

Pour une meilleure prise en charge des troubles mentaux

L'ampleur des troubles mentaux fait de la santé mentale une priorité en termes de santé publique. Une revue de la littérature scientifique pointe les insuffisances des pratiques d'information, d'accompagnement et de soins : cas non détectés, personnes recevant des médicaments psychotropes alors qu'elles n'ont pas de troubles mentaux avérés, traitements efficaces mais pas utilisés de façon satisfaisante. Pouvoirs publics et experts français travaillent actuellement sur un programme d'action auquel l'INPES est associé.

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que les troubles mentaux touchaient environ quatre cent cinquante millions de personnes dans le monde. Des traitements efficaces existent mais ils ne sont pas utilisés de façon satisfaisante. L'accès à des soins adéquats est un sujet complexe

qui est source de nombreuses insatisfactions pour les personnes en souffrance psychique et pour les pouvoirs publics. La prise en charge des troubles mentaux est donc un problème essentiel. Les besoins de soins non comblés, la faiblesse d'utilisation des services et l'inadéquation des traitements sont autant d'éléments préoccupants qui méritent d'être considérés.

La plupart des enquêtes épidémiologiques portant sur la prévalence des troubles mentaux¹ et l'utilisation des services de santé pour raison de santé mentale ont été réalisées à l'étranger ; cependant, les quelques données françaises s'avèrent être dans le prolongement des résultats internationaux. Nous nous appuyons ainsi sur ces études étrangères pour mieux cerner la problématique de ce champ bien méconnu en France.

L'ampleur des troubles mentaux en population générale

Au niveau mondial, 25 % des individus présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie (*Figure 1*) (1). La prévalence de l'ensemble des troubles ne diffère pas selon le sexe, par contre il existe des disparités entre les hommes et les femmes pour certains troubles. Les troubles dépressifs et anxieux sont plus fréquents chez les femmes, alors que les troubles liés à l'utilisation de substances et les troubles de personnalité antisociale sont plus nombreux chez les hommes. Selon une étude de l'OMS (2), le nombre de personnes souffrant de troubles

anxieux était évalué dans le monde à 10,2 % sur une période de douze mois. En 2001, l'OMS estimait que les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur sur une période de douze mois étaient de 7,6 % (9,5 % de femmes et 5,8 % d'hommes) (3).

On dispose de peu de données sur la prévalence, en France, des troubles mentaux en population générale. Actuellement, il n'est pas possible d'établir précisément le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux. Une des rares études réalisées en population générale avec un questionnaire évalué révèle que 8,5 % des Français souffriraient d'un trouble anxieux sur une période de douze mois et 5,8 % d'un épisode dépressif majeur (4). Parallèlement à ces études épidémiologiques, quelques enquêtes portant sur les représentations et les perceptions des personnes ont été réalisées. Ainsi, il a pu être constaté que le nombre de personnes déclarant souffrir de troubles dépressifs était en forte augmentation (*Figure 2*). En 1970, le pourcentage de personnes déprimées déclarées était de 1 % pour les hommes et de 2,2 % pour les femmes ; en 1980, ce chiffre était multiplié par quatre et en 1996 il était multiplié par sept (5).

La gravité des conséquences

Selon l'OMS, les troubles mentaux représentent la première cause d'incapacité dans le monde (3), l'indicateur de l'OMS étant les « années de vie vécues avec une incapacité » – AVI. Quatre des cinq principales causes d'incapacité

Troubles mentaux : quelques définitions

Troubles mentaux : maladies qui affectent le fonctionnement psychologique ou le comportement et qui sont répertoriées dans les manuels de psychiatrie DSM IV ou CIM-10.

Troubles dépressifs unipolaires : maladies caractérisées par la présence de symptômes dépressifs (humeur triste, perte d'intérêt, ralentissement, etc.).

Troubles affectifs bipolaires (ou troubles maniaco-dépressifs) : maladies caractérisées par la présence successive de symptômes dépressifs (humeur triste, perte d'intérêt, ralentissement, etc.) et de symptômes maniaques (humeur exaltée, exubérance exagérée, accélération des idées, augmentation excessive des activités, etc.).

