

PRÉSENTATION DU CADRE GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LA SANTÉ MENTALE

Noureddine KHALED

Résumé

La recherche épidémiologique sur la santé mentale a constitué l'un des axes stratégiques de la SARP depuis 1998. Le partenariat avec TPO Amsterdam (*Transcultural Psychosocial Organisation*) ainsi que l'élaboration par la SARP d'un programme sur les traumatismes psychiques a permis la réalisation de cette recherche.

En effet, les événements de violence extrême que vit le pays depuis plus d'une décennie nous poussent à nous interroger en tant que professionnels quant aux conséquences sur la santé en général et la santé mentale en particulier. Nous prévoyons que les retombées de cette violence soient malheureusement catastrophiques, non seulement sur les individus mais également sur le tissu social.

Les données de cette recherche nous permettent, dès à présent, de réfléchir sur l'évolution des conséquences de la violence sur l'individu et sur la communauté. Elle nous permettent aussi d'évaluer les prévalences des troubles somatiques et psychiques dans la population et d'identifier les groupes de personnes vulnérables. Elles nous permettent enfin d'élaborer des stratégies d'interventions psychologiques et psychosociales plus efficaces.

La recherche a été menée sur des échantillons comparatifs représentatifs de deux populations : la population de Sidi Moussa d'une part, celle de Dély Ibrahim d'autre part. La première zone a été le théâtre de violences extrêmes et répétées ; la deuxième a été relativement épargnée bien que vivant sous un stress quotidien durable et parfois intense à l'instar d'autres régions du pays.

Le design général de la recherche se propose de vérifier un modèle adapté de Kleber & Brom (1992) ayant comme variables indépendantes le contexte (événements traumatiques et caractéristiques démographiques), comme variables dépendantes les réponses individuelles aux traumatismes (troubles psychiques, détresse générale et degré d'handicap) et comme variables intermédiaires la relation de l'individu avec l'environnement social (« coping » et support social).

Mots clés : Recherche épidémiologique, Santé mentale, Violence, PTSD, Interventions psychologiques et psychosociales.

INTRODUCTION

La recherche épidémiologique sur la santé mentale a constitué l'un des axes stratégiques de la SARP depuis 1998. Le partenariat avec TPO Amsterdam (*Transcultural Psychosocial Organisation*) ainsi que l'élaboration par la SARP d'un programme sur les traumatismes psychiques a permis la réalisation de cette recherche.

En effet, les événements de violence extrême que vit le pays depuis plus d'une décennie nous poussent à nous interroger en tant que professionnels quant aux conséquences sur la santé de la population en général et sa santé mentale en particulier. Nous prévoyons que les répercussions de cette violence soient malheureusement très importantes, non seulement sur les individus mais également sur le tissu social.

Les conséquences de la violence sur la santé mentale des individus ont été étudiées à travers le syndrome du *post-traumatic stress disorder* (PTSD). Ce syndrome a été introduit dans la nosographie psychiatrique depuis 1980 (R. Yehuda, 1998). Le PTSD est considéré comme une réponse normale à un stress anormal (Breslaw & Davis, 1987 ; Mc Farlane, 1990 ; Yehuda & Mc Farlane, 1995). Il s'agit essentiellement d'un ensemble de symptômes en relation avec les événements traumatiques vécus par le sujet tels que les cauchemars qui répètent l'événement, les pensées intrusives, l'évitement de tout ce qui rappelle l'événement, l'engourdissement de la sensibilité et l'accroissement de l'irritabilité.

Les études épidémiologiques les plus connues ont été réalisées aux USA depuis 1980. R. Yehuda (1998) cite entre autres l'étude de Resnick et al. (1993) qui ont tenté d'évaluer la prévalence du PTSD sur un échantillon national de 4008 femmes âgées entre 18 et 34 ans, victimes de crimes et de traumatismes divers. Kessler et al. (1997) étudient la relation entre le trauma et le PTSD sur un échantillon de 5877 personnes dont l'âge varie entre 15 et 54 ans. Stein et al. (1997) analysent l'exposition au trauma tout au long de la vie de 1000 adultes habitant à Winnipeg au Canada. Breslau et al. (1998) réalise un sondage sur les événements traumatiques et le PTSD sur un échantillon de 2181 personnes de 18 à 45 ans d'âge habitant à Detroit aux USA.

