

**Xplore
Health**

DÉCOUVREZ LES DERNIÈRES TENDANCES
DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE

➔ **Guide de l'éducateur**
**« Repenser la santé
mentale »**
(Informations de référence)

www.xplorehealth.eu

Table des matières

1. Introduction	3
2. État de la technique	3
2.1. Introduction	3
2.2. Épidémiologie	4
2.3. Charge créée par les troubles de la santé mentale pendant l'enfance	5
2.4. Classification et diagnostic	6
2.5. Évaluation clinique	6
2.6. Facteurs de risque	7
2.7. Traitement	8
2.8. Prévention	9
2.9. Recherche	9
2.10. Coût pour le système de santé	10
3. Aspects éthiques, juridiques et sociaux (ELSA)	12
3.1. Introduction	14
3.2. Classification et diagnostic	14
3.3. Traitement	17
3.4. Éthique du traitement	18
3.5. Questions sociales	20

1. Introduction

Ces directives destinées aux enseignants fournissent des informations sur le module Xplore Health « Repenser la santé mentale ». Elles commencent par introduire le thème pour permettre de préparer la leçon à l'aide de différents outils multimédias disponibles sur le site Internet. Elles donnent également des informations sur l'état de la technique dans ce domaine de recherche et sur les aspects éthiques, juridiques et sociaux liés à cette question.

2. État de la technique

2.1. Introduction

Les troubles de la santé mentale constituent l'une des principales causes d'incapacité dans le monde. La schizophrénie, la dépression, l'épilepsie, la démence, la dépendance alcoolique ainsi que les autres troubles mentaux, neurologiques et liés à une substance représentent 13 % de la charge mondiale de morbidité, dépassant les maladies cardiovasculaires et le cancer. Toutes les sept secondes, une personne développe une forme de démence. En 2009, ce problème a coûté 609 milliards de dollars à l'économie mondiale. Vers 2020, on estime que 1,5 millions de personnes à l'année mourront de suicide et que 15 à 30 millions feront une tentative. En Europe, les troubles cérébraux coûtent près de 800 milliards d'euros par an. La plupart des troubles de la santé mentale à l'âge adulte commencent dès l'enfance ou l'adolescence et ont une cause multifactorielle. À la fin de l'adolescence, environ 30 % des jeunes auront réuni au cours de leur vie les critères d'un trouble de la santé mentale, 12 % d'entre eux présentant une déficience importante. Des études estiment que seule la moitié de ces patients reçoivent des soins de santé mentale dans les pays développés. Le tableau clinique des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent ainsi que la réponse au traitement peuvent être différents de ceux observés chez l'adulte. Cependant, les classifications actuelles des troubles mentaux ne décrivent pas clairement l'évolution de ceux-ci. En outre, les patients atteints du même trouble peuvent présenter des tableaux cliniques différents et plusieurs troubles à la fois. Les problèmes de santé mentale pendant l'enfance ont une évolution chronique et récurrente ainsi qu'une forte continuité à l'âge adulte. Ce sont également des indicateurs de l'apparition de divers troubles physiques et événements défavorables de la vie, et ils représentent un coût économique considérable pour la société. La réduction de la charge mondiale créée par les maladies mentales doit commencer par une prévention, une reconnaissance et un traitement adéquats des troubles de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, mais il existe toujours un fossé

considérable entre les besoins et la disponibilité des ressources. En outre, de nombreuses questions sur les causes, l'épidémiologie et le traitement de ces troubles restent sans réponse et requièrent des recherches de développement supplémentaires.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles de la santé mentale constituent l'une des principales causes d'incapacité dans le monde. Des recherches rétrospectives et prospectives ont montré que plus de 50 % des troubles mentaux responsables d'une incapacité à l'âge adulte ont leur origine dans l'enfance. Ce fait souligne à quel point il est important de mieux comprendre la magnitude, les facteurs de risque et l'évolution des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que de reconnaître les différences avec ceux observés chez l'adulte. Il suggère également que la réduction de la charge mondiale créée par les maladies mentales doit commencer par un diagnostic et un traitement appropriés des enfants et des adolescents. Néanmoins, bien que l'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention chez l'enfant et l'adolescent soit largement reconnue, seule la moitié de ceux qui souffrent de troubles mentaux reçoivent des soins de santé mentale dans les pays développés. Le fossé entre les besoins et la disponibilité des ressources est encore plus préoccupant dans les pays à faible ou à moyen revenu.

