

LE PSYCHOTRAUMA EN CHIFFRES

DES ENJEUX MULTIPLES

FRANÇOIS DUCROCQ*

L'épidémiologie appréhende l'état de stress post-traumatique (ESPT) en termes de facteurs déclenchants, de symptômes, de fréquence, de distribution géographique, de répercussions socioéconomique et d'évolution. Descriptive, analytique ou évaluative, l'épidémiologie permet de prendre la mesure de cette question de santé publique et éclaire le chercheur sur ses causes et ses déterminismes (enchaînements de cause à effet).

S'il peut paraître surprenant de quantifier des émotions ou des sentiments, l'évaluation des troubles psychiques est en revanche plus aisée. Elle s'effectue à l'aide de questionnaires élaborés par des équipes de médecins et de chercheurs qui les valident sur de grandes populations. Dans le domaine du psychotrauma et de ses conséquences, la *Clinical administered PTSD scale* (CAPS) est l'un des outils spécifiques de référence, mais le chercheur a également à sa disposition des échelles dites semi-structurées explorant l'ensemble des pans de la vie mentale du sujet, comme le *Minimal international neuropsychiatric interview* (MINI) ou le *Composite international diagnostic interview* (CIDI). La passation de ces questionnaires se fait en général au cours d'entretiens en vis-à-vis ou téléphoniques avec la personne. L'analyse des réponses permet à l'investigateur, professionnel de santé, de "coter" précisément l'état psychique de la personne selon des critères établis par exemple par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV).

Autorisant la comparaison des scores chez un même sujet ou d'une population à une autre, ces questionnaires permettent de cerner avec une rigueur scientifique et statistique le pourcentage de personnes souffrant d'un ESPT complet ou incomplet (ESPT-I : ne présentant pas la totalité des symptômes requis par les classifications comme le DSM-IV) en population générale, dans un pays ou une région, ou au sein de cohortes plus ciblées, par exemple selon l'événement (accident de la circulation, catastrophe...) ou la catégorie professionnelle (pompier...).

Ils permettent également de mesurer l'impact de l'événement en intensité et dans la diversité de ses manifestations (panique, sidération...) et leurs conséquences sur l'état psychique (symptômes d'ESPT complet ou incomplet, chronique,

troubles associés : addictions, dépression, suicide...), ou encore de mesurer les impacts directs ou indirects sur la santé physique, sur la vie professionnelle ou sociale.

Les études épidémiologiques dans le cadre du psychotrauma ont été essentiellement américaines jusque ces dernières années. On peut néanmoins relever deux grandes études de santé mentale européenne (ESEMED, 2003)⁽¹⁾ et française (Enquête SMPG, 2003)⁽²⁾ dans lesquelles l'ESPT est inclus.

Les événements potentiellement traumatisants les plus évoqués lors de l'ESEMED sont la mort inattendue d'un être proche (24,6 %), avoir été témoin de la mort ou de la blessure grave d'une personne (20,6 %), être porteur d'une maladie mortelle, et avoir été impliqué dans un accident de la circulation (11,7 %).

Les principales études européennes se rejoignent autour du pourcentage de personnes en population générale qui ont été un jour ou l'autre confrontées à un événement traumatique (30,2 % selon la SMPG), ainsi que du pourcentage de personnes présentant un ESPT chronique (1,9 % selon l'ESEMED), soit en France presque 20 millions et 122 000 personnes respectivement.

Les femmes ont deux fois plus de risque de développer un ESPT, mais elles sont deux fois moins exposées que les hommes à un événement traumatique, ce qui explique l'équilibre du sexe-ratio. Ces études constatent également que l'ESPT est fréquemment comorbide, c'est-à-dire plus souvent associé que ne le voudrait la loi du hasard à une autre pathologie :

- un épisode dépressif (39,1 % des cas) ;
- une dépression récurrente (17,5 %) ;
- un trouble anxieux généralisé (61,5 %) ;
- un trouble panique (18,6 %) ;
- une phobie sociale (15,9 %) ;
- des troubles liés à l'alcool (13,5 %) ou aux drogues (11,4 %) ;
- et surtout à un risque suicidaire (30,9 %).

