

ÉPIDÉMIOLOGIE

Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine

Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: *Santé mentale en population générale (SMPG)*

G. Vaiva^{a,b,*}, L. Jehel^c, O. Cottencin^a, F. Ducrocq^a, C. Duchet^d,
C. Omnes^e, P. Genest^f, F. Rouillon^b, J.-L. Roelandt^g

^a Secteur des urgences psychiatriques, pôle des urgences, CHRU de Lille, rue André-Verhaeghe, 59037 Lille, France

^b GIS épidémiologie en santé mentale, CHU de Sainte-Anne, Paris, France

^c Service de suicidologie et psychotraumatisme, CHU de Tenon, Paris, France

^d Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie, université Paris-5, Paris, France

^e Établissement public de santé de Charcot, Plaisir, France

^f Service hospitalo-universitaire de psychiatrie, CHU de Brest, France

^g Centre collaborateur France de l'OMS pour la santé mentale, Armentières, France

Reçu le 16 février 2007 ; accepté le 19 novembre 2007

Disponible sur Internet le 2 avril 2008

MOTS CLÉS

Prévalence ;
Troubles
post-traumatiques ;
PTSD ;
Recours aux soins

Résumé L'enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG), menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes, nous fournit une estimation des prévalences des troubles psychotraumatiques en population générale. Des analyses ont été effectuées sur les variables associées aux troubles post-traumatiques (PTSD) et sur les troubles comorbides. La prévalence instantanée (mois écoulé) d'un PTSD complet était de 0,7% dans l'échantillon global SMPG, avec une quasi-égalité de fréquence entre hommes (45%) et femmes (55%). Une très importante comorbidité psychiatrique était retrouvée chez les sujets présentant un PTSD, en particulier avec les troubles de l'humeur, les autres troubles anxieux et les conduites addictives. Le lien avec le risque suicidaire était clairement établi, avec 15 fois plus de tentative de suicide dans le mois écoulé chez les sujets présentant un PTSD. Cette étude a analysé les conséquences d'un traumatisme psychique au-delà de la forme complète de PTSD

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gvaiva@chru-lille.fr (G. Vaiva).

KEYWORDS

Prevalence;
Trauma-related
disorders;
PTSD;
Primary care

selon les critères DSM-IV. En prenant ainsi une position clinique, 5,3% de l'échantillon rapportaient des troubles psychotraumatiques selon la définition suivante : personnes confrontées à un événement traumatique ; présentant ou ayant présenté des phénomènes de reviviscences de la scène traumatique ; présentant lors de l'interview au moins un élément psychopathologique en rapport avec le trauma (hyperéveil, évitement, troubles du sommeil, etc.), retentissant sur le fonctionnement quotidien de ces personnes.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Summary

Introduction. – Trauma-related disorders are disabling affections of which epidemiological data change according to the country, population and measuring instruments.

The prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) appears to have increased over the past 15 years, but one cannot tell whether it has indeed increased or whether the standardized procedure has improved. Moreover, very few epidemiologic studies among the general population have been conducted in Europe, notably in France.

Design of the study. – The "Santé mentale en population générale" (SMPG) survey, that took place in France between 1999 and 2003 among more than 36 000 individuals, gives an estimation of the prevalence of psychotraumatic disorders in the general population. Multi-varied analyses were performed on PTSD-related variables and comorbid disorders. The instantaneous prevalence (past month) of PTSD was of 0.7% among the whole SMPG sample, with almost the same proportion of men (45%) and women (55%). There was a high rate of comorbidity among PTSD individuals, notably with mood disorders, anxiety disorders and addictive behaviour. There was an obvious relationship with suicidal behaviour, with 15-fold more suicide attempts during the past month among the PTSD population.

Results. – This survey analysed the consequences of a psychic traumatism over and above complete PTSD according to DSM-IV criteria, observing for instance the consequences for people exposed both to a trauma and suffering from at least one psychopathological symptom since the trauma. Those who suffered from a psychotraumatic syndrome, according to our enlarged definition, represented 5.3% of the population, half suffered from daily discomfort and a third of them used medication.

