

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/14435270>

[Syndrome secondary to post-traumatic stress disorder and addictive behaviors]

Article in *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique* · July 1996

Source: PubMed

CITATIONS

5

READS

19

5 authors, including:



[jean-michel darves-bornoz](#)
Paris University Hospital, France

34 PUBLICATIONS 641 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Philippe Gaillard](#)
University of Tours

64 PUBLICATIONS 805 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Ariane 3 [View project](#)



International Society for Trauma and Dissociation [View project](#)

14. Löwenberg K., Boyd D.A. and Salon D.D. : Occurrence of Pick's disease in early adult years. *Arch. of Neurology and Psychiatry*, 1939, 41, 1004-1020.

15. Neary D., Snowden J., Northen B. and Goulding P. : Dementia of frontal lobe type. *J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1988, 51, 353-361.

16. Neuman E. : *Syndromes psychotiques et catatoniques avec hydrocéphalie* 1990. Thèse de médecine. Paris Nord.

17. Neumann M.A. and Cohn R. : Progressive subcortical gliosis, a rare form of presenile dementia. *Brain* 1967, 90, 405-418.

18. Weinberger D.R. : Schizophrenia and the frontal lobe. *Trends in Neurosciences* 1988, 11, 8, 367-370.

DISCUSSION

Pr BRION. – Cette très intéressante observation évoque une pathologie organique et, au premier chef, une maladie de Pick juvénile si on se fonde sur la gloutonnerie, les stéréotypies et l'EEG normal. Seule note discordante : les hallucinations qui, si elles sont certaines, ne cadrent pas bien avec une maladie de Pick. L'IRM montre une nette dilatation frontale, temporale et du V3 contrastant avec des carrefours normaux, ce qui est en faveur d'une maladie de Pick. La biopsie négative n'a pas de valeur absolue, compte tenu du caractère minime du prélèvement et de l'absence d'ultra-microscopie.

La meilleure hypothèse semble donc être celle d'une maladie de Pick, et ce cas rappelle celui que nous avons publié il y a

quelques années et qui avait fait l'objet d'une thèse à la clinique des maladies mentales de l'encéphale.

La seule autre hypothèse serait celle d'une gliose sous-corticale qui expliquerait les hallucinations et qui devrait s'accompagner (comme la maladie de Pick) d'une aphasia nominale, mais ne compte guère de dilatation ventriculaire.

Enfin, l'absence de réactivité de ces tableaux frontaux explique la facilité avec laquelle ces malades se brûlent accidentellement, comme nous l'avons observé à deux reprises.

Dr LÉCUYER. – Même dans des tableaux aussi graves, la poursuite d'un abord rééducatif conjoint est souhaitable. À titre anecdotique, j'évoquerai l'exemple d'un état démentiel post-encéphalique avec énorme dilatation ventriculaire et 8 mois d'état végétatif avec escharres. Très progressivement, en 18 mois d'activité manuelle répétitive, fut obtenue la reprise progressive d'une vie intellectuelle inespérée, avec autonomie totale, malgré une quasi-absence de possibilité de fixation mnésique. Suivie personnellement durant 8 ans, elle récupéra même une énorme capacité d'humour. Le milieu communautaire lui apporta à la fois sécurisation et stimulation chaleureusement affective... ayant « levé » (?) la passivité.

Dr NEHLIL. – Compte tenu de la dilatation ventriculaire, je souhaiterais savoir s'il y a eu un transit isotopique du LCR.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR. – Je remercie les intervenants pour les éclairages cliniques qu'ils ont apportés à notre observation.

Pour répondre à Monsieur Brion, il n'existait pas chez notre patiente en IRM de dilatation des carrefours, mais seulement une dilatation ventriculaire fronto-temporale.

Par ailleurs, il n'a pas été pratiqué de transit isotopique du LCR1.