Épisode dépressif majeur : un des troubles dépressifs unipolaires, caractérisé par la présence d'au moins quatre ou cinq symptômes dépressifs sur une période d'au moins deux semaines.

Troubles mentaux psychotiques : une des grandes classes de troubles mentaux, caractérisée par la présence de perceptions fausses de la réalité et du monde environnant (délire, hallucinations, etc.).

chez les 15-44 ans sont des troubles mentaux : les troubles dépressifs unipolaires sont la première cause d'incapacité avec 16,4 % du total des AVI ; viennent ensuite les troubles liés à l'alcool (5,5 % des AVI), la schizophrénie (4,9 % des AVI) et les troubles affectifs bipolaires (4,7 % des AVI).

Ainsi, au-delà de la souffrance psychique et des problèmes relationnels occasionnés, les troubles mentaux entraînent d'importantes conséquences économiques et sociales pour l'individu, sa famille et l'ensemble de la société. Dans l'étude Depres, regroupant six pays de l'Europe occidentale (6), le nombre moyen de jours de travail perdus sur six mois a été évalué à 12,7 pour un épisode dépressif majeur, à 10,2 pour une dépression mineure, à 4,1 pour des symptômes dépressifs et à 2 en l'absence de toute dépression.

Les obstacles à une prise en charge satisfaisante

L'insuffisance du recours au soin

De nombreuses études en population générale ont mis en évidence la faiblesse du taux de consultation des professionnels de santé chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique non psychotique (7). Le niveau d'utilisation des services est très bas et ce, quel que soit le pays considéré. Selon la dernière étude française (4), environ la moitié des personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux avait demandé de l'aide à un professionnel de santé au cours de sa vie (59,8 % des personnes souffrant de troubles dépressifs et 51,6 % des personnes souffrant de troubles anxieux contre 29,4 % de l'ensemble des personnes).

Le comportement des personnes dans leur recherche d'une aide médicale est tout d'abord lié à la perception du besoin de soins. Globalement, ce dernier est sous-évalué. Selon les études, de un quart à la moitié des personnes ayant été diagnostiquées avec un trouble mental se reconnaissent comme telles. Les représentations associées à la maladie mentale et au système de soin influencent aussi largement le fait de consulter (8, 9).

Dans l'enquête Depres (6), les personnes souffrant de troubles dépressifs n'ayant pas eu recours aux soins avan-

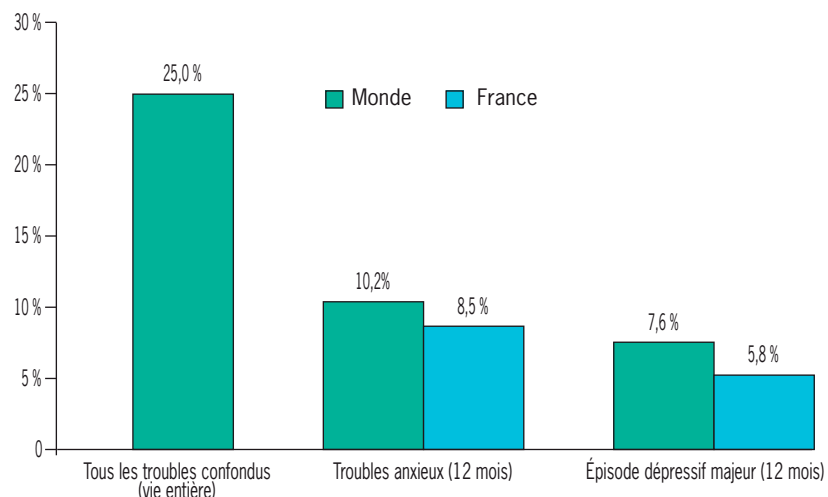
cent différentes raisons pour expliquer leur comportement : sentiment d'être assez fort pour s'en sortir tout seul, impression que la dépression est incurable et/ou que l'on ne peut rien attendre du corps médical, crainte de l'opinion de l'entourage, peur du traitement et/ou de l'hospitalisation... 80 % des personnes qui n'ont pas consulté n'avaient pas envisagé de le faire.