2.2. Épidémiologie

Des études récentes estiment qu'environ un tiers des jeunes dans les pays développés réunissent à la fin de l'adolescence les critères d'un trouble de la santé mentale. Douze pour cent d'entre eux présentent un trouble psychiatrique sérieux qui cause une détresse ou une déficience grave, et qui a une incidence considérable sur la capacité des enfants à fonctionner sur le plan social, scolaire et émotionnel. Peu de recherches épidémiologiques solides s'intéressent à l'incidence et à la prévalence des troubles de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent dans les pays à faible ou à moyen revenu. Par conséquent, on rencontre des difficultés à l'heure de comparer les caractéristiques des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent entre différents pays.

À l'instar des résultats d'études communautaires chez l'adulte, les troubles anxieux constituent le problème mental le plus fréquent chez l'enfant, avec un taux de prévalence moyen de 8 % selon une étude récente. Par ordre décroissant de fréquence, on trouve ensuite les troubles du comportement (comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble de la conduite et le trouble oppositionnel avec provocation), suivis

des troubles de l'humeur et des troubles liés à une substance. Les taux peuvent toutefois varier lorsque l'on considère un âge, un sexe ou un groupe ethnique particulier.

On observe différentes périodes de pointe dans l'apparition des différents troubles. La plupart des cas de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), d'autisme et de trouble envahissant du développement non-autistique, d'angoisse de séparation, de phobie spécifique et de trouble oppositionnel avec provocation commencent dès l'enfance, alors que ceux de phobie sociale, de trouble panique, d'abus de substance, de dépression et de trouble de l'alimentation commencent généralement lors de l'adolescence.

En ce qui concerne le sexe, la plupart des troubles débutant pendant l'enfance touchent plus le sexe masculin que le féminin, mais la tendance s'inverse pour les troubles débutant pendant l'adolescence.

2.3. Charge créée par les troubles de la santé mentale pendant l'enfance

Les troubles de la santé mentale pendant l'enfance ont généralement une évolution chronique et récurrente, et créent une importante charge clinique et sociale pour les individus, leurs familles et la société. Il existe une forte continuité de la psychopathologie à l'âge adulte. Pour la plupart des maladies psychiatriques, celle-ci peut adopter la forme d'une persistance directe du même problème (continuité homotypique). Mais une forme différente de psychopathologie peut parfois suivre une psychopathologie apparue lors de l'enfance, de l'adolescence ou de la vie adulte (continuité hétérotypique). On a observé une continuité hétérotypique importante dans les cas suivants : trouble anxieux/dépression, trouble anxieux/abus de substance et TDAH/trouble de la conduite.

Des études de l'OMS montrent que les troubles mentaux à début précoce sont également des indicateurs importants de l'apparition et de la persistance ultérieures de divers troubles physiques. Ce fait s'inscrit dans le cadre d'une plus large tendance à l'association entre les troubles mentaux à début précoce et de nombreux événements défavorables de la vie, comme un niveau de scolarité réduit, un mariage précoce, une instabilité conjugale et un statut professionnel et financier modeste. En outre, les problèmes de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent représentent un coût économique considérable pour différents services qui ne concernent pas uniquement la santé mentale, mais aussi l'éducation, les services sociaux et le système de justice.

2.4. Classification et diagnostic

Il existe deux classifications hautement systématisées des troubles de la santé mentale : la 4^e édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000) et la 10^e révision de l'International Classification of Diseases (ICD-10, Organisation mondiale de la santé, 1996). Bien qu'elles présentent de nombreuses différences, leurs classifications générales sont très similaires et se fondent sur des catégories de psychopathologie.