Then, we compared those psychotraumatic syndromes to complete PTSD from a sociodemographic, functional and type of care point of view. There was little difference in prevalence of PTSD between men and women in the SMPG survey (45% vs 55%), which is clearly distinct from the other epidemiologic surveys named above. Regarding age, as in the ESEMeD survey, anxiety disorders appeared to be more frequent among younger people.

The originality of the SMPG survey is obviously in the fact that it studied the functional impact of the psychic disorder, the type of care and the satisfaction level after care. Only 50% of the PTSD population feels sick which is, however, twice as high as for the psychotraumatized population. This doesn't fit either with the fact that 100% of the PTSD population say they feel uncomfortable with other people. The type of care is in the same vein: 50% of psychotherapies and 75% of medication, but also 25% of mild medicines and 25% of traditional medicines. Moreover, among the drugs, antidepressants (that are still the first choice treatment in all international recommendations) represent only 30%, whereas anxiolytics, hypnotics and phytotherapy represent the remaining 70%.

Discussion. – Regarding the type of care, the differences between the psychotraumatized population and the PTSD population are obvious. They are obvious in that which concerns the type of care, since the medication is similar. From a very global point of view, patients suffering from a subsyndromal PTSD rarely choose medical care (religion, mild or traditional medicine), while full PTSD patients definitely choose classical medical care (drugs, psychotherapy, and 30% of hospitalization). The prevalence of those who ask for care is very close to that observed in the ESEMeD survey, which was four individuals out of 10 suffering from PTSD.

Conclusion. – The SMPG data show that its necessary to maintain the distinction between subsyndromal PTSD and full PTSD since the populations differ, but both need care.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Introduction

Les troubles psychotraumatiques constituent une affection invalidante dont les données épidémiologiques varient en fonction des pays mais aussi des populations étudiées et des instruments de mesure utilisés. Prieto et Rouillon ont rapporté que les grandes études épidémiologiques concernant les troubles psychotraumatiques ont surtout été menées aux États-Unis [7]. Ces auteurs soulignaient que, depuis une quinzaine d'années, la prévalence estimée du *posttraumatic stress disorder* (PTSD) paraissait augmenter sans que l'on puisse savoir si cette progression était réelle ou résultait de l'amélioration de la procédure d'évaluation standardisée. Ils déploraient aussi que ces études soient encore peu fréquentes en Europe, notamment en France.

L'enquête «Santé mentale en population générale» (SMPG), menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes, nous fournit une estimation de la prévalence des troubles psychotraumatiques dans la population générale, ainsi qu'un reflet du retentissement fonctionnel et des différents types de soin auxquels les sujets concernés ont eu recours.

Sujets et méthode

La méthode de l'enquête SMPG a été décrite précédemment [3,8]. Les personnes âgées de 18 ans et plus, à l'exception des sujets marginalisés et/ou accueillis en institution, ont été recrutées dans 47 sites de France métropolitaine entre 1999 et 2003. Pour chaque site, environ 900 participants ont été recrutés dans des lieux publics. La méthode des quotas a été utilisée pour sélectionner un échantillon représentatif de la population générale du site. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré lors d'entretiens en face à face par 1700 étudiants infirmiers.

Après regroupement dans un fichier national, une pondération des données a été réalisée afin que l'échantillon soit représentatif de la population générale française métropolitaine de plus de 18 ans (données issues du recensement de la population réalisé par l'Insee en 1999) selon les variables : sexe, âge, niveau de formation, catégorie socioprofessionnelle, et statut professionnel.

