34(37.96)	51(47.04)	85
TOTAL	46	57	103

$$\chi^2 = 4.2714$$

$$d.d.l. = 1$$

$$\alpha < 5\%$$

La relation est significative.

Dans notre étude, les sujets présentant des troubles psychiatriques, une personnalité pathologique ou une altération globale du fonctionnement, semble significativement plus disposés que les autres à être totalement responsables de l'accident dans lequel ils sont impliqués.

2) Relation entre pathologie psychiatrique et sévérité de l'accident.

Nous comparons ici nos sujets présentant ou non une pathologie psychiatrique, avec la sévérité de l'accident exprimée en "minime" et "sévère et grave".

Nous pouvons dresser le tableau 59.

TABLEAU 59

	MINIME	SEVERE/GRAVE	TOTAL
DIAGNOSTIC	10(12.58)	8(5.42)	18
PAS DE DIAG.	62(59.42)	23(25.58)	85
TOTAL	72	31	103

$$\chi^2 = 2.1295$$

$$d.d.l. = 1$$

$$\alpha > 10\%$$

Notre étude ne met donc pas en évidence de relation significative au risque 5% entre la présence d'une pathologie psychiatrique et la sévérité de l'accident.

3) Relation entre pathologie psychiatrique et nombre d'accidents.

Nous allons comparer ici deux séries de caractères qualitatifs : la présence ou l'absence d'une pathologie psychiatrique et le nombre d'accidents, répartis entre premier accident (groupe 1), et au moins un accident antérieur (groupe 2).

Nous obtenons le tableau 60.

TABLEAU 60

	GROUPE1	GROUPE2	TOTAL
DIAGNOSTIC	6(8.39)	12(9.61)	18
PAS DE DIAG.	42(39.61)	43(45.39)	85
TOTAL	48	55	103

$$\chi^2 = 1.5453$$

$$\text{d.d.l.} = 1$$

$$\alpha > 20\%$$

Nous ne retrouvons donc pas de relation significative entre la présence d'une pathologie psychiatrique ou des troubles de la personnalité, et le nombre d'accidents.

**ESSAI DE SYNTHÈSE
DES DEUX ÉTUDES
ÉLÉMENTS DE COMPARAISON**

Bien que s'intéressant à la même question, les deux études présentées dans ce travail ne sont pas strictement superposables.

Non seulement le recrutement, mais aussi les modalités de recueil de données différaient fondamentalement. D'un côté il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers concernant des traumatismes graves, de l'autre, la méthodologie reposait sur un entretien clinique qui s'adressait le plus souvent à des blessés légers.

Il est bien entendu intéressant de rechercher les points communs ou les différences qui peuvent sortir de la comparaison de ces deux séries.

1) L'âge.

Dans l'étude portant sur les traumatisés crâniens, l'âge moyen était de 30.4 ans. Dans l'étude des Urgences, il atteignait 33.97 ans.

Ces chiffres sont proches et sont la marque de la jeunesse des populations considérées, mais ils ne sont cependant pas identiques.

Il faut rappeler que dans l'étude réalisée dans l'Unité de Psychoréhabilitation, les plus jeunes des sujets concernés n'avaient que 10 ans, alors que nous avons volontairement fait débiter notre recrutement à 16 ans aux Urgences.

2) Le sexe.

Nous retrouvons 2.45 hommes pour une femme chez les traumatisés crâniens, et 2.22 hommes pour une femme dans l'étude des Urgences.

Ici, les chiffres sont très proches, et dénotent dans un cas comme dans l'autre la forte surpopulation masculine.

3) Le niveau socioculturel.

Nous pouvons repérer une différence assez sensible entre les deux études.

Si le taux d'illettrés reste à peu près identique, on remarque par la suite un niveau généralement supérieur dans l'étude des Urgences.

Ceci est particulièrement significatif si on considère que près de 67% des blessés de l'étude des Urgences avaient un niveau supérieur ou égal au B.E.P.C., contre seulement 38.55% chez les traumatisés crâniens.

Par contre, la proportion des sujets scolarisés au moment de l'accident était sensiblement la même dans les deux enquêtes.

4) La catégorie socioprofessionnelle.

Sauf en ce qui concerne les agriculteurs qui, semble-t-il, sont sous représentés dans l'étude des Urgences, nous n'observons pas de différence flagrante entre nos deux populations.

Tout au plus observe-t-on l'apparition d'un certain nombre de retraités (8.74%), exclus de la population des traumatisés crâniens par un biais de recrutement.

Remarquons encore que les inactifs (30.10%) sont faiblement représentés dans notre seconde étude par rapport à la population générale. Sans doute peut-on considérer que certaines personnes sont moins exposées de part leur mode de vie, comme certaines femmes au foyer par exemple.

5) La situation familiale.

Là encore, les résultats des deux enquêtes semblent globalement se superposer.

L'étude des Urgences comporte simplement un peu plus de couples (46.60% contre 33%), et un peu moins de célibataires. Elle se rapproche ainsi davantage de la population du Limousin.

Les divorcés et les veufs ont sensiblement la même représentation dans les deux études. Le taux de divorcés observé aux Urgences est plus proche de la population générale que celui noté chez les traumatisés crâniens.

dans les deux cas, un nombre important de célibataires vivaient chez leurs parents au moment de l'accident.

6) Le nombre d'enfants.

Dans les deux études, nous retrouvons des familles de 0 à 7 enfants, avec une moyenne un peu supérieure à 2 enfants par couple, des familles donc généralement assez peu nombreuses, en accord avec le jeune âge de nos populations.

7) Le type d'accident.

La comparaison est difficile étant donné la spécificité de la population observée dans l'unité de Psychoréhabilitation, et concernant non seulement les accidentés, mais aussi les victimes d'agression.

Bien évidemment, dans la population des traumatisés crâniens, les accidents de la voie publique fournissent le gros des effectifs (78%), alors qu'ils ne représentaient que 36.89% de la population rencontrée aux Urgences.

La prise de boissons alcoolisées a été moins fréquemment constatée parmi les blessés des Urgences que parmi les traumatisés crâniens graves. Cependant, il était techniquement impossible de réaliser une alcoolémie systématique, et une prise d'alcool en quantité modérée pouvait parfaitement passer inaperçue.

8) Les évènements de vie.

Dans la population des traumatisés crâniens, nous avons retrouvé 19 sujets ayant subi des évènements de vie notables dans l'année précédant l'accident; ces évènements avaient été qualifiés de graves dans 6 de ces cas.

Ceci correspond assez bien aux 15 patients pour lesquels le niveau de stress psychosocial était sévère ou extrême dans l'étude des Urgences.

9) En conclusion.

Nous pouvons donc remarquer que les deux études se recoupent en grande partie et que les résultats les plus significatifs concernant la population des traumatisés crâniens et celle des Urgences sont sensiblement identiques.

Les deux enquêtes se valident donc l'une l'autre et permettent d'avancer l'hypothèse que le groupe des traumatisés crâniens ne diffère pas significativement de l'ensemble des blessés.

DISCUSSION

Nous nous proposons ici de reprendre les principaux résultats de nos deux enquêtes, et de les confronter aux données disponibles dans la littérature. Nous reprendrons pour cela les grandes lignes du plan que nous avons utilisé pour ce travail.

I) DONNEES BIOGRAPHIQUES

1) Le sexe.

Nos deux enquêtes s'accordent pour confirmer une nette sur-représentation masculine avec près de 3/4 d'hommes pour 1/4 de femmes.

Ce déséquilibre est confirmé par toutes les études s'intéressant au sujet. AUGUSTIN et coll. (1988), dans une population de 765 traumatisés crâniens sévères, retrouve 74% de sujets masculins pour 26% de femmes. Il souligne que ce déséquilibre existe quel que soit le type d'accident, mais culmine lorsqu'un deux-roues est en cause.

RIMEL et coll., dans une étude ayant portée sur 1248 traumatisés crâniens aux Etats Unis, retrouvent approximativement 2 hommes pour 1 femme, et ajoutent que cette prédominance masculine se maintient dans toutes les classes d'âge considérées.

D'autres études, s'intéressant à la répartition selon le type de prise en charge chirurgicale, font ressortir un excédent masculin de près de 150% pour les interventions de chirurgie traumatologique (Rapport INSERM-ORSA 1986).