Développées à l'origine pour les troubles mentaux à l'âge adulte, elles ont ensuite été appliquées à ceux de l'enfance. De ce fait, la plupart des troubles fréquents chez les jeunes ont été définis et décrits en fonction de leur tableau clinique chez les adultes. Cependant, bien que la plupart des symptômes de troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent soient identiques à ceux observés chez l'adulte, ils peuvent se présenter dans des proportions ou associations différentes en fonction de la tranche d'âge, ce qui se traduit par des syndromes suivant des tendances différentes. C'est pourquoi il existe actuellement un vif débat parmi les psychiatres de l'enfant concernant l'adéquation de ces définitions et descriptions avec les troubles de l'enfant. Selon de nombreux experts, celles-ci ne parviennent pas à prendre en compte les particularités du tableau clinique des troubles de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, ni les taux élevés de comorbidité, en raison de l'absence d'une perspective de développement.

2.5. Évaluation clinique

Le diagnostic ne peut être établi qu'après un entretien minutieux mené par un psychiatre avec l'enfant ou l'adolescent et la famille ou les aidants. Dans la pratique clinique, les entretiens manquent généralement de structure. Le psychiatre étudie la présence d'une psychopathologie et juge si celle-ci remplit les critères des différentes maladies définis par les schémas diagnostiques mentionnés précédemment. Dans le cadre de la recherche, en revanche, il est essentiel d'utiliser des approches normalisées et systématiques. Deux manières différentes ont été adoptées pour normaliser les entretiens. La première est l'utilisation d'un ensemble de questions structurées dont la réponse est « oui » ou « non », comme le Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) et le Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). La deuxième est l'utilisation d'entretiens où la normalisation est obtenue en spécifiant explicitement les concepts psychopathologiques. Le

Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) et l'Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) sont deux exemples de cette approche.

Des questionnaires sont également utilisés de façon habituelle dans la pratique clinique et la recherche. Certains permettent d'évaluer un large éventail de problèmes comportementaux et émotionnels, alors que d'autres ont été conçus pour mettre l'accent sur des domaines spécifiques de la pathologie, comme les troubles du comportement perturbateurs, les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur ou les troubles oppositionnels avec provocation. Pour certains questionnaires, des versions parallèles pour les parents, les enseignants et les enfants ont été développées afin de permettre la comparaison et la combinaison d'informations collectées auprès de sources différentes.

Enfin, des informations sur le fonctionnement familial, les influences psychosociales, les résultats scolaires et les événements défavorables de la vie sont aussi réunies de façon habituelle à l'occasion de chaque évaluation.

2.6. Facteurs de risque

À quelques exceptions près, les troubles psychiatriques chez l'enfant ont une étiologie multifactorielle et complexe. L'accent est mis traditionnellement sur les facteurs familiaux, ce qui est en partie justifié puisque la famille fournit à l'enfant ses gènes et une partie importante de son environnement. On sait toutefois que d'autres facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interagissent également au niveau individuel et peuvent prédisposer, précipiter ou perpétuer ces maladies chez un enfant en particulier. Les facteurs de risque peuvent être liés à l'individu (comme le sexe ou les expositions gestationnelles et périnatales), à la famille (comme la psychopathologie chez les parents, les conflits conjugaux et familiaux ou le statut socioéconomique) et/ou à l'environnement plus large (comme l'école ou le conflit entre pairs). Puisqu'aucune cause unique ne peut être identifiée, on parle de facteurs de risque augmentant la probabilité d'un trouble donné, plutôt que de facteurs « causaux ». Bien que de vastes études aient examiné les facteurs de risque des problèmes de santé mentale pendant l'enfance, la façon dont les risques interagissent lors des différentes phases de développement est largement méconnue et doit être étudiée plus en profondeur.

2.7. Traitement

Les traitements psychologiques et médicamenteux ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies, et il existe aujourd'hui un large éventail d'interventions qui ont fait leurs preuves. En général, les meilleurs résultats sont obtenus en utilisant une combinaison d'approches psychologiques et pharmacologiques, conjointement avec des interventions au niveau de la famille, de l'école ou de la collectivité.