Une autre enquête menée en 2000 en population générale, sur treize sites français et étrangers, a montré que seulement 70 % des personnes considèrent que la dépression peut être guérie complètement, moins de 50 % déclarent ne

pas connaître d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un « malade mental » et une part importante de personnes envisage seulement la maison ou la famille comme alternative à l'hôpital psychiatrique pour soigner une « personne dépressive ». Les structures de secteur (consultations médico-psychologiques, hôpitaux de jour, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, etc.) n'ont été évoquées que par environ 10 % des personnes interrogées (10).

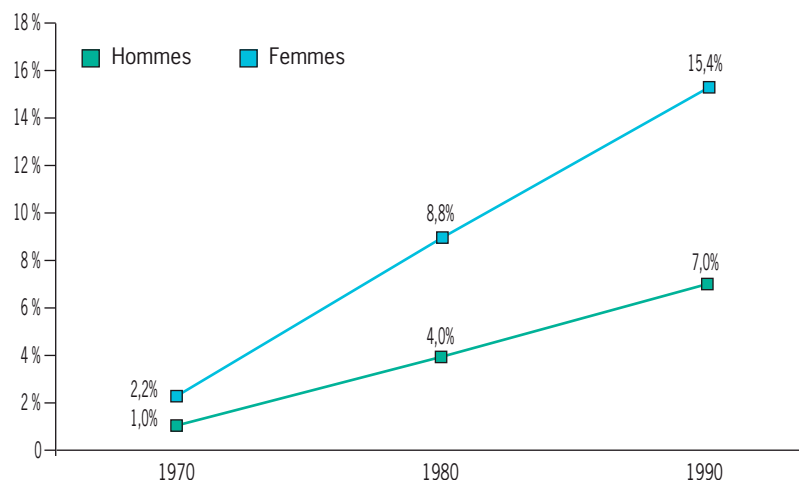
Des facteurs socio-économiques et environnementaux peuvent aussi rentrer en ligne de compte dans l'utilisation

Figure 1. Pourcentage de personnes souffrant de troubles mentaux, de troubles anxieux et de dépression dans le monde et en France



Sources : [1,3,4]

Figure 2. Évolution du pourcentage de personnes déclarant souffrir de dépression en France



Source : [5]

l'OMS (Figure 3), seulement 50 % des patients souffrant de troubles anxieux avaient été repérés par les médecins généralistes comme ayant un « trouble mental avéré » et 16,6 % avaient effectivement été diagnostiqués comme souffrant de troubles anxieux. En second lieu, les traitements offerts aux patients ayant été repérés sont souvent inappropriés. Ainsi, dans cette étude de l'OMS, 29,5 % des personnes souffrant de troubles anxieux avaient reçu un traitement médicamenteux et seulement 2,5 % des cas avaient bénéficié d'un traitement adéquat.

Pour une majorité, les anxiolytiques étaient prescrits sans tenir compte de la sévérité et de la nature des symptômes. Globalement, les types de traitements pharmacologiques n'étaient pas associés aux diagnostics psychiatriques (12). Inversement, le nombre de faux positifs, c'est-à-dire le nombre de personnes recevant des médicaments psychotropes alors qu'elles n'ont pas de trouble mental avéré au sens médical, est aussi très important. Environ 30 % des patients sous antidépresseur ne présenteraient pas de diagnostic de dépression ; 20 % n'auraient aucun trouble mental avéré et 10 % seraient caractérisés par un autre diagnostic (anxiété généralisée, épisode maniaque, psychose, trouble phobique, trouble de la conduite alimentaire) (1). De plus, les deux tiers des patients sous antidépresseur prendraient simultanément un autre psychotrope, majoritairement un anxiolytique. Selon les

recommandations de bonnes pratiques cliniques, cette association antidépresseur-anxiolytique devrait être réservée à des cas bien spécifiques et elle devrait être prescrite pour une durée limitée (5, 13-16).