2) L'âge.

Nos populations sont jeunes; l'âge moyen se situe entre 30 et 34 ans. Ce sont les moins de 30 ans qui constituent le gros des effectifs (environ 60% dans les deux études).

AUGUSTIN et coll. retrouvent un âge moyen de 27.4 ans (écart-type=17.9), avec 3/4 des blessés en dessous de 30 ans dans leur population de traumatisés crâniens. Les accidents mettant en cause des piétons concernent principalement les moins de 20 ans, le pic des accidents de deux-roues correspond à la tranche des 11-20 ans et le pic des accidents d'automobiles aux 21-30 ans.

De même pour RIMEL, 70% des blessés ont un âge inférieur à 30 ans, seulement 4% ont 60 ans ou plus.

Pour HAAS et coll. (1987), 63% d'une population de traumatisés crâniens sévères étaient âgés de moins de 25 ans.

S'intéressant spécifiquement aux enfants, J. LAVAUD (1986) souligne que l'accident est la première cause de décès pour les moins de 14 ans, et que les garçons, principalement à partir de l'âge de l'adolescence, sont souvent plus exposés aux traumatismes que les filles, du fait de conduites de risque plus fréquentes et à un esprit de compétition plus affûté.

M. MANCIAUX (1985) met également en évidence la surmortalité chez les garçons de 13 à 19 ans par rapport aux filles du même âge; cette différence serait surtout sensible à partir de 15 ans. Il précise par ailleurs que les accidents mortels ne représentent qu'une infinie minorité du total des traumatismes de l'enfant.

3) La situation familiale.

Nous retrouvons dans les deux enquêtes un nombre élevé de célibataires, dont le taux est ici nettement supérieur à celui de la population générale. Cette forte proportion de célibataires parmi les accidentés semble d'ailleurs être un lieu commun.

L'étude de RIMEL retrouve 59% de personnes isolées, soit 20% de plus que dans la population générale des Etats Unis. Ces chiffres sont tout à fait superposables aux nôtres. Il est tentant de faire d'un célibataire un sujet prédisposé à l'accident, souvent décrit comme instable et immature, présentant des attitudes antisociales.

Cependant les populations concernées se recrutent essentiellement dans les tranches d'âge les plus jeunes; cette sur-représentation des sujets isolés doit être relativisée.

4) Le niveau socioculturel.

Les sujets étudiés dans notre première enquête concernant les traumatisés crâniens avaient volontiers un niveau socioculturel plus faible que ceux de l'étude réalisée aux Urgences.

Là encore, la faiblesse du niveau socioculturel ou des performances intellectuelles est souvent retrouvée dans la littérature.

R. AMIEL (1986), s'intéressant aux accidents du travail, décrit l'"accidentable" comme associant des difficultés de la perception et de la compréhension, mais signale que le niveau d'insertion sociale serait en fait plus à prendre en compte que le niveau intellectuel, et qu'une mauvaise réussite scolaire est souvent plus en rapport avec un défaut d'intégration au groupe qu'avec de faibles capacités intellectuelles.

RIMEL retrouve 25% de traumatisés crâniens scolarisés moins de 8 ans, 50% entre 8 et 12 ans, 25% plus de 12 ans et note que 24% de la population concernée était en cours d'études.

HAAS et coll.(1987), dans une étude réalisée aux Etats Unis et portant sur 80 traumatisés crâniens sévères, mettent en évidence une faible réussite scolaire préexistante chez 50% des sujets. Ils décrivent le "blessé type" comme "un homme célibataire ou divorcé de 20 à 35 ans, avec un niveau scolaire plutôt bas et souvent des antécédents d'infractions routières avec retrait de permis".

Pour cette équipe, l'échec scolaire peut être le reflet de faibles performances intellectuelles, mais peut également être à l'origine d'un traumatisme social avec sentiment de rejet, d'infériorité, d'isolement. L'enfant pourrait alors développer des troubles de la personnalité compatibles avec une augmentation de la fréquence des traumatismes crâniens à l'âge adulte.

5) La catégorie socioprofessionnelle.

La catégorie socioprofessionnelle découle en grande partie du niveau socioculturel.

Les deux études que nous avons réalisées montrent une population dont la répartition est assez proche de celle du Limousin quant à la catégorie professionnelle, si on excepte les retraités nettement sous-représentés.

Nos résultats sont ici en désaccord avec les données les plus fréquemment publiées.

RIMEL note que 75% des sujets de son étude avaient un salaire annuel inférieur à 10 000 \$, et retrouve un taux d'inactifs trois fois supérieur à celui de la population.

MACDONALD (1989) a mené une enquête s'intéressant aux caractéristiques psychosociales des alcooliques impliqués dans une collision. Les sujets en état d'ivresse victimes d'accident étaient significativement de niveau socioéconomique plus faible que ceux qui n'avaient pas absorbé d'alcool.

II) DONNEES CONCERNANT L'ACCIDENT

1) Le type d'accident.

Les résultats de nos deux enquêtes sont bien entendu discordantes sur ce point.

D'un côté les accidents de la voie publique fournissent la plus grande partie des traumatisés crâniens sévères (78%); de l'autre, la population était plus harmonieusement répartie entre les différents types d'accident, avec cependant encore plus d'un tiers d'accidents de la voie publique.

Dans l'étude concernant les traumatisés crâniens, une majorité d'accidents avait eu lieu en voiture (46%), un nombre important en deux-roues (23%), une plus faible quantité concernait des piétons (9%).

Cette proportion de 1 deux-roues pour 2 automobiles est anormalement élevée par rapport à la proportion respective de ces véhicules dans le parc français.

Sur une population de traumatisés crâniens, AUGUSTIN et coll. retrouvent :

- 43% de conducteurs ou passagers d'automobiles
- 27% de piétons
- 17% de conducteurs ou passagers de deux-roues
- 13% de blessés hors voie publique

Ces chiffres sont relativement proches des nôtres, mais en diffèrent principalement par le plus grand nombre de piétons concernés.

RIMEL, toujours chez les traumatisés crâniens, retrouve plus de 50% de patients impliqués dans un accident de la circulation qui frappe électivement la tranche d'âge des 15-24 ans. La seconde cause de traumatisme crânien relevée par cette étude est représentée par les chutes qui concernent plus spécialement les moins de 15 ans et les plus de 70 ans.

Dans les accidents d'automobile, cette même étude rapporte que le traumatisé était le conducteur du véhicule dans 71% des cas.

Notre étude donne des chiffres sensiblement différents :

- le traumatisé est le conducteur dans 52.17% des cas
- il est passager dans 47.83%

soit des proportions pratiquement équivalentes.

NICAUD et coll. (1989), dans une enquête sur les causes d'hospitalisation en Aquitaine, retrouvent 41% de blessés suite à des accidents domestiques et de loisirs, contre 28% consécutivement à des accidents de la circulation.

Notre propre enquête aux Urgences retrouve 42% dans le premier cas, soit un chiffre très proche, mais 38% d'accidents de la voie publique.

2) Le rôle de l'alcool.

Chez les traumatisés crâniens de notre première étude, nous avons retrouvé 21 cas d'alcoolémie positive, soit pour près d'un accident sur quatre. On ne retrouvait que 2 femmes pour 19 hommes, et un âge moyen de 33 ans. Le rôle facilitant, voire précipitant de l'alcool dans l'accident est maintenant bien établi.

FONTAN (1986) reprend les chiffres de 27% d'hommes et de 32% de femmes éthyliques chroniques parmi les victimes d'accident de toute sorte.

Selon le même auteur, la fréquence des alcoolémies positives varie avec le type d'accident, mais se retrouverait dans 28% des accidents de la voie publique. De plus, on retrouverait chez les accidentés des taux d'alcoolémie plus élevés chez les célibataires que chez les hommes mariés, chez les chômeurs que chez les cadres.

RIMEL retrouve des chiffres tout à fait comparables dans son étude : 25% des traumatisés crâniens avaient précédemment été traités pour éthylisme.

Selon WEIL (1985) le taux de gGT augmente régulièrement avec le nombre d'accidents antérieurs.