Parmi les thérapies psychologiques, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est celle qui a donné le plus de preuves d'efficacité dans le traitement de différents troubles de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. Elle est particulièrement indiquée en cas de troubles anxieux, obsessionnels compulsifs et de dépression majeure. D'autres approches, comme la thérapie familiale et la thérapie interpersonnelle, apportent aussi des avantages démontrés en cas de troubles de l'humeur. Il en va de même des stratégies de résolution de problèmes et des programmes parentaux, qui sont très utiles pour traiter les troubles de la conduite et les TDAH. De nouvelles approches, comme la thérapie comportementale dialectique et la méditation, sont également de plus en plus utilisées pour traiter les adolescents plus âgés en proie à des idées suicidaires et à des comportements autodestructeurs avec des résultats prometteurs. Les thérapies psychanalytiques, qui étaient en vogue au milieu du 20^e siècle, sont maintenant rarement utilisées, car aucune recherche solide n'a démontré leur efficacité.

En ce qui concerne les traitements pharmacologiques, les médicaments conçus pour les adultes ont été fréquemment utilisés dans la population pédiatrique sans avoir été validés au préalable dans cette tranche d'âge, en partie en raison des limitations liées aux essais cliniques et à la recherche pharmacologique chez les enfants et les adolescents. Néanmoins, des études menées sur cette population suggèrent que les médicaments sont souvent moins efficaces chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Ce constat met clairement en évidence la nécessité de concevoir des études minutieuses visant à développer des stratégies thérapeutiques spécifiques pour les jeunes, et suggère que les protocoles de traitement destinés aux adultes ne devraient pas être extrapolés aux enfants et aux adolescents. Cependant, des essais contrôlés randomisés bien conçus ont démontré un rapport risques/avantages positif pour certains médicaments comme la fluoxétine dans le traitement de la dépression à l'adolescence ou les stimulants dans le cas du TDAH.

2.8. Prévention

Des interventions précoces non spécifiques pendant l'enfance ont permis d'obtenir des avantages pour la santé mentale chez les enfants, notamment les interventions de stimulation précoce, les interventions visant à améliorer la sensibilité et la réceptivité de l'aidant, un état nutritionnel et un état de santé adéquats et la fréquentation d'un établissement préscolaire de haute qualité. Il existe également des interventions qui visent à prévenir des troubles de la santé mentale spécifiques. Quelques bons résultats dans le traitement des troubles du comportement ont été notamment obtenus grâce aux interventions préventives au niveau de l'école fondées sur une formation de l'enseignant et des parents en ce domaine. Enfin, les interventions psychosociales en groupe et les routines structurées ont généralement montré, bien que de façon inégale, des avantages dans la prévention des troubles émotionnels dans des groupes à haut risque choisis.

2.9. Recherche

Les principes de base de la recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont les mêmes que ceux d'autres domaines de la médecine. Néanmoins, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent présente des exigences et des défis particuliers pour les chercheurs. Les informations doivent être collectées auprès de différentes sources, comme l'enfant, les parents, les aidants, les enseignants et, parfois, les frères et sœurs et les pairs. Il s'agit en outre d'un domaine très vaste qui comprend l'étude de populations hétérogènes, allant des enfants en bas âge aux jeunes adultes, qui évoluent encore. D'ailleurs, la psychopathologie chez les jeunes étant le résultat de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux au cours du temps, la recherche doit adopter une approche de développement.

La recherche de développement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent peut être divisée en trois domaines. Le premier étudie le développement normal et anormal, en évaluant l'effet du bagage génétique et des facteurs environnementaux. À cette fin, la génétique moléculaire, la neuro-imagerie anatomique et fonctionnelle et les études longitudinales constituent des outils clés. Le deuxième domaine de la recherche de développement comprend les études de prévalence épidémiologique. Quant au troisième, il concerne les études cliniques et les recherches sur les soins de santé. L'évaluation des nouveaux traitements, tant neuropsychopharmacologiques que non pharmacologiques, comme les psychothérapies et les interventions psychosociales, est généralement réalisée à l'aide d'essais contrôlés randomisés. Ce dernier domaine comprend également l'évaluation

de la façon dont les services devraient être dispensés, le développement de systèmes de mesure des résultats cliniques et l'estimation de la rentabilité.