L'outil diagnostique utilisé, le Mini [9], propose un diagnostic de PTSD sur le mois écoulé, selon les critères du DSM-IV (Tableau 1). Ces critères étant très restrictifs, nous avons proposé quatre niveaux de troubles psychotraumatiques :

- sujets exposés (sujets ayant été confrontés sur la vie entière à un événement potentiellement traumatique) ;
- sujets confrontés à un trauma (sujets précédents ayant connu depuis l'évènement des phénomènes de reviviscence) ;
- sujets présentant un psychotraumatisme au sens large (sujets confrontés à un trauma et présentant lors de l'interview au moins un élément psychopathologique en rapport avec le trauma (hyperéveil, évitement, troubles du sommeil, etc.), retentissant sur le fonctionnement quotidien ;
- et enfin, PTSD complet selon le DSM-IV.

Tableau 1 Items du Mini évaluant les troubles psychotraumatiques.

Items Mini	% dans l'échantillon SMPG (sex-ratio H/F)
<i>Sur la vie entière</i>	
I1. A été confronté à un événement traumatique	30,2 (33,7/27)
I2. A connu des reviviscences en rapport à cet événement	10,0 (10,1/9,9)
<i>Depuis cet événement</i>	
I3. Connaît des conduites d'évitement	5,3 (5/5,6)
I4. Connaît des difficultés à se souvenir des faits précisément ou d'une partie des faits	1,3 (1,3/1,3)
<i>Actuellement</i>	
I5a. Difficultés à dormir ou à s'endormir	0,6 (0,5/0,6)
I5b. Irritabilité caractérielle	0,4 (0,5/0,4)
I5c. Difficultés de concentration	0,5 (0,4/0,5)
I5d. Réactions d'hyperéveil végétatif	0,7 (0,6/0,7)
I5e. Réactions de sursaut	0,5 (0,4/0,6)
PTSD complets	0,7 (0,7/0,7)

SMPG : enquête santé mentale en population générale.

Dès qu'une personne remplissait les critères du Mini pour un trouble psychotraumatique, une série de questions (fiches complémentaires) était posée, explorant le retentissement fonctionnel du trouble, les éventuelles recherches d'aide ou de soin envisagées par ces sujets et le degré de satisfaction perçue.

Les analyses statistiques ont été menées au CHRU de Lille sur un logiciel SPSS 13,0 dans le cadre du GIS d'épidémiologie en santé mentale. Après les analyses descriptives univariées (fréquences, moyennes et déviations standards), des analyses bivariées ont été menées : χ^2 pour les comparaisons de fréquences et test t pour les comparaisons de moyennes. Enfin, nous avons eu recours à des analyses logistiques multivariées, pour toutes les variables qualitatives en lien à $p < 0,05$ avec la présence d'un trouble psychotraumatique.

Résultats

Nous travaillons à partir d'un échantillon très important ; ainsi, toute différence entre deux groupes se montre statistiquement significative avec un $p < 10^{-4}$. Dans la présentation des résultats, nous ne reprendrons donc pas ce p .

Prévalence

La prévalence instantanée (mois écoulé) d'un PTSD complet était de 0,7% dans l'échantillon global SMPG, avec une quasi-égalité de fréquence entre hommes (45%) et femmes (55%). Les détails des fréquences des items

Tableau 2 Régression logistique multivariée sur tous les autres troubles psychopathologiques retrouvés au Mini en lien avec un PTSD.

	% SMPG	Si PTSD (%)	Risque (×)	p	OR	95 % IC	
Épisode dépressif	11	32,5	3	0,000	0,552	0,546	0,558
Dysthymie	2,4	6,3	3	0,000	1,106	1,105	1,107
Dépression récurrente	5,6	17,2	3	0,000	1,291	1,274	1,308
Manie	1,5	8,8	6	0,000	0,522	0,514	0,529
Dépendance à l'alcool	2	9,8	5	0,000	0,670	0,658	0,683
Abus d'alcool	2,3	3,7	1,5	0,000	0,423	0,417	0,428
Trouble panique	4,2	18,6	4	0,000	0,452	0,446	0,457
Trouble panique avec agoraphobie	0,5	4,1	8	0,000	0,825	0,805	0,846
Agoraphobie	2,1	9,6	5	0,000	0,670	0,658	0,681
Trouble anxieux généralisé	12,8	20,7	2	0,000	0,605	0,599	0,611
Phobie sociale	4,3	15,9	4	0,000	0,444	0,438	0,449
Risque suicidaire	13,7	45,1	3,5	0,000	1,106	1,105	1,107