Le risque d'être impliqué dans un accident mortel augmente très rapidement en fonction de l'alcoolémie. Il serait multiplié par :

1.9 entre 0.5 et 0.79 g/l

8.7 entre 0.8 et 1.19 g/l

32.2 entre 1.2 et 1.99 g/l

74.6 pour 2 g et plus

(Source Gendarmerie Nationale)

Dans une enquête portant sur 700 cas d'alcoolémie au volant, observés non nécessairement dans le cadre d'un accident, RICHOU et RIZZO (1989) ne retrouvent que 13 femmes pour 687 hommes, la grande majorité des sujets se situant dans la tranche des 20-40 ans.

Le rôle important de l'alcool dans l'accident, qui confirme notre enquête, n'est donc plus à démontrer. Sont principalement concernés les sujets jeunes de sexe masculin, c'est-à-dire ceux-là même qui constituent le plus gros de la population des accidentés.

3) Les antécédents traumatiques.

Dans notre étude concernant les traumatisés crâniens, nous retrouvons 11% d'accidents traumatiques dans l'année précédant l'accident.

Dans notre seconde enquête, plus de 50% des sujets avaient subi au moins un accident antérieur.

Devant ces chiffres élevés, on pourrait s'interroger sur l'importance d'un traumatisme antérieur dans la genèse d'un nouvel accident.

D'autres études retrouvent un nombre important d'antécédents traumatiques.

RIMEL et coll. signalent que dans leur série 31% des sujets avaient précédemment été hospitalisés pour traumatisme crânien.

Reprenant des résultats d'études antérieures, ils estiment que le risque, pour un sujet victime d'un premier traumatisme crânien, d'avoir un nouvel accident est multiplié par trois, et par huit si le sujet avait déjà subi plusieurs traumatismes.

En faisant appel à la notion de réaction, peut-être peut-on évoquer une compulsion de répétition qui s'imposerait à certains de ceux qui ont été victimes d'un accident, et les conduirait à se placer à nouveau dans la même désagréable situation.

III) LES EVENEMENTS DE VIE

Nous référant à l'axe IV du DSM-III-R, nous avons noté des facteurs de stress psychosociaux "sévères" ou "extrêmes" dans 19 cas chez les traumatisés crâniens, dans 15 cas dans l'étude des Urgences. Dans un cas comme dans l'autre, on retrouve donc des événements vitaux semble-t-il importants, intervenus dans l'année précédant l'accident, chez un peu moins de 20% des sujets.

Nous avons de plus mis en évidence une relation significative entre l'importance des facteurs de stress et le niveau de responsabilité du sujet dans l'accident.

Il n'est d'ailleurs pas rare de voir un blessé justifier son accident en mettant en avant tel ou tel élément de sa biographie, de telle manière que les *life events* jouent alors le double rôle d'éléments favorisants et d'alibi.

R. AMIEL (1986) signale des éléments biographiques fréquemment rencontrés chez l'accidenté type, tels que enfance malheureuse, échecs professionnels, discordes conjugales. Il retient également certains facteurs circonstanciels de nature familiale ou professionnelle susceptibles d'entraîner le désir d'une punition inconsciente, ou d'une faute devant une situation intolérable.

MACDONALD (1989) retrouve également, chez des alcooliques impliqués dans une collision, un nombre accru d'évènements de vie à connotation négative, en référence à un groupe témoin.

Pour mettre en évidence l'importance des évènements vitaux dans l'accident, il aurait été utile d'inclure un groupe témoin dans notre étude, choisi dans une population non victime d'accident. Cependant, il nous paraît néanmoins licite de retenir l'hypothèse d'un certain niveau d'influence des *life events*, considérés comme des facteurs favorisants intégrés dans une chaîne de causalité multifactorielle.

IV) LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Sur la population que nous avons rencontrée aux Urgences, nous avons posé 10 fois un diagnostic de trouble psychiatrique. Nous retrouvons 4 fois un éthyisme chronique, 1 fois une schizophrénie, 5 fois une pathologie anxio-dépressive, évoluant depuis plusieurs semaines à plusieurs années au moment de l'accident.

Nous allons reprendre chaque catégorie l'une après l'autre.

1) L'éthyisme chronique.

Nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer le problème de l'alcool et de l'accident.

Ce sont souvent les alcoolisations aiguës qui sont évoquées lorsqu'on envisage cette question. Cependant il est certain que l'éthylisme chronique qui entraîne à plus ou moins long terme de multiples altérations cognitives, sensori-motrices et comportementales, jouent un rôle non négligeable.

La conjonction d'une alcoolisation et d'un tel terrain contribue bien sûr à accroître encore les risques.

2) La schizophrénie.

Nous ne pouvons pas tirer d'enseignement de la présence d'un unique schizophrène dans une population de 103 blessés.

Rappelons que la prévalence de cette maladie se situe entre 2 et 3 pour mille.

On conçoit bien que de multiples facteurs puissent être ici à l'origine de l'accident, processus délirant, inertie ou passivité motrice, conséquences du traitement mais surtout gestes hétéro ou auto-agressifs.

Paradoxalement, les progrès du traitement et de la prise en charge des schizophrènes, en permettant leur sortie de l'hôpital et leur insertion sociale, augmente le risque d'accident.

EDLUND et coll. (1989), dans une étude réalisée aux Etats Unis, montrent que les schizophrènes présentent un risque plus important d'avoir un accident d'automobile par mile parcouru qu'un groupe témoin. Il faut cependant noter que les schizophrènes s'exposent moins à certains risques; beaucoup ne conduisent pas d'automobile ou n'ont pas d'activité professionnelle. De même, les schizophrènes les plus âgés présenteraient un risque accru d'être victimes d'accidents domestiques.

L'accident chez le schizophrène demeure un cas particulier. On retrouve des sujets présentant incontestablement, du fait de leur maladie, un accroissement du risque, mais ces mêmes patients sont très fréquemment protégés par la famille ou l'institution de manière à contrebalancer ce risque. Les formes dominées par la catatonie et l'apragmatisme sont évidemment les moins exposées.

3) Les troubles de l'humeur.

Nous n'avons pas, dans notre série, retrouvé de sujet correspondant aux critères d'un épisode dépressif majeur ou d'un accès maniaque. Chacun de ces deux troubles peut cependant être volontiers à l'origine d'accidents.

Dans le premier cas, l'accident pourra être l'aboutissement d'une conduite suicidaire soit délibérée, soit inconsciente, ou encore se trouver en relation avec une inhibition psychomotrice intense.

Dans le second cas, l'exaltation euphorique de l'humeur, avec son cortège de troubles du comportement, expose à toute sorte de traumatismes.

Les cinq cas de pathologie dépressive retrouvée dans notre série correspondaient à des états dépressifs névrotiques ou réactionnels.

À chaque fois, le blessé suivait, ou avait suivi peu de temps avant, un traitement à visée anxiolytique ou antidépressive.

Devant de tels tableaux on est en droit de s'interroger sur la signification de l'accident en temps que geste auto-agressif inconscient ou d'équivalent suicidaire.

Le suicide délibéré ou inconscient peut bien entendu se réaliser à travers un accident. Les décès par suicide et par accident de la route ont d'ailleurs été statistiquement corrélés dans la population française (TERRADES G. 1981).

Des expressions populaires telles que "être un casse-cou" ou "rouler à tombeau ouvert" font directement allusion à des conduites autodestructives inconscientes.

VINDREAU et coll. (1987) reprennent le concept d'équivalent suicidaire à travers l'accident. Ils considèrent l'existence d'un continuum allant de l'accident vrai au suicide délibéré et englobant toutes les formes de transition possibles. L'intensité du désir de mort varierait avec la conscience de la dangerosité du geste accompli.

Dans "Psychopathologie de la vie quotidienne", FREUD évoquait en ces termes les suicides inconscients : "Je connais plus d'un soi-disant accident - malheureux - qui, analysés de près, et par les circonstances dans lesquelles il s'est produit, autorise l'hypothèse d'un suicide inconsciemment consenti. (...) Ce cas ne doit pas être extrêmement rare, car les hommes chez lesquels la tendance à se détruire existe avec une intention plus ou moins grande à l'état latent sont beaucoup plus nombreux que ceux chez lesquels cette tendance se réalise."