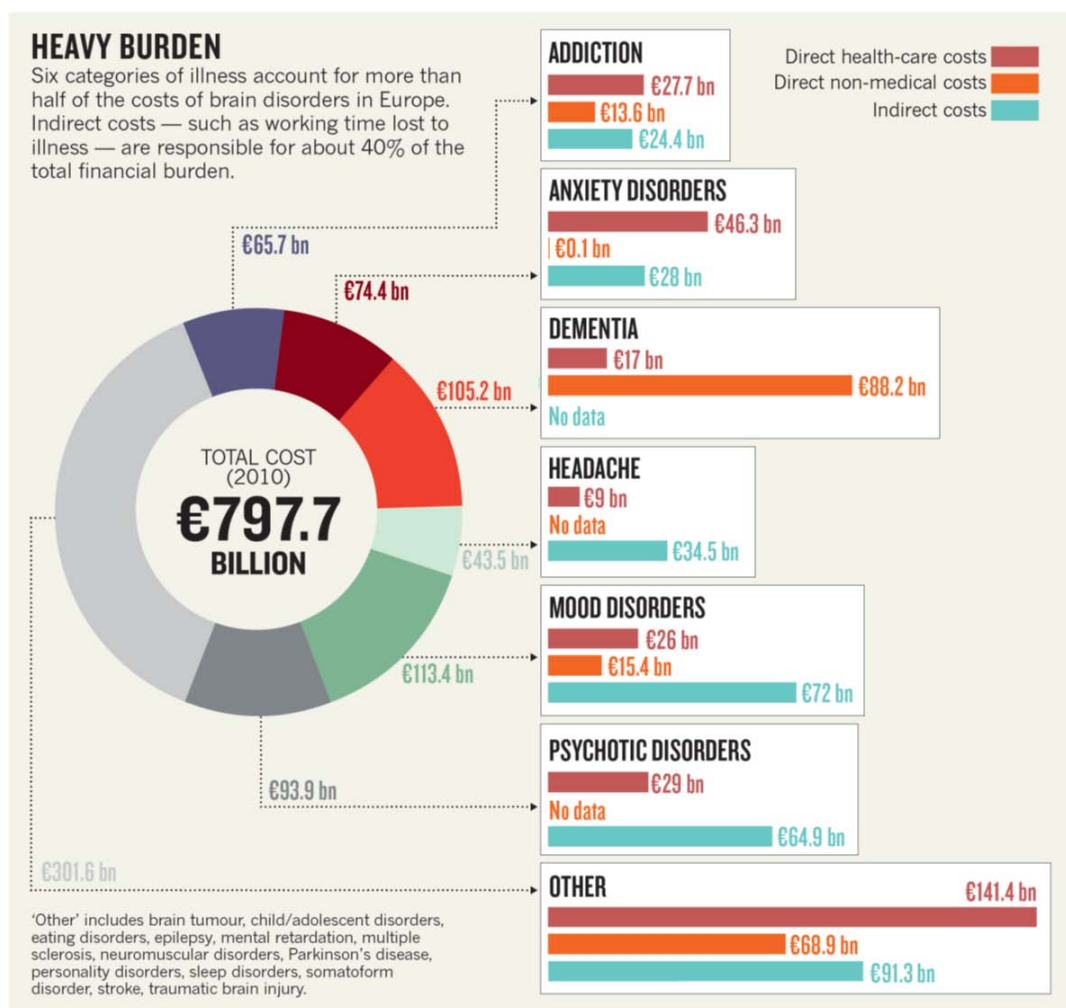
2.10. Coût pour le système de santé

La schizophrénie, la dépression, l'épilepsie, la démence, la dépendance alcoolique ainsi que les autres troubles mentaux, neurologiques et liés à une substance (MNS) représentent 13 % de la charge mondiale de morbidité (Tableau 1), dépassant les maladies cardiovasculaires et le cancer. Toutes les sept secondes, une personne développe une forme de démence. En 2009, ce problème a coûté 609 milliards de dollars à l'économie mondiale. Vers 2020, on estime que, chaque année, 1,5 millions de personnes mourront de suicide et que 15 à 30 millions feront une tentative. L'absence de remèdes et le manque d'interventions préventives pour les troubles MNS reflètent en partie une compréhension limitée du cerveau et de ses mécanismes moléculaires et cellulaires. Dans les pays où des traitements efficaces sont disponibles, ceux-ci ne sont pas toujours accessibles à ceux qui en ont le plus besoin. Dans 83 % des pays à faible revenu, les soins primaires n'offrent pas de traitement contre la maladie de Parkinson ; dans 25 % d'entre eux, on ne trouve pas d'anticonvulsivants. La distribution inégale des ressources humaines réduit encore l'accès à ces traitements : en Europe, on compte 200 fois plus de psychiatres qu'en Afrique. Dans tous les pays, l'investissement en recherche fondamentale pour la prévention et le traitement des troubles MNS est exagérément faible par rapport au problème que représentent ces maladies. En Europe, les troubles cérébraux coûtent près de 800 milliards d'euros par an (Figure 1). Les troubles de l'humeur arrivent en tête des estimations de coût, avec 113,4 milliards d'euros à l'année. Ils sont suivis de près par la démence, avec 105,2 milliards d'euros. Les médicaments, les visites chez le médecin et l'hospitalisation (à savoir, les coûts de soins de santé directs) représentent 37 % de la facture. Les coûts non médicaux directs, comme les soins non professionnels, les services