Syndrome secondaire à un stress traumatique (PTSD) et conduites addictives

J.-M. DARVES-BORNOZ, I. DELMOTTE, P. BENHAMOU, A. DEGIOVANNI, P. GAILLARD

Mots-clés :
Viol, abus sexuel dans l'enfance, état de stress post-traumatique, conduite addictive

RÉSUMÉ : *Quatre-vingt dix patientes psychiatriques hospitalisées ont eu un entretien fondé sur des instruments cliniques structurés. Les patientes ont été souvent exposées dans leur vie à des traumatismes, et notamment aux abus sexuels dans l'enfance (27 %) et au viol (21 %). Le viol est un facteur de risque pour la chronicité et la sévérité des troubles mentaux. Les troubles post-traumatiques comme PTSD, troubles dissociatifs, troubles somatoformes et trouble de type limite sont liés au viol. Le comportement addictif qu'on peut observer dans abus d'alcool, consommation de drogue, tentatives de suicide répétées et troubles du comportement alimentaire, se révèle aussi associé aux patientes violées et particulièrement à celles qui ont développé un PTSD après un viol.*

Key-words :
Rape, child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, addictive behavior

SUMMARY : *Ninety psychiatric female inpatients had an interview using structural clinical instruments. The patients were often exposed during their lifetime to psychic trauma and especially to sexual abuse in child-*

hood (27 %) and rape (21 %). Rape is a risk factor for chronicity and severity of mental disorders. Post-traumatic disorders such as PTSD, dissociative disorders, somatoform disorders and borderline-like disorder are linked to rape. Addictive behavior such as alcohol abuse, drugs use, repeated suicide attempts or eating disorders, is also associated with raped patients and especially with those who developed PTSD after rape.

Le viol et l'abus sexuel dans l'enfance sont fréquents chez les patients psychiatriques (2, 4). Le viol est la première cause de traumatisme psychique en temps de paix (7). Des manifestations cliniques sont observées chez ces victimes d'agressions sexuelles : PTSD, troubles somatoformes, dissociatifs, et trouble affectif et comportemental voisin de celui de la personnalité limite (5). Pour les conduites addictives, il est rapporté que la consommation de toxiques et l'abus d'alcool sont sur-représentés chez les victimes de traumatismes (3). Par ailleurs, les conduites addictives sont répandues chez les patients psychiatriques (1). L'étude qui suit s'efforce d'explorer le lien qui existe entre ces observations.

MÉTHODES

L'étude a été menée dans le service universitaire de psychiatrie de Tours. Il a été demandé à toutes les femmes hospitalisées consécutivement sur une période de quatre mois si elles accepteraient d'avoir un entretien. De cette façon, 60 femmes ont pu être incluses dans l'enquête et avoir un entretien avec deux psychiatres (Darves-Bornoz et Benhamou). De plus, pendant deux mois supplémentaires, une fois par semaine, toutes les femmes présentes dans le service ont été évaluées. Ainsi, 30 autres patientes ont été incluses par un troisième psychiatre (Delmotte). Ces 90 patientes doivent être comparées aux 34 (27 %) qui n'ont pu participer à l'étude, le plus souvent à cause de troubles cognitifs (en particulier des démences) ou à cause d'hospitalisations trop courtes, mais aussi dans trois cas parce qu'elles ont refusé leur consentement, dans un cas à cause d'une activité délirante, et dans un dernier cas à cause d'une mélancolie stupéfiante. Les patientes étaient âgées de 18 à 84 ans (âge moyen à 39,4 ans). Les diagnostics (DSM-IV) ayant conduit à l'hospitalisation concernent dans 40 % des cas des troubles mentaux sévères de type psychotique (troubles schizophréniques, schizophréniformes, schizo-affectifs, schizoïdes et paranoïaques ainsi que troubles psychotiques brefs et bipolaires). Dans 11 % des cas il s'agit de troubles de la personnalité de type limite ou narcissique. Dans les 49 % de cas restant, ce sont d'autres types de troubles : anxieux, de l'humeur, du comportement alimentaire, somatoformes, dissociatifs, factices, de la personnalité ou consécutifs à la prise d'alcool. Les données ont été rassemblées avec des instruments cliniques cotés par le clinicien. Parmi ces instruments, il y avait le *Structured Interview for Post-Traumatic Stress Disorder* de Davidson, l'échelle EGF (axe V du

DSM-IV) et un questionnaire relatif à des données socio-démographiques et cliniques.

PRÉVALENCE DES TRAUMATISMES ET DU PTSD

Cinquante-huit pour cent des 90 patientes psychiatriques interrogées ont présenté dans leur vie un événement stressant majeur. Au premier rang des traumatismes figurent les agressions sexuelles qui ont affecté 43 % des sujets. L'âge moyen lors de l'agression sexuelle était de 14,5 ans (87 % des agressions sexuelles sont survenues avant l'âge de 20 ans et 67 % avant 15 ans). Ces agressions sexuelles ont été répétées dans 56 % des cas. Elles concernaient des abus intra-familiaux dans 41 % des cas. Parmi l'ensemble des patientes, 21 % ont été victimes de viols (et parmi elles 68 % de plusieurs viols) et 27 % ont été victimes d'abus sexuel avec contact corporel dans l'enfance ou l'adolescence. A la suite d'un traumatisme, 52 % des victimes d'un traumatisme, soit 30 % de l'ensemble de l'échantillon, ont développé un PTSD. Le diagnostic de PTSD était toujours présent chez 19 % des victimes (11 % de l'ensemble de l'échantillon). Nous allons maintenant présenter des résultats cliniques pour l'ensemble de l'échantillon et pour les sous-groupes de traumatismes les plus nombreux, l'abus sexuel dans l'enfance et le viol.