OR: *odd ratio*; 95% IC: intervalle de confiance à 95%.

explorant les troubles psychotraumatiques dans le Mini apparaissent dans le [Tableau 1](#). En distinguant quatre niveaux de retentissement psychotraumatique, nous trouvons 30% des sujets exposés sur la vie entière à un événement potentiellement traumatique; 10% des sujets confrontés à un événement traumatogène et ayant connu, depuis, des phénomènes de reviviscence et 5% des sujets psychotraumatisés au sens large (sujets confrontés à un trauma et présentant depuis, au moins un élément de retentissement psychopathologique). Ces derniers sujets regroupent les PTSD complets et les PTSD subsyndromiques.

Données sociodémographiques

En comparaison aux sujets indemnes du trouble, les sujets souffrant d'un PTSD étaient plus jeunes ($M = 44$ ans versus 47 ans), plus souvent célibataires (30% versus 24%), rapportaient un niveau d'études moins élevé. Ils menaient moins souvent une activité professionnelle (42% versus 50%), avec, notamment, deux fois plus de chômeurs (15% versus 7%). Sur le plan culturel, nous notons plus de sujets migrants dans le groupe PTSD (11% versus 5%), plus souvent originaires d'Afrique-Noire et du Maghreb. Les sujets PTSD se déclaraient moins souvent « croyants » (54% versus 59%), mais la « pratique » d'une religion n'était pas différente dans les deux groupes (26%).

Comorbidités

Il était retrouvé une très importante comorbidité psychiatrique chez les sujets présentant un PTSD, en particulier avec les troubles de l'humeur, les autres troubles anxieux et les conduites addictives ([Tableau 2](#)). Nous observons un gradient progressif de comorbidité en fonction des quatre types de retentissement psychotraumatique (sujets exposés, sujets exposés à un trauma, sujets psychotraumatisés et PTSD) ([Tableau 3](#)). Ce gradient était très net en ce qui concerne le risque suicidaire.

Recours aux soins et satisfaction après prise en charge

Le retentissement des troubles sur le fonctionnement général montre quelques différences entre sujets psychotraumatisés et PTSD (le sentiment d'être malade était plus fréquemment retrouvé et 100% des sujets PTSD se déclaraient très gênés dans leurs relations aux autres, alors que le repérage par les proches ou la gêne dans les gestes de la vie quotidienne semblaient assez comparables entre les deux groupes ([Tableau 4](#)).

Certains types de recours aux soins étaient communs et également représentés chez les sujets psychotraumatisés et ceux ayant un PTSD (se tourner vers quelqu'un en général,

Tableau 3 Comorbidités psychopathologiques en fonction des différentes gradations de psychotraumatisme.

	Échantillon global (%) N = 36,105	Évènement		Trauma		Psychotrauma		PTSD	
		OR	10%	OR	5,3%	OR	0,7%	OR	
Troubles dépressifs	13,6	16,7 vs 12,2	1,5	24,8 vs 12,1	2	29,9 vs 12,4	2,5	39,1 vs 13,4	3
Troubles anxieux	21,6	25,8 vs 19,8	1,5	38,5 vs 19,9	1,5	47,8 vs 20,2	2,5	61,5 vs 20,6	3
Troubles/avec l'alcool	4,3	6,4 vs 3,4	2	8,6 vs 3,6	2,5	10,2 vs 4%	2,5	13,5 vs 4,2	3
Troubles/avec les drogues	2,5	3,9 vs 1,9	2	4,6 vs 1,9	2	5,5 vs 2,4	2	11,4 vs 2,4	4
Risque suicidaire	13,7	10,9 vs 7	1,5	16,4 vs 7,3	2	21,8 vs 7,5	3	30,9 vs 8%	4
1TS dans le mois écoulé	0,7	1,2 vs 0,5	2,5	2 vs 0,5	4	3,6 vs 0,5	7	7,7 vs 0,5	15

OR: *odd ratio*; vs: versus; TS: tentative de suicide.