sociaux et les maisons de soins, représentent 23 %. Le reste (40 %) correspond aux coûts indirects, comme la perte de productivité due aux arrêts de travail ou à la retraite anticipée. On estime que l'Europe dépense approximativement la même somme pour la recherche sur le cerveau que pour la recherche sur le cancer (environ 4 milliards d'euros) malgré le chiffre beaucoup plus élevé de troubles cérébraux par rapport aux autres maladies. Autrement dit, il est clair qu'un plus grand effort scientifique est nécessaire pour lutter contre les troubles du cerveau. Mettre l'accent sur la prévention permettrait de réduire grandement le coût lié à ces troubles.

TABLE 1 | GLOBAL BURDEN OF MENTAL, NEUROLOGICAL AND SUBSTANCE-USE (MNS) DISORDERS*

Rank	Worldwide		High-income countries†		Low- and middle-income countries	
	Cause	DALYs‡ (millions)	Cause	DALYs (millions)	Cause	DALYs (millions)
1	Unipolar depressive disorders	65.5	Unipolar depressive disorders	10.0	Unipolar depressive disorders	55.5
2	Alcohol-use disorders	23.7	Alzheimer's and other dementias	4.4	Alcohol-use disorders	19.5
3	Schizophrenia	16.8	Alcohol-use disorders	4.2	Schizophrenia	15.2
4	Bipolar affective disorder	14.4	Drug-use disorders	1.9	Bipolar affective disorder	12.9
5	Alzheimer's and other dementias	11.2	Schizophrenia	1.6	Epilepsy	7.3
6	Drug-use disorders	8.4	Bipolar affective disorder	1.5	Alzheimer's and other dementias	6.8
7	Epilepsy	7.9	Migraine	1.4	Drug-use disorders	6.5
8	Migraine	7.8	Panic disorder	0.8	Migraine	6.3
9	Panic disorder	7.0	Insomnia (primary)	0.8	Panic disorder	6.2
10	Obsessive-compulsive disorder	5.1	Parkinson's disease	0.7	Obsessive-compulsive disorder	4.5
11	Insomnia (primary)	3.6	Obsessive-compulsive disorder	0.6	Post-traumatic stress disorder	3.0
12	Post-traumatic stress disorder	3.5	Epilepsy	0.5	Insomnia (primary)	2.9
13	Parkinson's disease	1.7	Post-traumatic stress disorder	0.5	Multiple sclerosis	1.2
14	Multiple sclerosis	1.5	Multiple sclerosis	0.3	Parkinson's disease	1.0