En fait, il semble que chacun s'accorde à accepter la possibilité d'une volonté auto-agressive inconsciente dans certains accidents, même si cette équivalence est particulièrement difficile à mettre en évidence. D. PUECH (1981) souligne justement qu'il est particulièrement délicat d'individualiser un équivalent suicidaire chez un patient vu en urgence, et que la reconnaissance de la blessure narcissique sous-jacente ne pourra se faire que secondairement.

CHAUVOT et PASCALIS (1981), après avoir fait un parallèle entre les valeurs de l'abus d'alcool et des accidents d'automobile comme équivalent suicidaire, insistent sur la nécessité d'une prise en charge sociale et psychothérapique.

C'est fréquemment chez l'enfant et chez l'adolescent que se pose le problème de comportements autodestructeurs inconscients avec des prises de risque débouchant fréquemment sur un accident. Ces comportements ont été évoqués par de nombreux auteurs.

MAZET (1987) parle du "jeu qui tourne mal" où l'enfant semble s'en remettre au sort en affrontant certaines situations dangereuses ou en transgressant des interdits.

JEAMMET (1987) considère, à propos du suicide des adolescents, que la fréquence de celui-ci est sous-estimé car on ne prend pas en compte certains accidents ayant valeur d'équivalent suicidaire. Selon cet auteur, l'adolescent suicidant serait plus fréquemment sujet à des hospitalisations, à des accidents et à des maladies que le sujet témoin.

Cette sous-estimation est également évoquée par DAVIDSON (1985) qui signale que nombre de morts violentes de l'adolescent sont enregistrées comme de "cause indéterminée quant à l'intention".

SCHARBACH (1981) note la diversité des formes des équivalents suicidaires chez l'enfant, et souligne l'importance parmi elles de la propension aux accidents.

À propos des conduites de risque chez l'enfant et l'adolescent, MORON (1985) parle d'"un flirt avec la mort" ayant une valeur suicidaire mais aussi correspondant à un déficit.

Se référant à de jeunes enfants, FLAVIGNY (1982) souligne l'abondance des chutes pour lesquelles la nature accidentelle reste sujet à caution, et qui surviennent dans un contexte psychologique particulier.

Comme nous pouvons le voir, ce rapport entre l'accident et les équivalents suicidaires a donné naissance à de nombreux travaux.

En conclusion de ce chapitre, il nous paraît intéressant d'évoquer le travail de FARBEROW (1980), repris et commenté par SOUBRIER (1981) qui se propose de définir les critères de deux types de comportement: l'autodestruction directe et l'autodestruction indirecte.

Cette énumération de pathologies psychiatriques ne saurait bien sûr être limitative. En fait, chaque trouble pourrait probablement être associé à un risque accru d'accident, tant par lui-même qu'à travers les effets secondaires de la thérapeutique. RIMEL et coll. retrouvent chez les traumatisés crâniens de leur série 11% de troubles psychiatriques, toutes pathologies confondues. A noter cependant que l'abus d'alcool (20%) ou d'autres drogues (4%) étaient comptabilisés à part.

V) L'INFLUENCE DE LA PERSONNALITE

Dans notre étude réalisée aux Urgences, on utilisait l'axe II du DSM-III-R comme outil de recueil et de classification des données; nous avons diagnostiqué des troubles du développement ou de la personnalité dans un peu moins de 15% des cas.

C'est historiquement à propos de traits de caractère particuliers ou de personnalité pathologique que la prédisposition aux accidents a d'abord été évoquée.

Comme nous l'avons vu précédemment, FARMERS et CHAMBERS définirent la notion d'*accident proneness* comme un trait psychologique durable. Plus souvent, AMIEL (1986) reprend cette notion en décrivant certains traits de personnalité de l'accidentable : incapacité à se représenter le danger, impulsivité, émotivité importante, perception et compréhension basses.

Il relève également la personnalité phobique de certains sujets ainsi que dans d'autres cas des personnalités de type paranoïaque, conduisant à des erreurs de jugement et à des comportements inadaptés.

Outre Atlantique, HENKER (1987) décrit l'accident comme la conséquence d'un déséquilibre entre les risques liés à l'environnement, l'exposition à ces risques et la vulnérabilité aux risques. Cette notion de vulnérabilité aux risques, dépendant de facteurs physiques et psychologiques, est directement liée à l'*accident proneness*. Cet auteur considère qu'il existe une prédisposition psychologique à l'accident, s'exprimant à travers la vulnérabilité et/ou l'exposition aux risques.

Nous nous proposons maintenant de reprendre un à un chaque type de personnalité relevé dans notre étude :

1) Retard mental.

Nous avons retrouvé trois observations dans lesquelles le blessé présentait un certain degré de retard mental, à chaque fois assez modéré.

Ce chiffre ne nous paraît pas significatif; cependant il est certain qu'un faible niveau intellectuel peut nuire à l'acquisition de la maîtrise d'une machine ou d'un véhicule, ou encore à l'intégration de consignes de sécurité.

2) Personnalité schizotypique.

Un blessé entré dans cette catégorie.

Il s'agissait du patient schizophrène que nous avons déjà évoqué.

3) Personnalité antisociale.

Un sujet de notre étude correspondait aux critères diagnostiques de cette personnalité selon le DSM-III-R.

Les traits et comportements décrits dans cet ouvrage intègrent impulsivité, agressivité, instabilité, intolérances aux frustrations, comportements délictueux, passivité, désinsertion sociale, décrivent un tableau proche du classique déséquilibre psychopathique des auteurs européens.

Le psychopathe est justement fréquemment proposé comme le candidat idéal aux accidents. Les traits de personnalité qu'il présente correspondent en partie à ceux évoqués par les tenants de l'*accident proneness*, et la littérature le décrit généralement comme volontiers sujet à des traumatismes divers.

Parmi les critères diagnostiques de la personnalité antisociale, le DSM-III-R reprend : "imprudence pour sa sécurité ou celle d'autrui, indiquée par une conduite en état d'ivresse ou des excès de vitesse répétés".

Ces conduites de risque, pouvant avoir valeur d'équivalent suicidaire, ne sont pas rares. OLIE et CAROLI (1979,1982) soulignent la fréquence des décès accidentels chez le psychopathe.

L'éthylisme, fréquent chez le psychopathe (MUTRUX, 1980), avec son corollaire la conduite en état d'ivresse, est sans doute aussi un grand pourvoyeur d'accidents.

Quant aux tendances suicidaires, décrites par la plupart des auteurs (PASCALIS 1980, DIATKINE 1983, VENISSE 1986), elles peuvent bien entendu se traduire par des comportements de prise de risques soldées par un traumatisme ainsi que par des "suicides" réussis qui auront l'apparence d'un accident.

Les fréquentes implications dans des rixes enfin, bien que n'étant pas précisément de nature accidentelle, sont à l'origine de nombreux traumatismes de psychopathes.

4) Personnalité limite.

Nous avons dans notre étude porté cinq fois ce diagnostic défini par le DSM-III-R comme un "mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même".

En fait, les critères diagnostiques que propose le DSM-III-R nous ramènent, dans une certaine mesure, à la psychopathie avec l'instabilité, l'impulsivité, la fréquence des passages à l'acte.

La correspondance n'est pas ici totale avec l'organisation limite de la personnalité telle que la décrit BERGERET (1974). Cependant, à travers le polymorphisme clinique et la diversité des définitions proposées, nous pouvons considérer qu'il s'agit d'un même concept.

Le tableau clinique est parfois assez proche de celui de la personnalité antisociale, comportant également fréquemment le recours aux boissons alcoolisées et à des conduites suicidaires avec fortes possibilités de passage à l'acte.

Le risque traumatique semble donc proche de celui du psychopathe, d'autant plus que la fréquence de la symptomatologie dépressive facilite les comportements suicidaires conscients ou inconscients.

HARDY et GREA (1986) soulignent chez ces sujets l'abondance des accidents de la circulation, souvent graves, entrant dans le cadre des conduites autodestructrices comme les tentatives de suicides, les toxicomanies, l'alcoolisme.

La fréquence d'actes physiquement dangereux, avec en particuliers des accidents répétés, est aussi signalée par BOURGEOIS (1982).