Tableau 4 Fiches complémentaires Mini en cas de troubles psychotraumatiques.

	SMPG (%)	Psychotrauma (5,3%)	PTSD (0,7%)
Sentiment d'être malade	8	22	53
Les proches en ont parlé	19	45	55
Gêne au quotidien	20	54	48
Gêne dans les relations sociales	13	32	100
Est allé voir quelqu'un	19	44	55
A pris des médicaments	16	37	75
A suivi une psychothérapie	4	17	52
Médecines douces	10	19	25
Traitements traditionnels	2	12	25
A consulté un religieux	1	30	2
A été hospitalisé	4	9	32

recourir aux médecines douces ou aux traitements traditionnels), alors que d'autres étaient très nettement différents (plus de recours aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques lors de PTSD ; plus de recours à un religieux chez les psychotraumatisés). Enfin, une différence importante apparaissait quant au recours à l'hospitalisation, presque quatre fois plus fréquent en cas de PTSD, concernant, dans ce cas, 32 % des sujets.

Le recours aux traitements médicamenteux était deux fois plus fréquent en cas de PTSD, bien que le type de traitement soit remarquablement comparable entre les deux groupes (Tableau 5). Une différence sensible apparaissait dans le recours à une psychothérapie entre sujets psychotraumatisés au sens large (17 %) et sujets souffrant de PTSD (52 %).

Commentaires

Limites

La méthodologie de cette étude écartait les patients hospitalisés ou résidant dans une institution et nécessitait la disponibilité du patient pour cette évaluation. Les patients présentant des symptômes post-traumatiques

sévères, notamment des conduites d'évitement, ont pu refuser cette évaluation et se trouver moins fréquemment en situation de pouvoir être interrogés. Cette limite a pu constituer un facteur de sous-représentation des personnes souffrant de psychotraumatisme. Il se peut aussi que certains patients en recherche de soutien social aient plus facilement accepté cette enquête pour y trouver une aide. Ce biais était également présent dans l'étude ESEMeD [1,6].

Prévalence

Le taux de prévalence de PTSD sur le mois écoulé (0,7 % sur l'ensemble de l'échantillon) est proche de celui rapporté dans une population européenne pour l'étude ESEMeD [2]. En effet, ses auteurs rapportaient une prévalence de 1,9 % sur la vie entière et de 0,9 % de PTSD pour un trouble actuel. Ils relevaient pour les femmes 1,3 % et pour les hommes 0,4 % de PTSD actuels. Pour l'étude européenne ESEMeD, les données concernant la population française sur un échantillon de 2894 sujets indiquaient une prévalence sur les 12 derniers mois de 2,2 % pour l'ensemble de la population, avec 0,7 % pour les hommes et 3,5 % pour les femmes. La prévalence vie entière sur toute la population était de 3,9 %.

Tableau 5 Types de traitement médicamenteux et satisfaction en cas de troubles psychotraumatiques.

	SMPG (%)	Psychotrauma (5,3%)	PTSD (0,7%)
Prend un traitement	15	37	75
<i>Type de traitement médicamenteux</i>			
Antidépresseurs	5	30	29
Anxiolytiques	5	39	32
Hypnotiques	1,2	19	27
Autres (phytothérapie...)	1,3	12	12
Homéopathie	0,9	—	—
Normothymiques	0,5	—	—
Neuroleptiques	0,6	—	—
<i>Satisfaction après traitement</i>			
Guérison	9	6	14
Amélioration	79	72	43
Pas de changement	10	16	27
Aggravation	2	6	16