Toujours selon ces recommandations nationales et internationales, un accompagnement psychologique et éducatif devrait être associé à tout traitement médicamenteux. Les aspects psychologiques et relationnels sont reconnus comme une composante essentielle de la prise en charge des troubles anxiodépresseurs. La psychothérapie est aussi présentée comme un traitement à part entière représentant une véritable alternative aux médicaments dans de nombreux cas de figure. En particulier, les psychothérapies telles que les thérapies cognitivo-comportementales ou les thérapies interpersonnelles se révèlent aussi efficaces, voire plus, que l'approche médicamenteuse dans les cas d'épisode dépressif majeur, léger ou moyen. Elles sont aussi largement recommandées en complément des médicaments dans les épisodes dépressifs majeurs sévères et les troubles bipolaires (5, 13-16).

Améliorer la prise en charge

Pour faire face à l'ampleur et à la croissance des troubles mentaux, en particulier des troubles anxiodépresseurs, et à leur prise en charge, des recommandations et des propositions d'actions ont été formulées par des orga-

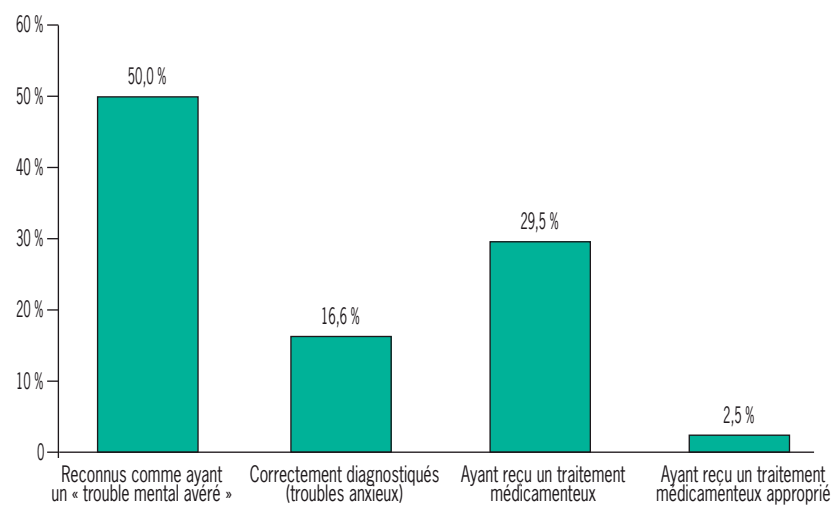
des services : couverture sociale ou accessibilité économique pour le patient, système de soin offert au patient (présence de spécialistes, liste d'attente, etc.) (8, 11).

L'inadéquation de la prise en charge

Outre les problèmes de demande d'aide et de recours aux services de santé, se pose la question de la qualité des traitements proposés aux personnes souffrant de troubles mentaux. Les médecins généralistes sont les professionnels les plus consultés. Selon l'enquête Depres menée, en France, en 1995 (6), 65,9 % de personnes souffrant de troubles dépressifs auraient eu recours au système de santé ; 60 % auraient consulté un médecin généraliste, 10,8 % un psychiatre et 6,9 % un psychologue. La prise en charge proposée aux personnes souffrant de troubles mentaux en médecine générale pose de nombreux problèmes.

En premier lieu, la non-détection des cas est très fréquente. Dans une étude internationale menée sous l'égide de

Figure 3. Pourcentage de patients souffrant de troubles anxieux ayant été pris en charge de façon adéquate par leur médecin généraliste.



Source : [12]

nismes nationaux et internationaux. Celles-ci s'avèrent assez convergentes, en particulier dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

En vue de faciliter le recours aux soins et d'améliorer à terme la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, l'OMS (3), l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (5) et le dernier rapport national français sur la santé mentale (17) recommandent de mener des campagnes d'information. Il s'agit de faire connaître les troubles mentaux, les différentes options thérapeutiques et leurs avantages, les chances de guérison et les droits des malades. La population, les professionnels, les médias et les décideurs devraient ainsi pouvoir agir en parfaite connaissance de cause. L'OMS, en 2001, souligne qu'« *un certain nombre de pays (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Australie, Allemagne, etc.) et d'organisations nationales et internationales ont déjà fait de cette mesure une priorité* ».

Afin que les troubles psychiques soient mieux pris en charge par les services de soins primaires, l'OMS (3), l'Anaes (5) et l'Agence du médicament (13) recommandent que les bases essentielles de la santé mentale soient transmises au personnel de la santé générale (médecins généralistes, infirmières, etc.). En outre, les capacités de diagnostic et les compétences en relation d'aide et en éducation thérapeutique devraient être enseignées au cours des formations initiales et continues.