D'autres études célèbres de par le monde citées par Joop T.V.M. DE JONG (1998) se sont intéressées aux conséquences de la guerre et de la violence sur la santé des individus. Keehn, en 1980, a montré que trente ans après la deuxième guerre mondiale, d'anciens prisonniers américains de la guerre présentent des risques croissants de mortalité par la tuberculose et les accidents divers. Hovens et al. en 1992 montrent sur un échantillon de vétérans de la deuxième guerre mondiale, que 45 ans après, 56% souffrent du syndrome de PTSD et que 4% seulement ne présentent aucun symptôme de PTSD. Mollica (1987) trouve que parmi les patients asiatiques admis en psychiatrie aux USA, 50% souffrent de PTSD souvent associé à un autre diagnostic psychiatrique. Roodenrijs, Scherpenzeel et De Jong (1996) trouvent que 38% des réfugiés somaliens aux Pays Bas souffrent de PTSD et 60% d'entre eux présentent un PTSD partiel. Rundell et al. (1990) passent en revue les études sur les troubles psychiatriques déclarés associés à la guerre ou à un autre événement traumatique. Ils mentionnent, en particulier quatre études sur les vétérans de la guerre qui mettent en évidence des troubles psychiatriques associés au PTSD. Il s'agit de la dépendance à l'alcool (41% à 80% des patients souffrant de PTSD selon l'étude), de la dépression (8% à 72%), de l'abus de drogues (16% à 50%), de troubles de la personnalité (3% à 40%), de phobie sociale (jusqu'à 50%).

1. — Pourquoi une recherche épidémiologique ?

L'importance des études épidémiologiques et d'évaluation dans le domaine de la santé mentale prend sa justification dans l'intérêt croissant des professionnels à réduire les conséquences du psychotrauma sur les victimes ainsi que sur les professionnels qui leur prodiguent les soins.

Par ailleurs, de telles recherches apportent des connaissances supplémentaires sur les facteurs qui favorisent le psychotrauma ainsi que sur ceux qui en modèrent les effets. Elles permettent également d'élaborer et de développer des programmes d'intervention efficaces et adaptés à la réalité du terrain ; et ceci à plusieurs niveaux : au niveau communautaire et de santé publique, au niveau des groupes ainsi qu'au niveau individuel.

Il est clair que si la SARP a opté pour réaliser une étude épidémiologique, ce n'est pas par curiosité de chercheurs seulement mais parce que le type d'aide psychologique que la SARP dispensait auparavant s'était avéré insuffisant voir inopérant dans le domaine du trauma. La consultation gratuite en direction des victimes de terrorisme que la SARP a institué dès 1996 n'a pas eu le succès escompté ; nous réalisons alors que la nature du problème, en

l'occurrence le trauma, fait que les victimes ne viennent pas demander de l'aide. Par ailleurs, nous commençons à appréhender le problème sous sa dimension sociale. Cette recherche était une occasion d'aller vers les gens au lieu d'attendre qu'ils viennent vers nous pour mieux comprendre leurs problèmes et évaluer leurs besoins. Il faut dire qu'en 1996 et 1997 nous n'avions que peu de connaissances et peu d'expérience sur le trauma.

Les données que nous avons jusque là sur les victimes sont évaluées en nombre de morts (100 000 à 150 000 morts) ; c'est catastrophique ! mais les conséquences de la violence sur les vivants et les survivants sont certainement plus catastrophiques. Nous voulions avoir une estimation du désastre plus proche de la réalité. C'est, à notre connaissance, la première tentative, en Algérie, d'évaluation de la santé mentale au niveau d'une population.

Les données de cette recherche nous permettent, dès à présent, d'évaluer les prévalences des troubles somatiques et psychiques dans la population liés au traumatisme mais aussi de réfléchir sur l'évolution des conséquences de la violence sur l'individu et sur la communauté.

Elle nous permettent aussi d'identifier les groupes de personnes vulnérables. Les femmes seraient plus atteintes que les hommes, les jeunes plus que les plus âgés. Quels types de troubles ? Quel est leur degré de gravité ? Ce sont là des idées qu'il s'agit de vérifier et des questions auxquelles il s'agit de répondre.

Elles nous permettent enfin d'élaborer des stratégies d'interventions psychologiques et psychosociales plus efficaces et d'informer les pouvoirs publics sur l'ampleur des problèmes. En matière de trauma, plus vite on intervient, mieux c'est.

