

LA FRÉQUENCE ET LA GRAVITÉ DES TROUBLES PSYCHIQUES

Notre tentative de mise en perspective de la notion de trouble psychique serait très incomplète, du point de vue scientifique comme du point de vue clinique, si l'on n'abordait pas la question de la gravité et de la fréquence de ces troubles. Il s'agit entre autres des questions : Qu'est-ce qu'un « cas », et comment peut-on déterminer la fréquence d'un trouble ? Quels sont les degrés de gravité ? Qui a besoin d'un traitement, qui est en traitement, qui ne l'est pas et pourquoi ?

La fréquence

La réponse que l'on reçoit à la question concernant la fréquence des troubles psychiques dépend naturellement de la façon dont on définit ces troubles, dont on les étudie (c'est-à-dire des méthodes suivies) et du lieu (par exemple statistiques hospitalières ou échantillons pris sur la population) où l'on effectue les recherches. Les différences de critères devraient toujours être présentes à l'esprit lorsqu'il s'agit d'indication de fréquences, car elles expliquent la grande variabilité constatée entre les études. Cette variabilité est particulièrement importante dans le domaine des névroses et des troubles de la personnalité.

Dans notre contexte, une étude jusqu'à présent unique que Schepank(1987) a consacrée à Pépidémiologie (c'est-à-dire à la distribution spatiale et temporelle des maladies) des maladies psychogènes est particulièrement intéressante. Il s'agit de l'étude d'un échantillon représentatif tiré au hasard de la population générale « bien portante ». Le but poursuivi était de cerner de façon non seulement rétrospective mais aussi prospective, l'évolution de la symptomatologie psychogène et les variables qui l'influencent. Un autre point intéressant de cette étude est qu'elle a été réalisée par des chercheurs formés au psycho diagnostic psychanalytique et versés en thérapie psychanalytique, qu'on y avait également recours à une série d'instruments standardisés (par exemple des questionnaires). On n'y a pas évité les débats conceptuels, ni reculé devant les exigences méthodologiques ; s'y trouvent également des définitions claires, ce qui diminuait considérablement « la zone grise des éléments spéculatifs et interprétatifs intervenant lors de la décision concernant ce qu'il fallait finalement considérer comme un cas de maladie psychogène ».

Les résultats de cette recherche, portant sur 600 sujets d'une population urbaine (Mannheim) entre 25 et 45 ans, montrent une distribution des fréquences.

Bien qu'elle ait été établie par une autre méthode et dans une autre population, il peut être intéressant de mentionner ici la fréquence relative des domaines problématiques déterminée à la suite d'une enquête auprès des lecteurs de Psychologie Heute (« La psychologie aujourd'hui », septembre 1982) qui ont commencé un traitement psychologique. Il s'agit tout de même d'un échantillon de 1 172 lecteurs.

Définition du cas et degré de gravité

La présence de symptômes et même le diagnostic ne donnent pas d'indications concernant le degré de gravité et le besoin de traitement. L'estimation donnée généralement du degré de gravité d'une maladie en fonction d'un besoin de traitement, échelonnée de façon pragmatique (par exemple : 0= aucun, 1 = traitement de médecine générale ambulatoire, 2 = psychiatrique ambulatoire, 3 = indication de traitement psychiatrique en hospitalisation, 4 = nécessité d'une thérapie intensive en milieu fermé), est trop subjective et manque de spécificité.

L'estimation du degré de gravité du handicap permet de placer le sujet sur une droite allant de « bien portant » à « extrêmement handicapé ». Pour identifier un « cas de maladie psychogène », la définition exige cependant que le score de gravité du handicap atteigne au moins 5 au BSS — Pourquoi ? Ce point de marquage (cut-off point) sert à fixer le degré du handicap au-delà duquel on s'accorde à parler d'un trouble ayant valeur de maladie. On établit ainsi une frontière séparant le « malheur humain commun » d'un trouble ayant valeur de maladie. Dans le BSS ce point est fixé — et c'est important — non pas de façon spéculative-intuitive, mais de

façon empirique- clinique, à savoir par rapport à une clientèle clinique — donc par référence à la pratique, à des patients qui sont en traitement pour leur trouble.

Mais la classification comme « cas » a encore d'autres significations que nous illustrerons ici par une comparaison des « cas » et des « non-cas » dans leur comportement de malade. Schepank a en effet trouvé dans son échantillon que, entre autres, les « cas » (comparativement aux « non-cas ») se distinguent significativement :

- par leurs visites plus fréquentes chez le médecin, par leur consultation de plusieurs médecins,
- parce qu'ils consultent plus fréquemment et « explicitement à cause d'une symptomatologie psychogène »,
- par leur plus grande utilisation de médicaments (surtout de tranquillisants et d'analgésiques) ;
- par leur plus grande fréquence d'absences pour maladie (tant en ce qui concerne d'autres maladies, qu'en ce qui concerne les seules plaintes psychogènes).

En observant ces données et la fréquence élevée des troubles psychiques souvenant dans la population (les « psychonévroses » et les « maladies psychosomatiques » étant les plus fréquentes), on ne peut s'empêcher de demander ce qu'il en est de la nécessité d'un traitement psychothérapeutique.