L'OMS et le dernier rapport national français sur la santé mentale (3, 17) préconisent aussi de soutenir les initiatives locales. Des actions de promotion de la santé mentale devraient être mises en place dans des secteurs de l'éducation, du travail, de la protection sociale et de la justice.

Béatrice Lamboy

Coordnatrice du programme
Santé mentale de l'INPES.

■ Références bibliographiques

- (1) Almeida-Filho N., Mari J de J., Coutinho E., et al. *Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates*. Br. J. Psychiatry 1997; 171: 524-9.
- (2) Lecrubier Y. *Is depression under-recognized and undertreated?* Int. Clin. Psychopharmacol. 1998; 13 (suppl. 15): 3-6.
En ligne : <http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/pdf/whr2001.fr.pdf> [dernière visite le 26/08/2004]
- (3) Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS, 2001 : 182 p.
En ligne : <http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/pdf/whr2001.fr.pdf> [dernière visite le 26/08/2004]
- (4) The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), 2000.
- (5) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*. Service des recommandations et références professionnelles. Paris : Anaes, 2002 : 92 p.
En ligne : <http://www.anaes.fr/ANAES/Publications.nsf/0/a8a7f418e7012a04c1256b9800366044?OpenDocument>
- (6) Lépine J.-P., Gastpar M., Mendlewicz J., Tylee A. *Depression in the community: the first pan-European study Depres (Depression Research in European Society)*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1997; 12: 19-29.
- (7) Alegria M., Bijl R.-V., Lin E., Walters E.-E., Kessler R.-C. *Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands*. Arch. Gen. Psychiatry 2000; 57: 383-91.
- (8) Kovess V., Lesage A., Boissguerin B., Fournier L., Lopez A., Ouellet A. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Comité de la santé mentale du Québec et direction générale de la Santé. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2001 : 209 p.
- (9) Lefebvre J., Lesage A.-D., Cyr M., Toupin J., Fournier L. *Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998; 33(6): 291-8.
- (10) Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A. *La perception de la santé mentale. Les résultats d'une enquête sur neuf sites*. Paris : Drees, Études et résultats n° 16, 2001 : 8 p.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er116.pdf> [dernière visite le 26/08/04]
- (11) Buchmueller T., Couffinal A., Grignon M., Peronin M., Szwarcensztein M. *Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins*. Paris : Credes, Bulletin d'information en économie de la santé. Questions d'économie de la santé, série analyses, 2002 ; n° 47 : 4 p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum47.pdf> [dernière visite le 26/08/04]
- (12) Lecrubier Y. *Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide*. J. Clin. Psychiatry 2001; 62 (suppl 13): 31-6.
- (13) Agence du médicament, Direction des études et de l'information pharmaco-économiques. *Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, 1998 : 29 p.
En ligne : <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/5014.pdf> [dernière visite le 26/08/04]
- (14) American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with major depression*, 2000.
En ligne : http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Depression2e.book.cfm [dernière visite le 26/08/04]
- (15) Association des psychiatres du Canada, réseau canadien des traitements des troubles anxieux et de l'humeur. *Lignes directrices cliniques pour le traitement des troubles dépressifs à l'intention des psychiatres*. Revue canadienne de psychiatrie, 2001 : 92 p.
En ligne : http://www.cpa-apc.org/French_site/publications/Clinical_Guidelines/depression/clinical_Guidelinesdepression.asp [dernière visite le 26/08/04]
- (16) Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2004 : 568 p.
En ligne : [http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/\(Web+Startup+Page\)?Read-Form&partenariat](http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/(Web+Startup+Page)?Read-Form&partenariat) [dernière visite le 26/08/04]
- (17) Cléry-Melin P., Kovess V., Pascal J.-C. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, septembre 2003.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery_melin/rapport.pdf [dernière visite le 26/08/04]

1. Les enquêtes sont réalisées à l'aide de questionnaires évalués - permettant de poser un diagnostic psychiatrique selon les critères des manuels psychiatriques DSM IV ou CIM-10.