INDICATEURS DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

Psychopathologie générale	Ensemble des patientes N = 90	Abusées sexuellement dans l'enfance N = 24	Violées N = 19
Durée cumulée des hospitalisations ^a (en mois)	7,6	12,5 S, p = 0.045	13,7 S, p = 0.005
Score EGF ^{a, b}	50,7	45,5 S, p = 0.038	45,8 S, p = 0.038
Age actuel ^c (en ans)	39,4	33,8 NS	38,6 NS
Psychotiques ^d (y compris bipolaires)	40 %	50 % NS	32 % NS

a. Ajusté (sur l'âge actuel et la présence ou l'absence de psychose) par analyse de variance.

b. Score de sévérité de l'échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (axe V du DSM-IV).

c. Comparaison par le test de Student.

d. Comparaison par le test de χ^2 .

S (NS) : résultat significatif (Non Significatif) comparé à l'ensemble des patientes.

La durée cumulée des hospitalisations des psychotiques est plus longue que celle des autres patients, puisqu'elle est de 13 mois en moyenne ($p = 0.001$). Le score de sévérité EGF des psychotiques est plus bas que pour les autres patients puisqu'il se situe à 44,5 ($p = 0.001$). C'est pourquoi nous avons ajusté par analyse de variance, la durée des hospitalisations et le score EGF non seulement sur l'âge des patientes, mais aussi sur la présence ou l'absence d'une psychose. Cependant, on notera qu'il n'y a pas significativement plus de psychotiques parmi les victimes de violences sexuelles et que l'âge des abusées n'est pas significativement différent de celui des autres patientes. Nous avons recherché des facteurs prédictifs de chronicité. Pour ce faire, nous avons fait une régression logistique sur la variable « durée cumulée des hospitalisations supérieure à 6 mois » avec dans le modèle : âge, psychose, viol et abus sexuel dans l'enfance. La régression logistique garde comme facteur de risque de chronicité le viol (Odds Ratio = 8.4, Intervalle de Confiance à 95 % = [2.2 – 32.3]) et la psychose (OR = 8.3, IC 95 % = [2.5 – 28.1]).

L'abus sexuel dans l'enfance n'est plus significativement lié à la chronicité après régression logistique i.e. toutes choses égales par ailleurs. Nous avons recherché des facteurs prédictifs de sévérité des troubles mentaux. Pour ce faire, nous avons fait une régression logistique sur la variable « score EGF inférieur à 50 » (47 % des patientes, ce qui fait de 50 la médiane) avec dans le modèle : le viol, l'abus sexuel dans l'enfance et la psychose. La régression logistique garde comme facteur de risque de sévérité des troubles mentaux, la psychose (OR = 5.0, IC 95 % [1.9 – 12.9]) et le viol (OR = 4.4, IC 95 % = [1.4 – 14.1]). Ainsi, que ce soit du point de vue de la chronicité comme de la sévérité des troubles mentaux, le viol au même titre que les psychoses est un facteur de risque.

COMORBIDITÉ SECONDAIRE AUX TRAUMATISMES PSYCHIQUES

Comorbidité post-traumatique ^{a, b}	Ensemble des patientes N = 90	Abusées sexuellement dans l'enfance N = 24	Violées N = 19
PTSD	30 %	67 % S, $p < 0.000\ 01$	74 % S, $p < 0.000\ 01$
Troubles dissociatifs	41 %	67 % S, $p = 0.013$	68 % S, $p = 0.006$
Troubles somatoformes	42 %	54 % NS	68 % S, $p = 0.009$

a. Sur la vie.

b. Comparaison par le test de χ^2 .

S (NS) : résultat significatif (Non Significatif) comparé à l'ensemble des patientes.