LA MÉTHODOLOGIE

L'objectif de la recherche est d'évaluer les effets du contexte social caractérisé par plus d'une décennie de violence et de terrorisme sur la santé de la population.

La recherche a été menée sur des échantillons comparatifs représentatifs de deux populations : la population de Sidi Moussa d'une part, celle de Dély Ibrahim d'autre part. La première zone a été le théâtre de violences extrêmes et répétées ; la deuxième a été relativement épargnée bien que vivant sous un stress quotidien durable et parfois intense à l'instar d'autres régions du pays.

Nous allons tenter de commenter le modèle en définissant brièvement chaque élément qui le compose.

1. Les variables du contexte :

Dès lors que l'objectif est d'évaluer les effets de plusieurs années de terrorisme, de violence et d'insécurité sur la santé en général des populations et sur leur santé mentale en particulier, il apparaît que le contexte dans lequel se pose le problème à étudier est la première dimension à définir et à délimiter pour donner un sens à la recherche.

Les événements traumatiques : tout événement vécu par le sujet et considéré comme traumatisant. On examine les événements vécus durant l'enfance (avant 12 ans) et ceux plus récents (après 12 ans). Exemple : la maltraitance, la privation de soins, la séparation d'avec la famille, la mort d'un être proche, tout événement de violence qu'on subit ou qu'on voit.

Les caractéristiques démographiques : essentiellement l'âge, le sexe, la situation familiale, le niveau scolaire, etc. Cet aspect fera l'objet d'un exposé plus détaillé plus loin.

2. Les réponses au trauma

La détresse générale : Cette variable constitue un indice global de la souffrance du sujet. Elle est évaluée à partir des plaintes du sujet relatives aux difficultés de la vie quotidienne comme les difficultés d'accès au soins, de trouver du travail (chômage), d'accès à l'hygiène, de s'alimenter convenablement, etc.

Troubles psychiques : Sous cette rubrique on tente d'identifier les grands tableaux psychopathologiques liés aux événements traumatiques vécus ; il s'agit des troubles anxieux, des troubles liés au stress post-traumatique (PTSD), des troubles dépressifs, des troubles somato-psychiques, etc.

Handicap (degré de l'-) : Il s'agit d'évaluer ici le degré d'handicap causé par les problèmes de santé. A quel degré ces problèmes sont-ils invalidants ? Empêchent-ils l'individu de s'alimenter, de dormir, de travailler ou d'avoir une vie sociale ?

2. — Les relations avec l'environnement

Le coping : comment le sujet explique-t-il ce qui lui arrive et comment fait-il face au stress des événements traumatiques ? Affronte-t-il ses problèmes ou tente-t-il d'éviter tout ce qui lui rappelle son vécu ?

En plus des ressources sociales dont peut bénéficier un individu ou un groupe de victimes de traumatismes et qui peuvent l'aider à vivre, les ressources personnelles que déploie l'individu traumatisé pour faire face aux difficultés vécues peuvent avoir des effets positifs sur sa santé (Pearlin & Schooler, 1978 ; Wheaton, 1983).

Les styles de coping sont souvent considérés par les chercheurs comme des traits stables de la personnalité (Bramsen, 1995). Plusieurs auteurs distinguent entre les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement du stress (Roth & Cohen, 1986). Les premières sont considérées comme étant plus efficaces que les secondes. Hobfoll et al. (1991) distinguent entre les stratégies efficaces qui consistent à affronter les problèmes et à les découper en petits éléments gérables pour l'individu et les stratégies non efficaces qui consistent à éviter de se confronter aux problèmes, à rejeter la responsabilité sur les autres et à se réfugier dans la consommation de l'alcool ou de la drogue (Bramsen, 1995).

Le support social : il représente toute manifestation d'aide et de solidarité venant du réseau social après les événements traumatiques telle que perçue par le sujet victime : aide matérielle, soutien psychologique ou social. Il comprend les caractéristiques structurales du réseau social telle que la taille du réseau et la fréquence des échanges. Il comprend également les caractéristiques fonctionnelles des échanges de solidarité et de soutien. Ceci inclut les spécificités des différents types de supports ainsi que la perception subjective du support social ou la satisfaction par rapport à ce support.