Dans les critères diagnostiques de la personnalité limite, le DSM-III-R reprend des éléments évoquant également des risques traumatiques :

- impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet, par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, vol à l'étalage, conduite automobile dangereuse, accès boulimiques.

- menaces, comportement ou gestes suicidaires, ou comportement auto-mutilatoire répétés.

5) Personnalité histrionique.

Ce type de personnalité décrit dans le DSM-III-R comme un "mode général de réponse émotionnelle excessive et de quête d'attention", correspond étroitement à la classique personnalité hystérique.

Le rapport entre ce type de personnalité et une éventuelle prédisposition à l'accident n'est généralement pas évoqué dans la littérature.

Si l'hystérique réalise fréquemment les tentatives d'autolyse pouvant aller jusqu'au suicide "réussi", un moyen sanglant et violemment traumatique pouvant être considéré à posteriori comme un accident n'est que rarement utilisé par lui.

Néanmoins MARIE-CARDINE et COLLET (1985) signalent que l'hystérique masculin aurait plus volontiers recours aux actes manqués, aux accidents de travail et de la route, qu'à des tableaux conversifs.

VI) LES TROUBLES SOMATIQUES

Près de 20% des sujets rencontrés lors de l'enquête aux Urgences présentaient des troubles somatiques d'intensité variable, mais susceptibles d'avoir un retentissement notable en terme d'évènement ou de qualité de vie.

La moyenne d'âge des sujets présentant ces troubles était sensiblement supérieure à celle de l'étude.

Bien que la plupart des grands groupes de pathologie se trouvent représentés dans cette série, nous avons principalement noté des maladies cardio-vasculaires et des troubles allergiques. En troisième position viennent les ulcères gastriques.

Nous pouvons remarquer que ces types de troubles entrent dans le cadre des pathologies psychosomatiques.

L'analogie entre maladie psychosomatique et accident a d'ailleurs été évoquée par HELD (1968). Les conflits intériorisés entre pulsions et défenses retrouvent dans le traumatisme un aboutissement dommageable du même type et ayant la même valeur que pour n'importe quel type de trouble psychosomatique.

RIMEL et coll. retrouvent dans leur étude 20% de traumatisés crâniens ayant été traités pour pathologie cardiaque ou hypertension artérielle, ou les deux.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était double.

Il s'agissait de faire le point sur les notions d'accidentabilité et de prédisposition à l'accident, tout en tentant de clarifier une question qui, bien qu'ayant fait couler beaucoup d'encre, reste souvent tributaire d'une démarche plus passionnelle que scientifique, tant elle mobilise notre imaginaire et nos peurs.

A partir d'une population de traumatisés crâniens pris en charge dans une unique Unité de soins, et qui nous fournissait un nombre important de renseignements biographiques, nous nous sommes proposés de rechercher les éléments pouvant avoir eu un rôle dans la genèse de l'accident.

Nous avons étendu cette étude à un groupe plus diversifié de blessés en menant une enquête de deux semaines au Service des Urgences du CHU.

C'est lors de notre passage dans l'Unité de Psychoréhabilitation du Service Hospitalo-universitaire du Professeur LEGER, que s'était posé à nous le problème de l'éventualité de facteurs prédisposants à l'accident. Il nous était alors apparu, à travers les impressions cliniques que nous pouvions avoir, et lors des réflexions d'équipe que nous avons menées, que si en effet l'accident ne survenait pas forcément par hasard, il paraissait illusoire de vouloir attribuer aux accidentés des traits de personnalité déterminés.

La double étude que nous avons menée nous a permis de relever les caractéristiques sociologiques de deux séries de blessés, et de rechercher pour chacun d'éventuelles singularités en terme d'évènements de vie, de personnalité ou de troubles psychiatriques pouvant faire partie des éléments causaux de l'accident.

Des différents travaux effectués sur la question de l'accidentabilité, on peut retenir que :

- l'approche qui prévalait depuis le début du siècle et qui cherchait à définir l'*accident proneness* comme la conséquence de traits de personnalité particuliers, tend à perdre du terrain au profit d'une approche multifactorielle qui veut considérer tant des facteurs psychologiques que des éléments d'ordre événementiels ou environnementaux, et qui prend aussi en compte ce qui est simplement lié au hasard.

- l'apport de la psychopathologie du travail à l'étude des accidents permet de mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques du comportement humain, et montre comment des prises de risques paradoxales sont élaborées pour faire échec à la tension engendrée par l'environnement hostile du milieu de travail.

Cette approche mériterait sans doute d'être étendue à d'autres types de risque et à d'autres accidents que ceux liés au travail. Le comportement de certains automobilistes ou de certains sportifs peut sans doute s'inscrire dans le cadre des "idéologies défensives" dont parle C. DEJOURS.

Les nombreuses études menées depuis plusieurs années sur les événements de vie permettent d'évaluer leur rôle dans les manifestations psychopathologiques. Le recueil des données est d'autant plus fiable et aisé que l'on se réfère à des grilles standardisées.

La notion de réaction et les nombreux travaux théoriques qu'elle a suscités, nous aident à appréhender la manière dont les événements marquants de l'existence sont susceptibles d'agir sur l'individu, et peuvent être comptés parmi les facteurs causaux de l'accident.

La théorie psychanalytique permet de retrouver ce qui, dans l'accident, est en fait non accidentel, et fait appel à des motivations inconscientes, met en jeu la pulsion de vie et la pulsion de mort, prend une valeur éventuelle d'autopunition ou de suicide inconscient.

Les deux enquêtes que nous avons menées nous donnent des résultats tout à fait superposables, tant en ce qui concerne la répartition selon le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle ou la situation familiale, que quant à l'importance des événements de vie. La population des accidentés est donc essentiellement représentée par des adultes jeunes de sexe masculin, le rôle de l'alcool n'étant pas négligeable dans la genèse de l'accident. A ces points près, les sujets pris en compte par nos enquêtes constituent une population très comparable à celle du Limousin que nous avons pris pour référence.

En complément de ces notions bien connues, nous avons pu montrer que:

- les sujets jeunes ou de niveau socioculturel plutôt bas étaient plus volontiers pleinement responsables des accidents dont ils étaient victimes

- les blessés moins exposés aux facteurs de stress psychosociaux seraient moins fréquemment impliqués dans des accidents dont ils seraient totalement responsables

- les personnes présentant des troubles psychiatriques ou une personnalité pathologique seraient elles aussi significativement plus responsables des accidents qu'elles subissent.

Au terme de ce travail, il est important de souligner qu'il semble erroné de chercher à définir un portrait de l'accidenté type tant à travers des données socioculturelles qu'en terme de psychopathologie, de "traits de caractère", ou d'événements de vie et que les considérations de Médecine Légale ou de Criminologie sur la "criminalité d'imprudence" ne nous paraissent pas satisfaisantes.

Cependant, il est vrai que des enquêtes plus ambitieuses, par exemple multicentriques et menées sur une année, seraient plus à même de nous éclairer pleinement sur l'accidentabilité.

Par delà l'intérêt épidémiologique, une meilleure connaissance de la réalité psychosociale du blessé constitue un outil thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge spécifique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

O1 - AMIEL R.

Les risques du métier - L'accident de travail et ses facteurs humains.

Prospective et Santé, n°38, été 1986, p. 45-49.

O2 - AMIEL-LEBIGRE F.

Evènements de vie et risque psychopathologique.

In : Evènement et psychopathologie, J.GUYOTAT et P.FEDIDA, SIMEP Ed. 1985, 275 p.

O3 - AMIEL-LEBIGRE F.

Méthodes d'évaluation des évènements stressants de la vie.

Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), psychiatrie, 37401 E¹⁰, 11-1988, 4 p.

O4 - AUGUSTIN P., DUJARDIN M., FOURNIER C., ROGIER A.

Les traumatismes crâniens avec coma : analyse descriptive et approche pronostique.

In : Les traumatismes crâniens graves et leurs séquelles, Compte-rendu du colloque de Rouen, 3-4 juin 1988, documentation AMEDOC - AREDOC - FFAMCSA - CDDC, 77 p.

O5 - BARBIZET J. et DUIZABO

Abrégé de neuropsychologie, 1980, Masson Ed., 2^{ème} édition, 184 p.