Ces prévalences sont inférieures à celles observées aux États-Unis. La principale étude nord-américaine analysant la prévalence du PTSD est celle que rapportent Kessler et al. [4,5] dans la National Comorbidity Survey (NCS). Sur une population représentative des États-Unis de 9282 sujets, l'auteur retrouvait une prévalence de PTSD de 3,5% au cours des douze derniers mois (très comparable à ESEMeD) et de 6,8% au cours de la vie avec une prévalence plus élevée chez les femmes que parmi les hommes. Ces taux plus élevés peuvent, notamment, s'expliquer en partie par le fait qu'il s'agit ici d'une prévalence sur l'ensemble de la vie. Néanmoins, le débat va plus loin en se concentrant sur la définition du critère A1, qualifiant l'évènement traumatique. Pour les Européens, le sujet doit avoir été confronté directement à la scène pour parler de trauma. En Outre-Atlantique, la définition est plus extensive: le sujet doit avoir « éprouvé » un moment où... De ce fait, en reprenant le détail des évènements traumatiques les plus fréquents aux États-Unis, on retrouve dans 50% des cas « l'annonce du décès brutal d'un proche »; circonstance qui ne cadre pas avec la nécessité d'une confrontation directe à la scène potentiellement traumatique. Ce simple élément pourrait suffire à expliquer la prévalence double aux États-Unis. D'ailleurs, plusieurs voix s'élèvent aux États-Unis pour critiquer cette définition extensive du psychotraumatisme; Spitzer, notamment, reprend cet argument et propose à la *task force* du futur DSM-V de substituer « *experienced...* » par « *confronted with...* », ce qui rapprocherait les définitions de part et d'autre de l'Atlantique [10].

Comorbidité

Dans l'étude rapportée par Kessler et al. [5], la comorbidité atteignait 88,3% des hommes et 79% des femmes, la dépression étant le trouble le plus comorbide. Dans l'étude ESEMeD, seulement 25,7% des patients qui présentaient un trouble anxieux avaient au moins un diagnostic comorbide, alors que, dans l'étude SMPG, 33% rapportaient une comorbidité avec un épisode dépressif, sachant que la dépression est le trouble le plus fréquemment associé. Pour la population décrite en 2005 par Kessler et al., il apparaissait que 75% des personnes présentant un PTSD avaient au moins un trouble comorbide. Dans cette population, les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression et la dysthymie étaient les plus fortement corrélés au PTSD. Dans l'étude SMPG, le trouble dépressif est également plus fréquent en présence du diagnostic de PTSD, avec un *odd ratio* (OR) de 3. Cet OR s'élève de 2, 4 et 5 pour, respectivement, le trouble anxieux généralisé, la phobie sociale et l'agoraphobie.

Sex-ratio et âge

La différence de prévalence rapportée pour le PTSD entre les hommes et les femmes est faible pour l'étude SMPG (45% versus 55%), ce qui la distingue donc très nettement des autres études épidémiologiques citées (ESEMeD et NCS-R). Cette différence de résultats est peut-être à rapprocher du mode de recrutement des sujets. En effet, le recrutement de la population pour l'étude SMPG est effectué dans la rue,

invitant à un entretien les personnes sollicitées, alors que par exemple pour ESEMeD, le recrutement est fait par téléphone sur un échantillon représentatif choisi. Les femmes présentant des symptômes de stress post-traumatique ont pu refuser ces entretiens inopinés sur la voie publique qui pouvaient réactiver précisément le souvenir d'une agression. Cette réaction est d'autant plus probable pour des personnes souffrant d'un état d'hypervigilance ou de symptôme d'évitement post-traumatique. Le contact par téléphone utilisé dans la procédure de l'étude ESEMeD a pu contourner ce biais.

Pour l'âge, comme dans l'étude ESEMeD, les troubles anxieux apparaissaient plus fréquents parmi les sujets plus jeunes. Cette différence n'était pas retrouvée pour le PTSD dans l'étude NCS [5], considérant que l'augmentation de l'âge constitue une augmentation du risque d'exposition.