Une régression logistique sur chacun des trois troubles mentaux : PTSD, troubles dissociatifs et somatoformes avec dans le modèle : âge, viol et abus sexuel dans l'enfance a permis de déterminer les facteurs de risque. Le viol (OR = 6.5, IC 95 % = [1.7 – 25.1]) et l'abus sexuel dans l'enfance (OR = 4.3, IC 95 % = [1.3 – 14.8]) restent l'un et l'autre après régression logistique des facteurs de risque de PTSD. Concernant les troubles dissociatifs, seul le viol reste facteur de risque indépendant (OR = 5.5, IC 95 % = [1.6 – 19.1]). De même, pour les troubles somatoformes, seul le viol est un facteur de risque indépendant (OR = 4.2, IC 95 % = [1.4 – 12.8]).

COMORBIDITÉ AFFECTIVE ET COMPORTEMENTALE DE TYPE LIMITE

Pour évaluer le comportement, nous considérons 7 traits cliniques : 1) mauvaise estime de soi ; 2) sentiments récurrents d'abandon ; 3) sentiment permanent de vide ; 4) trouble d'identité sexuelle ; 5) épisodes d'hétéro-agressivité (se battre, casser des objets) ; 6) épisodes d'auto-agressivité (tentatives de suicide, se couper, se brûler) ; 7) impulsivité dans des comportements risqués (fugue, abus d'alcool, consommation de drogue, promiscuité sexuelle, problèmes avec la justice, troubles du comportement alimentaire). L'échantillon dans son ensemble a une moyenne de 3,4 symptômes sur les 7 que nous venons de mentionner. Les sujets avec plus de 5 symptômes sur les 7 représentent 34 % de l'échantillon, 50 % des abusées dans l'enfance, et 63 % des violées ($p = 0.003$). Par régression logistique sur la variable « au moins 5 symptômes de type limite sur les 7 » avec dans le modèle : âge, viol et abus sexuel dans l'enfance, seul le viol est désigné comme facteur de risque (OR = 7.6, IC 95 % = [2.0 – 28.9]).

LES CONDUITES ADDICTIVES

La notion d'addiction étend la catégorie de toxicomanie à d'autres objets que l'alcool et la drogue, comme la nourriture (dans un trouble du comportement alimentaire) ou les achats pathologiques, et même à ce que Fenichel (6) a appelé « addiction sans drogue », comme chez les gens qui, de manière répétitive, font des tentatives de suicide ou se blessent. Le comportement addictif est un comportement répété, dans lequel prévaut la dépendance, soit à une situation, soit à un objet qui est recherché et consommé avec avidité en dépit de l'utilisation risquée du corps (8).

Une régression logistique portant sur la variable « avoir au moins 1 conduite addictive » a été effectuée avec, dans le modèle : âge, viol et abus sexuel dans l'enfance. Elle montre que pour cette variable seul le viol reste le facteur de risque indépendant

Conduites addictives ^{a, b}	Ensemble des patientes N = 90	Abusées sexuellement dans l'enfance N = 24	Violées N = 19
ALCOOL	32 %	50 % S, p = 0.030	53 % S, p = 0.032
Consommation de drogue	28 %	46 % S, p = 0.021	47 % S, p = 0.032
Tentatives de suicide répétitives	32 %	46 % NS	58 % S, p = 0.007
Troubles du comportement alimentaire	19 %	38 % S, Fisher exact : p = 0.013	37 % S, Fisher exact : p = 0.043
Au moins une des quatre conduites addictives	57 %	75 % S, p = 0.034	79 % S, p = 0.027

a. Sur la vie.

b. Comparaison par le test de χ^2 (ou de Fisher exact si petits effectifs).

S (NS) : résultat significatif (Non Significatif) comparé à l'ensemble des patientes.

(OR = 3.9, IC 95 % = [1.1 – 13.6]), l'abus sexuel dans l'enfance perdant cette qualité. De plus, une régression logistique effectuée sur « addiction » avec les variables : âge, viol et PTSD après un viol montre que c'est le PTSD après un viol qui est facteur de risque indépendant (OR = 5.9, IC 95 % = [1.18 – 29.6]) et non le traumatisme du viol indépendamment du PTSD. De fait, 86 % des patientes affectées d'un PTSD après un viol présentent au moins 1 conduite addictive (contre 57 % dans l'ensemble de l'échantillon, p = 0.017). Ces prévalences sont de 57 % pour l'abus d'alcool, 57 % pour la consommation de drogue, 64 % pour les tentatives de suicide répétées et 43 % pour les troubles du comportement alimentaire.

FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE LA PERSISTANCE D'UN PTSD APRÈS UN VIOL

Comorbidité de troubles mentaux ^{a, b}	Ensemble des patientes N = 90	Patientes avec PTSD succédant à un viol N = 14
Troubles dissociatifs	41 %	79 % S, p = 0.002
Troubles somatoformes	42 %	79 % S, p = 0.003
Conduites addictives ^c	57 %	86 % S, p = 0.022
Trouble de type limite ^d	34 %	64 % S, Fisher exact : p = 0.015

a. Sur la vie.

b. Comparaison par le test de χ^2 (ou de Fisher exact si petits effectifs).

c. Au moins une conduite addictive.

d. Au moins cinq symptômes de type limite sur les sept.

S (NS) : résultat significatif (Non Significatif) comparé à l'ensemble des patientes.

On recherche les troubles mentaux liés à la présence d'un PTSD après un viol. Pour ce faire, on a fait une régression logistique sur la variable PTSD après un viol avec dans le modèle : troubles dissociatifs, somatoformes, conduites addictives et trouble de type limite. Les quatre troubles mentaux restent des facteurs de risque après régression logistique, avec pour les troubles dissociatifs : OR = 37.5, IC 95 % = [2.3 – 613.], pour les conduites addictives : OR = 23.4, IC 95 % = [1.2 – 458.], pour le trouble de type limite : OR = 18.9, IC 95 % = [1.9 – 188.], et pour les troubles somatoformes : OR = 12.6, IC 95 % = [1.7 – 96.2].

DISCUSSION

La prévalence des agressions sexuelles dans cet échantillon est élevée, mais plutôt moins que dans des études américaines comparables (2). Elle est très proche de celle que nous avons trouvée précédemment dans une étude sur les femmes schizo-phrènes et bipolaires (4). Cette étude réplique donc cette première étude sur les psychotiques, la valide *a posteriori* et étend ses résultats à l'ensemble des patients psychiatriques. Toutes les patientes psychiatriques sont donc des sujets à risque pour les agressions sexuelles et celles-ci conduisent fréquemment à des PTSD. La psychopathologie générale de l'échantillon a été évaluée sur la chronicité des troubles et sur la sévérité des symptômes au moment de l'entretien. Nous n'avons pas été surpris de constater, après régression logistique, que les troubles de type psychotique sont des facteurs de risque pour la chronicité et la sévérité des troubles, mais nous avons pu mettre en évidence qu'avoir été victime de viol est aussi facteur de risque pour la chronicité et la sévérité des troubles mentaux associés. On avait déjà montré (4) sur les femmes schizo-phrènes et bipolaires après régression logistique que la chronicité était associée au viol. Cette deuxième étude réplique ainsi ce résultat et le valide. Il est confirmé que si l'abus sexuel dans l'enfance est souvent un événement traumatique, le viol l'est plus encore. Le groupe de patientes qui ont vécu un viol, présente une plus grande psychopathologie post-traumatique que le groupe de celles qui n'en ont pas vécu. En particulier le PTSD, les troubles dissociatifs, somatoformes et les troubles affectifs et du comportement de type limite sont très liés au viol. Les états de type limite, au même titre que les états de type hystérique que nous avons observés, apparaissent comme le pôle extrême d'une dimension post-traumatique transnosographique applicable à tous les patients psychiatriques quel que soit leur diagnostic principal. Nous avons recherché des facteurs cliniques prédictifs de la persistance d'un PTSD après un viol dans cette population. Par régression logistique, nous trouvons que les troubles dissociatifs, somatoformes et les

troubles de type limite sont prédictifs de la persistance d'un PTSD chronique. De plus, nous trouvons que les conduites addictives sont elles aussi prédictives de la persistance d'un PTSD. Les conduites addictives sont très liées à l'antécédent de viol. C'est un fait que nous avons déjà noté dans la première étude sur les femmes schizophrènes (4). Le PTSD complique souvent des troubles mentaux préexistants. Puisque le PTSD se trouve lié aux addictions dans leur ensemble et à chaque sous-type d'addiction, l'étude renforce la pertinence du concept d'addiction et suggère que le PTSD pourrait être un facteur prédisposant aux conduites addictives parmi l'ensemble des facteurs conduisant aux addictions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adès J. : Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale. *Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*. Masson, Paris, 1989.
2. Bryer J.B., Nelson B.A., Miller J.B. : Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry* 1987, 146, 1602-1606.
3. Cottler L.B., Compton W.M., Mager D., Spitznagel E.L., Janca A. : Post-traumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am. J. Psychiatry* 1992, 149 : 5, 664-670.
4. Darves-Bornoz J.M., Lemperière T., Degiovanni A., Gaillard P. : Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1995, 30, 78-84.
5. Darves-Bornoz J.M., Benhamou-Ayache P., Degiovanni A., Lépine J.P. : Trauma and post-traumatic stress disorder in female psychiatric inpatients. In : *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association*, NR 242. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
6. Fenichel O. : *La théorie psychanalytique des névroses*. PUF, Paris, 1945/1953.
7. Foa E., Riggs D.S. : Post-traumatic stress disorder and rape. In : J.M. Oldham, M.B. Riba & A. Tasman (Eds), *Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993.
8. Pedinielli J.L. : Statut clinique et épidémiologique du concept d'addiction. In : J.L. Vénisse (Ed.), *Les nouvelles addictions*. Masson, Paris, 1991.