Concernant ces comportements suicidaires, l'enquête SMPG révèle que 7,7 % des personnes souffrant d'un ESPT

*Vice-président de Trauma Psy, France

ont fait une tentative de suicide dans le mois écoulé. Cette même étude montre par ailleurs que, comparativement aux personnes ayant un emploi, les chômeurs souffrent deux fois plus d'ESPT (15 % versus 7 %).

Les travaux qui ont étudié le poids de l'ESPT incomplet sont beaucoup plus rares, mais une prévalence instantanée de près de 12 % sur 686 personnes venues consulter pour des soins de routine, "tout venant", a été établie par Stein⁽³⁾. La prise en considération de ce concept d'ESPT-I augmenterait significativement la prévalence des diagnostics positifs⁽⁴⁾. Ces personnes ont une vie souvent très perturbée, tant affective que sociale ou professionnelle.

Si l'on projetait les résultats des différentes études sur les 76 700 accidents corporels de la route en France en 2008, voici ce qui pourrait être obtenu :

- 4 450 tués → ± 35 000 endeuillés → ± 8 000 *traumatisés psychiques* ;
- 96 900 blessés → ± 45 000 *traumatisés psychiques directs chaque année* → 20 000 *ESPT chroniques* ;
- un nombre inconnu de témoins ayant assisté à l'accident ou ayant été présents dès les premiers instants... Si l'on projette sur 50 000 témoins → ± 70 00 *traumatisés psychiques* ;
- . les intervenants (pompiers, personnel SAMU, gendarmes...) → ± 10-15 % *des effectifs*.

Ces études mettent en évidence que ces traumatismes psychiques auront des conséquences importantes aux niveaux :

. *Psychologique et psychiatrique* (± 50 %) avec troubles associés : dépression majeure, abus de substances (alcool, tabac, drogues, médicaments), risque de suicide multiplié par huit, troubles anxieux, phobiques, trouble panique, troubles alimentaires, troubles du sommeil, difficultés de concentration.

. *Somatique* : douleurs diffuses, troubles dermatologiques, digestifs, cardiovasculaires, hormonaux, gynécologiques, diabète, hypertension, migraines...

. *Social, relationnel, familial, professionnel* : fonctionnement quotidien très inférieur à ce qu'il était avant l'événement, sentiments de défiance conduisant à l'isolement, sentiment d'insatisfaction, irritabilité, divorces fréquents, instabilité professionnelle, absentéisme, impossibilité de travailler d'où une perte d'emploi.

. *Économique* : augmentation de 40 à 100 % de la consommation de biens de santé. L'étude australienne de McFarlane⁽⁴⁾ a chiffré en 2003 le coût médical et économique à 3,9 millions d'euros pour 391 victimes d'accident de la route. Les accidentés présentant un ESPT chronique ayant "coûté" à la société le double des personnes indemnes de ce trouble. Il faut ajouter à cela le coût de la prise en charge sociale : chômage, reconversion... La perte de richesse de la famille suite à un divorce. Le coût de l'éclate-

ment familial : allocations diverses (parent isolé, logement, frais de scolarité des enfants...).

En conclusion, l'analyse des données fournies par les études révèle l'ampleur du nombre de personnes souffrant d'ESPT, ainsi que du coût médical et social de sa chronicité, en raison de son intensité, de son caractère très invalidant et de son importante comorbidité, dont notamment le risque suicidaire. Ce trouble, dont le dimensionnement est bien cerné, doit maintenant s'inscrire dans une véritable préoccupation de santé publique, car bien qu'insuffisamment reconnu tant en psychiatrie qu'en médecine générale, il est accessible à des soins structurés et efficaces, tant psychothérapeutiques que pharmacologiques. ■

RÉFÉRENCES

- 1 - EUROPEAN STUDY OF THE EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS SURVEY. Étude réalisée en France, Espagne, Italie, Allemagne, Belgique et Pays Bas entre 2001 et 2003 sur 21 425 personnes de plus de 18 ans.
- 2 - SANTÉ MENTALE EN POPULATION GÉNÉRALE. Étude réalisée en France entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes de plus de 18 ans.
- 3 - STEIN MB ET AL. Posttraumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physician's detection. *Psychol Med* 2001; 31 (3) : 555-560.
- 4 - MYLLE J. L'ESPT incomplet. concept utile ou futile ? *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2008 ; 8 (3) : 177-184.