O6 - BENJAMIN T.

Un totem et ses tabous - Circulation routière et accidents.

Prospective et Santé, n°38, 1986, p. 27-34.

07 - BERGERET J.

La personnalité normale et pathologique, Paris, Dunod Ed., 1974, 333 p.

08 - BIECHELER-FRETEL M.-B.

Le mythe de la prédisposition - de la "proneness" au "comportement de base"...

Prospective et Santé, n°38, 1986, p. 13-18.

09 - BOURGEOIS M.

Etats-limites borderline.

In Précis de psychiatrie, C. KOUPERNIK, H. LOO, E. ZARIFIAN, Flammarion Ed., 1982, 478 p.

10 - CAROLI F., OLIE J.-P.

Nouvelles formes de déséquilibre mental.

Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXVII^e Session, Angers, 1979, 275 p.

11 - CARTON S., LACOUR C., JOUVENT R., WIDLÖCHER D.

Le concept de recherche de sensations : traduction et validation de l'échelle de Zuckerman.

Psychiatr. et Psychobiol. (1990) 5, p. 39-48.

12 - CHANOIT P.-F.

Les évènements de vie dans l'approche épidémiologique.

In : Evènement et psychopathologie, J. GUYOTAT et P. FEDIDA, SIMEP Ed., 1985, 275 p.

13 - CHARBONNIER J.

L'accident du travail et le management de la prévention.

Hommes et Techniques Ed., (Suresnes), 1980, 180 p.

14 - CHAUVOT B., PASCALIS G.

À propos des équivalents suicidaires chez les cas dits sociaux.

Psychol. Méd., 1981, 13, 8, p. 1171-1176.

15 - CRU D. et DEJOURS C.

La peur et la connaissance des risques dans les métiers du bâtiment.

In : Psychopathologie du Travail, sous la direction de C. DEJOURS, C. VEIL, A. WIEMER, Entreprise Moderne d'Édition Ed., 1985, 214 p.

16 - DAVIDSON F.

Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. I. Approche épidémiologique.

In : Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, PUF Ed., 1985, p. 177-198.

17 - DEBRAY Q. et CAILLARD J.-M.

Facteur génétique et facteurs d'environnement dans l'étiologie de la dépression.

In : La maladie dépressive, Laboratoire CIBA Ed., 1983, 410 p.

18 - DEJOURS C.

La charge psychique de travail.

In : Equilibre ou fatigue par le travail?, Compte-rendu de la Société Française de Psychologie/Psychologie du travail, Entreprise Moderne d'Édition Ed., 1980, p. 45-54.

19 - DEJOURS C.

Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail.
Le Centurion Ed. (Paris), 1980.

20 - DEJOURS C.

Aspects psychopathologiques du travail.

In : Traité de psychopathologie du travail, C. LEVY-LEBOYER, J.-C. SPERANDIO, PUF Ed. (Paris), 1987, 826 p.

21 - DIATKINE G.

Les transformations de la psychopathie.

PUF Ed. (Paris), 1983, 191 p.

22 - DREYFUSS J.-P.

Introduction à la notion de traumatisme chez Freud.

Confrontations psychiatriques, n°12, 1974, p. 93-110.

23 - DSM-III-R

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, 1987, The American Psychiatric Association, Washington, DC.

24 - DUMOND J.-J.

Pour une prise en charge précoce des troubles de la conscience des traumatisés crâniens sévères. L'unité de psychoréhabilitation.

Mémoire pour le CES de Psychiatrie, Limoges, 1981.

25 - EDLUND M.-J., CONRAD C., MORRIS P.

Accidents among schizophrenic outpatients.

Compr. Psychiatry, 1989, Nov-Dec, 30, 6, p. 522-526.

26 - EY H.

La notion de "réaction" en psychopathologie (Essai critique).

Confrontations psychiatriques, n°12, 1974, p. 43-62.

27 - FARBEROW N.-L.

The many faces of suicide (Self indirect behaviors).

Mc Graw Hill Ed., New York, 1980.

28 - FARMER E., CHAMBERS E.-G..

A study of accident proneness among motor drivers.

Industrial health research board, London, 1926.

29 - FAYOL P.

Reflexions sur la psychopathologie du coma et de l'éveil des traumatisés crâniens sévères.

Mémoire pour le CES de psychiatrie de Limoges, 1987.

30 - FLAVIGNY C.

Les gestes suicidaires de l'enfant.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1982, 30, (10-11), p. 537-562.

31 - FERRERI M. et ALBY J.-M.

Facteurs évènementiels et dépressions.

In : La maladie dépressive, Laboratoire CIBA Ed., 1983, 410 p.

32 - FERNANDEZ ZOILA A.

Ruptures de vie et névroses. La maladie-langage post-traumatique.

Privat Ed., (Paris), 1979, 248 p.

33 - FERNANDEZ ZOILA A.

Les ruptures existentielles. Conséquences proches et lointaines de l'accident.

Prospective et Santé, n°38, 1986, p. 51-55.

34 - FONTAN M.

L'alcool et l'accident. Entre Eros et Thanatos.

Prospective et Santé, n°38, 1986, p. 19-25.

35 - FREUD S.

Les psychonévroses de défense. (1894)

36 - FREUD S.

Métapsychologie. (1915)

37 - FREUD S.

Essais de psychanalyse. Au-delà du principe du plaisir. (1920)

38 - FREUD S.

Psychopathologie de la vie quotidienne.

39 - GODARD P.

Introduction à la psychopathologie du travail.

Revue de Médecine du travail, tome XIV, n°5, 1987, p. 159-170.

40 - GOT C., FAVERSON G., THOMAS C.

Alcool et accidents mortels de la circulation.

Bulletin de la Société Française d'Alcoologie, 1985, 3, p. 6-11.

41 - GUELFY J.-D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R.

Psychiatrie.

PUF (Paris) Ed., 1987, 932 p.

42 - GUYOTAT J.

Propositions pour une clinique psychopathologique des évènements de vie.

In : Evènement et psychopathologie, J. GUYOTAT et P. FEDIDA, SIMEP Ed., 1985, 275 p.

43 - HAAS J.F., COPE D.N., HALL K.

Premorbid prevalence of poor academic performance in severe head injury.

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1987, 50, p. 52-56

44 - HARDY M.-C., GREA I.

L'organisation limite de la personnalité.

Rev. Prat., 1986, 36, 1-2.

45 - HELD R.-R.

De la psychanalyse à la médecine psychosomatique.

Payot Ed.(Paris), 1968.

46 - HENKER F.-O.

Accident proneness and how to prevent it.

Clin. Orthop., 1987, 10(222),p. 30-34.

47 - HOLMES TH., RAHE RH.

The social readjustment rating scale.

J. Psychosom. Res., 1967, 11, p. 213-218.

48 - INSERM - ORSA, Rapport 1986.

les interventions chirurgicales en Aquitaine en 1980.

49 - JEAMMET P.

Conduites suicidaires chez les adolescents.

Rev. Prat. 1987, 37, 13, p. 725-730.

50 - LAVAUD J.

L'enfant rompu. L'accident domestique et sa prévention.

Prospective et Santé, n°38, 1986, p. 35-39.

51 - LEOVICI S.

Névrose actuelle.

In : Manuel alphabétique de psychiatrie, A. POROT, PUF (Paris) Ed.,
6ème édition, 1984.

52 - LEGER J.-M., MALAUZAT D., FAYOL P., GAROUX R., RAINELLI C.,
DUMOND J.-J.

Traumatisme psychique et neurotraumatologie lourde.

Psychol. Méd., 1984, 16, 8, p. 1397-1399.

53 - LEMPERIERE T., RODIERE C.

Schizophrénie et évènement.

In : Evènement et psychopathologie, J. GUYOTAT et P. FEDIDA, SIMEP
Ed., 1985, 275 p.

54 - LIBOUBAN C.

Un aspect nouveau de la charge de travail : "la charge psychique".

In : Psychopathologie du travail, sous la direction de C. DEJOURS, C.
VEIL, A. WISNER, Entreprise Moderne d'Édition Ed., Paris, 1985, 214
p.

55 - MACDONALD S.

A comparison of the psychosocial characteristics of alcoholics
responsible for impaired and nonimpaired collisions.