DISCUSSION

Dr P. HOUILLON. – Il n'est pas indifférent pour l'analyse du comportement addictif de dire psychotraumatique ou post-

traumatique. Pour établir une relation de cause à effet, il importe de définir une relation chronologique entre un trauma donné et l'addiction. La qualité d'un stress et son impact individuel sont en rapport non seulement avec l'intensité de l'émotion, avec les facteurs physiques, mais aussi avec la personnalité antérieure. S'agissant de l'élaboration de l'addiction, une des premières questions à se poser s'applique à une éventuelle modification de la vigilance induite par le traumatisme. C'est ce dernier qui est la cause primitive ou secondaire, préparante ou déclenchante de l'addiction. Une dysrégulation du niveau de vigilance est en effet un des chemins qui mène à l'addiction, ce qui a été décrit dans le syndrome général d'adaptation de Selye. Pour toutes ces raisons, il me semble que l'intitulé de cette communication mériterait d'être revu. En effet, le syndrome psychotraumatique correspond déjà à un état pathologique dans lequel interfèrent ou non des phénomènes d'addiction.

Dr HACHE. – Pourquoi dire « PTSD » qui signifie *Post-Traumatic Stress Disorder*, et non pas névrose traumatique ou névrose post-traumatique qui doivent toutes deux être distinguées ? Cette distinction est de la plus grande importance sur le plan de la réparation du dommage corporel et de l'expertise *ad hoc*.

La névrose post-traumatique survient après une phase de latence d'au moins 6 mois après le traumatisme.

D'autre part, « syndrome psycho-traumatique » peut se confondre avec « syndrome psycho-organique » (de Bleuler).

Dr ABDELFAH. – Avez-vous pris en considération la dernière classification du DSM-IV avec les deux catégories « stress traumatique aigu » et « PTSD chronique », dans votre étude ?

Dr GAUDINEAU. – Juste un mot, en tant que membre aussi de l'Association de défense de la langue française, pour souhaiter qu'en France, autant que possible, on « communique » en français et que, par conséquent, on évite les « Pi, Ti, Es, Di » pour préférer le syndrome de désordre (mental) post-traumatique.

Pr LAXENAIRE. – Le fait que certains cas de viols dans l'enfance soient suivis de PTSD implique que d'autres viols subis dans l'enfance ne laissent pas de traces. Est-ce exact ?

D'autre part, en ce qui concerne les addictions, ne faudrait-il pas pouvoir comparer les cas avec abus sexuel dans l'enfance et ceux qui n'y ont pas été exposés ?

RÉPONSE DU RAPPORTEUR. – Je vous prie de m'excuser d'avoir utilisé un terme anglo-saxon. PTSD, pour désigner une catégorie nosologique. Pour l'expliquer, je dirai que j'ai beaucoup de mal à trouver une traduction qui convienne pour le « *Post Traumatic Stress Disorder* » : celui que j'utilise est en général « Syndrome secondaire à un stress traumatique ». Ce que j'entends par « troubles somatoformes » recouvre les troubles dénommés tels dans la classification américaine des troubles mentaux. Quand j'ai parlé de PTSD, il fallait bien comprendre un trouble qui a duré plusieurs mois. J'ai pu noter qu'environ le quart des victimes de viol ne développe pas de syndrome secondaire à un stress traumatique. Je veux préciser, de plus, que j'ai été amené à noter la liaison conduites addictives-syndrome secondaire à un stress traumatique mais que, bien évidemment, le facteur traumatique n'est, éventuellement, qu'un facteur étiologique parmi d'autres pour les conduites addictives.