Retentissement fonctionnel et recours aux soins

La prise en considération du retentissement fonctionnel des troubles psychiques, du type de recours et du degré de satisfaction après prise en charge, constituent sans nul doute l'originalité de l'enquête SMPG.

Bien que deux fois supérieur au chiffre concernant les sujets psychotraumatisés, le sentiment d'être malade n'est que de 50% chez les sujets souffrant d'un PTSD. Ce chiffre est également peu congruent avec les 100% de sujets PTSD gênés dans leurs relations aux autres. Ce résultat illustre une constatation dans notre pratique clinique, qui nous fait rencontrer des patients très perturbés qui pourtant insistent toujours sur les secteurs de l'existence qu'ils parviennent à sauvegarder; dans ce sens, ces sujets présentent plus le PTSD comme un handicap à gérer qu'un trouble à traiter.

D'ailleurs, les types de recours aux soins vont un peu dans le même sens: 50% de suivis psychothérapeutiques et 75% de traitements médicamenteux, mais également 25% de recours aux médecines douces et 25% de traitements traditionnels. De plus, parmi les traitements médicamenteux, la part des traitements antidépresseurs (pourtant traitement de première intention dans tous les guidelines internationaux) n'est que de 30% et les 70% restants regroupent anxiolytiques, hypnotiques et phytothérapie.

Les différences sont nettes pour le type de recours aux soins, entre les sujets souffrant de troubles psychotraumatiques subsyndromiques et ceux présentant un PTSD complet. D'un point de vue très global, les sujets présentant un PTSD subsyndromique recourent à des tentatives peu médicales (religieuses, médecines douces, tradipraticiens), alors que les PTSD complets se tournent très clairement vers les soins médicaux classiques (traitement médicamenteux, psychothérapie, voire hospitalisation dans 30% des cas). Le taux de recours à un service de santé est très proche de celui retrouvé dans l'étude ESEMeD, qui concernait quatre personnes sur dix présentant un PTSD.

Le recours à des traitements dit traditionnels et à une aide religieuse était faible (2%) dans notre évaluation, recours parfois décrit comme associé à des formes plus sévères de PTSD [11].

Conclusion

L'analyse des données de l'enquête SMPG révèle que 5 % des sujets résidant en France métropolitaine ont été confrontés à un événement traumatique, ont connu des moments de reviviscence de la scène traumatique et présentent, depuis, au moins un élément de retentissement psychopathologique.

Notre méthode d'analyse, comparant en parallèle ces PTSD subsyndromiques et les PTSD complets, apporte plusieurs éléments au débat contradictoire allant vers un regroupement des deux troubles pour certains ou une distinction pour d'autres. À la lecture de ces données, qui considèrent le retentissement fonctionnel, le type de recours aux soins et leur résultat, nous devons convenir de la nécessité de maintenir cette importante distinction des différentes formes de troubles post-traumatiques (dont les PTSD complets et subsyndromiques), car elles correspondent à des catégories de patients spécifiques, nécessitant chacune un accès aux soins.

Références

- [1] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:38–46.
- [2] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:21–7.
- [3] Bellamy V, Roelandt J, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats. DREES* 2004;347:1–12.
- [4] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):617–27.
- [5] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048–60.
- [6] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2005;31(2):182–94.
- [7] Prieto N, Rouillon F. Importance de l'enjeu en termes épidémiologiques. In: *Psychotraumatismes: prise en charge et traitements*. Paris: Masson; 2005. p. 9–14.
- [8] Roelandt JL, Caria A, Mondiere G. La santé mentale en population générale : images et réalités. *Présentation générale de l'enquête. Info Psychiatr* 2000;(76):279–92.
- [9] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22–33 [quiz 34–57].
- [10] Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord* 2007;21(2):233–41.
- [11] Witvliet CV, Phipps KA, Feldman ME, et al. Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *J Trauma Stress* 2004;17(3):269–73.