Accid. Anal. Prev., 1989, oct, 21, (5), p. 493-508.

56 - MANCIAUX M.

L'accident chez l'enfant et l'adolescent.

In : Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, S.
LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, PUF Ed, (Paris), 1985, p. 155-175.

57 - MARIE-CARDINE M., COLLET B.

Clinique de l'hystérie.

Confrontations psychiatrique n°25, 1985, p. 41-44.

58 - MAZET P.

Conduites suicidaires chez l'enfant.

Rev. Prat., 1987, 37, 13, p. 719-724.

59 - MORON P.

Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. II. Etude clinique et thérapeutique.

In : Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, S. LEBOVICI, R. DIATKINE, M. SOULE, PUF Ed. (Paris), p. 199-208.

60 - MUTRUX S.

Réflexions sur les étiopathogénies des psychopathies.

Confrontations psychiatriques, n°18, 1980, p. 27-46.

61 - NICAUD V., TIRET L., GARROS B., ERNY P., HATTON F.

Les traumatismes et intoxications par grands domaines d'activité. Enquête épidémiologique sur les décès et les hospitalisations en Aquitaine.

Rev. Epidémiol. Santé Publique, 1989, 37, (2), p. 127-136.

62 - OIT - OMS, Rapport du comité mixte de la médecine du travail.
9^{ème} session - Genève - 1984.

Les facteurs psychosociaux au travail. Nature, incidences et
prévention.

Sécurité, Hygiène et Médecine du Travail, n°56. Bureau international
du travail, Genève, 1986.

63 - OLIE J.-P., CAROLI F.

Déséquilibre psychique.

In : Précis de psychiatrie, C. KOUPERNIK, H. LOO, E. ZARIFIAN.

Flammarion Ed. (Paris), 1982.

64 - PASCALIS G.

Psychopathie, déséquilibre psychique : historique et nosologie
psychiatrique.

Confrontations psychiatriques, n°18, 1980, p. 15-25.

65 - PELICIER Y.

Réaction et histoire de personnalité.

Confrontations psychiatriques n°12, 1974, p. 7-17.

66 - PELICIER Y.

L'accidentalisme.

Prospective et Santé, n°38, 1986, p. 7-12.

67 - PLOUGEAULT C.

La schizophrénie post-traumatique existe-t-elle?

Thèse Médecine, Limoges, 1989.

68 - PRINGUEY D., TATOSSIAN A.

Evènements biographiques.

In : Manuel alphabétique de psychiatrie, A. POROT, PUF Ed. (Paris),
6ème édition, 1984.

69 - PUECH D.

L'équivalent suicidaire au travers de l'urgence psychiatrique.

Psychol. Méd., 1981, 13, 8, p. 1161-1162.

70 - RAMBEAU J.

L'angoisse : deux destins possibles, la prévention ou la prise de
risque.

In : La prise de risque dans le travail, P. GOGUELIN, X. CUNY,
coordinateurs, OCTARES/Entreprises Ed. (Marseille), 1988.

71 - RICHOU H., RIZZO N.

A propos d'une enquête sur 700 cas d'alcoolémie au volant.
Considérations médico-légales et aspects juridiques.

Ann. Méd. Psychol., 1989, 147, 10, p. 1019-1036.

72 - RIMEL R.W., R.N., N.P., JANE J.A., M.D., P.D.

Characteristics of the head-injured patient.

In : Rehabilitation of the Adult and Child with Traumatic Brain
Injury, M. ROSENTHAL, E.R. GRIFFITH, M.R. BOND, J.D. MILLER., Seconde
édition, F.A. DAVIS COMPAGNY Ed. (Philadelphia, USA).

73 - SCHARBACH H.

Equivalents suicidaires chez l'enfant. A propos de 8 observations.

Psychol. Méd., 1981, 13, 8, p. 1165-1169.

74 - SCHWARTZ D., LAZAR P.

Éléments de statistique médicale et biologique.

Flammarion Ed. (Paris), 4^{ème} édition, 1978, 144 p.

75 - SIMARD M.

La prise de risque dans le travail, un phénomène organisationnel.

In : La prise de risque dans le travail, P. GOGUELIN, X. CUNY coordinateurs, OCTARES/Entreprises Ed. (Marseille), 1988.

76 - SOUBRIER J.-P.

Contribution à la notion d'équivalent suicidaire : le concept d'autodestruction directe ou indirecte selon Farberow et l'école américaine de suicidologie.

Psychol. Méd., 1981, 13, 8, p. 1205-1207.

77 - TABLES SCIENTIFIQUES.

Documenta GEIGY, 7^{ème} édition, 1972, 823 p.

78 - TATOSSIAN A.

La notion d'évènement. De la phénoménologie à la méthode des "life-events".

In : Evènement et psychopathologie, J. GUYOTAT et P. FEDIDA, SIMEP Ed., 1985, 275 p.

79 - TERRADES G.

Les accidents de la route.

Psychol. Méd., 1981, 13, 8, p. 1201-1202.

80 - THERET L., FACY F., PASCALIS J.-G.

Le patient alcoolique suicidaire : profil, facteurs de risque et revue de la littérature de 1955 à 1988.

Ann. Méd. Psychol., 1989, 147, 10, p. 1092-1095.

81 - TILLMAN W.A., HOOPS G.E.

The accident prone automobile driver. A study of the psychiatric and social background.

American Journal of Psychiatry, 1949, 106, 5, p. 321-331.

82 - VEIL C.

Où en est la psychopathologie du travail?

In : Psychopathologie du travail, C. DEJOURS, C. VEIL, A. WISNER.
Entreprise Moderne d'Édition Ed. (Paris), 1985, 214 p.

83 - VENISSE J.-L.

Les personnalités psychopathiques.

Rev. Prat., 1986, 36, 1-2, p. 21-25.

84 - VINDREAU C., SLAMA M.-F., GINESTET D.

Les équivalents suicidaires.

Rev. Prat., 1987, 37, 13, p. 737-744.

85 - WEILL J.

Étude multicentrique du HCEIA, la gammaG.T.

Bulletin de la Société Française d'alcoologie, 1985, 3, p. 12-16.

86 - WIDLÖCHER D.

Le rôle des évènements de vie et la place des psychothérapies dans les états dépressifs.

Rev. Prat., 1985, 37, 25, p. 1639-1646.

87 - ZUCKERMAN M., KOLIN E.A., PRICE L., ZOOB I.

Development of a sensation-seeking scale.

J. Consult. Psychol., 1964, 28, 6, p. 477-482.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
NOTIONS GENERALES	15
* L'accidentabilité	16
* L'accident	16
* Le risque	19
* La responsabilité	19
HISTORIQUE	22
LES NOTIONS D'ACCIDENT ET D'ACCIDENTABILITE PERSPECTIVES ACTUELLES	27
- L'ACCIDENT ET SES CAUSES - APPROCHES THEORIQUES	28
- LE REGARD DE LA MEDECINE DU TRAVAIL SUR L'ACCIDENT - LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL	32
- CONSIDERATIONS SUR LE RISQUE, LES PRISES DE RISQUE, LES COMPORTEMENTS A RISQUE	34
- ALCOOL ET ACCIDENT	38
- EVENEMENTS DE VIE	40
1) Introduction	40
2) Historique	42
3) Intérêt	42
4) Evaluation des évènements de vie	45
5) Le DSM-III-R	47
6) Evènements de vie et dépression	48

METHODOLOGIE	50
- BUT DE L'ETUDE	51
- MATERIEL	52
1) Etude réalisée dans une population de traumatisés crâniens	52
2) Etude réalisée dans le service des Urgences	53
I) CONDITIONS DE L'ETUDE	53
1) Etude portant sur les traumatisés crâniens	54
2) Etude réalisée aux Urgences	54
II) LE RECUEIL DES DONNEES	57
1) Les données biographiques et sociologiques	57
a) Données d'état civil et de situation familiale	57
b) Catégorie socioprofessionnelle	58
c) Niveau culturel	58
d) Diagnostic de troubles psychiatriques et appréciation d'une éventuelle personnalité pathologique	59
2) Circonstances de l'accident	60
3) Recueil des facteurs de stress psychosociaux et des événements de vie	61
4) Notion d'accident antérieur	62
5) Antécédents médicaux	63
6) Traitement des informations de l'entretien	63
7) Exploitation statistique des données	69
8) Difficultés	71
III) SPECIFICITES DE L'ETUDE REALISEE DANS L'UNITE DE PSYCHOREHABILITATION	71
- LIMITES DE CETTE METHODOLOGIE	73

ENQUETE REALISEE DANS L'UNITE DE PSYCHOREHABILITATION LES RESULTATS	75
- DONNEES SOCIOLOGIQUES	76
1) L'âge	76
2) Le sexe	78
3) Le niveau socioculturel	79
4) Les catégories socioprofessionnelles	81
5) La situation familiale	82
6) Le milieu familial d'origine	83
7) L'origine géographique des blessés	84
- L'ACCIDENT	86
1) Le type d'accident	86
2) La responsabilité	88
3) L'influence de l'alcoolisation	88
4) Les antécédents traumatiques	89
5) Les conséquences de l'accident	89
- APPROCHE PLUS SUBJECTIVE	90
1) Le niveau d'insertion dans l'année précédente	90
2) Les évènements de vie	91
3) L'évaluation de l'équilibre familial	91
 ENQUETE REALISEE DANS LE SERVICE DES URGENCES LES RESULTATS	 93
- DONNEES BIOGRAPHIQUES ET SOCIOLOGIQUES	94
1) Le sexe	94
2) L'âge	94
3) La nationalité	96
4) La situation familiale	97
5) Le nombre d'enfants	99
6) La catégorie socioprofessionnelle	100
7) Le niveau socioculturel	101
8) Accord entre niveau socioculturel et activité professionnelle	102

- L'ACCIDENT	104
1) Le type d'accident	104
2) Le niveau de responsabilité	105
3) La sévérité de l'accident	107
4) Le nombre d'accidents antérieurs	108
- LES EVENEMENTS DE VIE - LES FACTEURS DE STRESS PSYCHOSOCIAUX	110
- LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EVOLUTIFS	113
- LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DU DEVELOPPEMENT	116
- L'EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT	119
- LES TROUBLES SOMATIQUES	119
- APPROCHE STATISTIQUE - ANALYSE DES RESULTATS	122
1) RELATION ENTRE LES DONNEES SOCIOLOGIQUES ET BIOGRAPHIQUES, ET LES PARAMETRES DE L'ACCIDENT	122
1) Relation entre le sexe et le type d'accident	122
2) Relation entre le sexe et le niveau de responsabilité	123
3) Relation entre le sexe et la sévérité	124
4) Relation entre le sexe et le nombre d'accidents	124
5) Relation entre l'âge et le type d'accident	125
6) Relation entre l'âge et le niveau de responsabilité	126
7) Relation entre l'âge et la sévérité	128
8) Relation entre l'âge et le nombre d'accidents	129
9) Relation entre le niveau socioculturel et le type d'accident	130
10) Relation entre le niveau socioculturel et la responsabilité	131
11) Relation entre le niveau socioculturel et la sévérité	132

12) Relation entre le niveau socioculturel et le nombre d'accidents	133
13) Relation entre l'accord niveau socioculturel/ catégorie socioprofessionnelle et le niveau de responsabilité	134
14) Relation entre l'accord niveau socioculturel/ catégorie socioprofessionnelle et la sévérité de l'accident	135
15) Relation entre l'accord niveau socioculturel/ catégorie socioprofessionnelle et le nombre d'accidents	136
16) Relation entre le statut matrimonial et le type d'accident	137
17) Relation entre le statut matrimonial et le niveau de responsabilité	138
18) Relation entre le statut matrimonial et la sévérité de l'accident	138
19) Relation entre le statut matrimonial et le nombre d'accidents	139
20) Relation entre le nombre d'enfants et le type d'accident	140
21) Relation entre le nombre d'enfants et le niveau de responsabilité	142
22) Relation entre le nombre d'enfants et la sévérité de l'accident	143
23) Relation entre le nombre d'enfants et le nombre d'accidents	143
II) RELATIONS ENTRE LES PARAMETRES INTERNES A L'ACCIDENT	144
1) Relation entre niveau de responsabilité et sévérité de l'accident	144
2) Relation entre niveau de responsabilité et nombre d'accidents	145
3) Relation entre niveau de responsabilité et type d'accident	146
4) Relation entre sévérité et nombre d'accidents	147

III) RELATIONS ENTRE LES FACTEURS DE STRESS ET L'ACCIDENT	148
1) Relation entre les facteurs de stress et le type d'accident	148
2) Relation entre les facteurs de stress et le niveau de responsabilité	149
3) Relation entre les facteurs de stress et la sévérité de l'accident	151
4) Relation entre les facteurs de stress et le nombre d'accidents	152
IV) RELATIONS ENTRE L'EXISTENCE D'EVENTUELS TROUBLES SOMATIQUES, ET LES PARAMETRES DE L'ACCIDENT	153
1) Relation entre troubles somatiques et responsabilité	153
2) Relation entre troubles somatiques et sévérité	154
3) Relation entre troubles somatiques et nombre d'accidents	154
V) RECHERCHE DE RELATIONS ENTRE UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ET L'ACCIDENT	155
1) Relation entre pathologie psychiatrique et responsabilité	156
2) Relation entre pathologie psychiatrique et sévérité	157
3) Relation pathologie psychiatrique et nombre d'accidents	158
ESSAI DE SYNTHESE DES DEUX ETUDES ELEMENTS DE COMPARAISON	159
1) L'âge	160
2) Le sexe	160
3) Le niveau socioculturel	161
4) La catégorie socioprofessionnelle	161
5) La situation familiale	161
6) Le nombre d'enfants	162
7) Le type d'accident	162
8) Les évènements de vie	163
9) En conclusion	163

DISCUSSION	164
I) DONNEES BIOGRAPHIQUES	165
1) Le sexe	165
2) L'âge	165
3) La situation familiale	166
4) Le niveau socioculturel	167
5) la catégorie socioprofessionnelle	168
II) DONNEES CONCERNANT L'ACCIDENT	168
1) Le type d'accident	168
2) Le rôle de l'alcool	170
3) Les antécédents traumatiques	171
III) LES EVENEMENTS DE VIE	172
IV) LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES	173
1) L'éthylisme chronique	173
2) La schizophrénie	174
3) Les troubles de l'humeur	175
V) L'INFLUENCE DE LA PERSONNALITE	178
1) Le retard mental	179
2) La personnalité schizotypique	179
3) La personnalité antisociale	179
4) La personnalité limite	181
5) La personnalité histrionique	182
VI) LES TROUBLES SOMATIQUES	182
CONCLUSION	184
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	188

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 67

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME:

Ce travail se donnait pour objectif de faire le point sur un certain nombre d'idées concernant l'"accidentabilité" et la prédisposition aux accidents.

Il se proposait, à travers une double étude menée d'une part sur une population de 100 traumatisés crâniens sévères et d'autre part sur 103 accidentés "tout-venant" admis dans un service de médecine d'urgence, de dégager les facteurs ayant pu avoir une influence dans la genèse de l'accident.

Il s'attachait donc à déterminer l'importance des facteurs biographiques et environnementaux ainsi que le type de personnalité et les troubles psychiatriques éventuels de chaque sujet.

L'analyse de ces données et leur confrontation aux paramètres définissant l'accident a permis de mieux cerner la victime potentielle.

La population des accidentés se trouve principalement constituée d'adultes jeunes, de sexe masculin, volontiers célibataires. L'influence de l'alcool sur le risque traumatique est également à prendre en compte.

De plus, un faible niveau socioculturel, des facteurs de stress psychosociaux élevés, l'existence d'une pathologie psychiatrique ou de troubles de la personnalité semblent avoir une influence sur le niveau de responsabilité du sujet dans l'accident.

Néanmoins, il nous semble impropre de vouloir chercher à définir une personnalité à risque par rapport à l'accident. Celui-ci demeure la conséquence d'une multitude de facteurs qui, pour la plupart, sont indépendants de la victime.

Mots clés :

- Accident.
 - Traumatisme crânien.
 - Suicide: personnalité.
 - Equivalent suicidaire.
 - Médecine d'urgence.
-