Figure 1. Coût des problèmes de santé mentale en Europe



[TEXTO DE LAS FIGURAS DE LA PÁGINA ANTERIOR]

Classement	Monde entier		Pays à revenu élevé [†]		Pays à revenu faible et modéré	
	Cause	AVCI [‡] (millions)	Cause	AVCI (millions)	Cause	AVCI (millions)
1	Troubles dépressifs unipolaires	65,5	Troubles dépressifs unipolaires	10,0	Troubles dépressifs unipolaires	55,5
2	Troubles liés à l'abus d'alcool	23,7	Maladie d'Alzheimer et autres démences	4,4	Troubles liés à l'abus d'alcool	19,5
3	Schizophrénie	16,8	Troubles liés à l'abus d'alcool	4,2	Schizophrénie	15,2
4	Troubles affectifs bipolaires	14,4	Troubles liés à l'abus de drogue	1,9	Troubles affectifs bipolaires	12,9
5	Maladie d'Alzheimer et autres démences	11,2	Schizophrénie	1,6	Épilepsie	7,3
6	Troubles liés à l'abus de drogue	8,4	Troubles affectifs bipolaires	1,5	Maladie d'Alzheimer et autres démences	6,8
7	Épilepsie	7,9	Migraine	1,4	Troubles liés à l'abus de drogue	6,5
8	Migraine	7,8	Troubles panique	0,8	Migraine	6,3
9	Troubles panique	7,0	Insomnie (primaire)	0,8	Troubles panique	6,2
10	Troubles obsessionnels compulsifs	5,1	Maladie de Parkinson	0,7	Troubles obsessionnels compulsifs	4,5
11	Insomnie (primaire)	3,6	Troubles obsessionnels compulsifs	0,6	Trouble de stress post-traumatique	3,0
12	Trouble de stress post-traumatique	3,5	Épilepsie	0,5	Insomnie (primaire)	2,9
13	Maladie de Parkinson	1,7	Trouble de stress post-traumatique	0,5	Sclérose en plaques	1,2
14	Sclérose en plaques	1,5	Sclérose en plaques	0,3	Maladie de Parkinson	1,0

CHARGE IMPORTANTE Six catégories de maladie représentent plus de la moitié des coûts liés aux troubles cérébraux en Europe. Les coûts indirects, comme le temps de travail perdu en raison de la maladie, représentent environ 40 % de la charge financière totale.	65,7 Mrd €	ADDICTION 27,7 Mrd € 13,6 Mrd € 24,4 Mrd €	Coûts des soins de santé directs Coûts non médicaux directs Coûts indirects
	74,4 Mrd €	TROUBLES ANXIEUX 46,3 Mrd € 0,1 Mrd € 28 Mrd €	
	105,2 Mrd €	DÉMENCE 17 Mrd € 88,2Mrd € Aucune donnée	
COÛT TOTAL (2010) 797,7 MILLIARDS €	43,5 Mrd €	CÉPHALÉE 9 Mrd € Aucune donnée 34,5 Mrd €	
	113,4 Mrd €	TROUBLES DE L'HUMEUR 26 Mrd € 15,4 Mrd € 72 Mrd €	
	93,9 Mrd €	TROUBLES PSYCHOTIQUES 29 Mrd € Aucune donnée 64,9 Mrd €	
« Autres » comprend les tumeurs cérébrales, les troubles chez l'enfant et l'adolescent, les troubles de l'alimentation, l'épilepsie, le retard mental, la sclérose en plaques, les troubles neuromusculaires, la maladie de Parkinson, les troubles de la personnalité, les troubles du sommeil, les troubles somatoformes, les accidents vasculaires cérébraux et les lésions cérébrales traumatiques.	301,6 Mrd €	AUTRES 141,4 Mrd € 68,9 Mrd € 91,3 Mrd €	

3. Aspects éthiques, juridiques et sociaux (ELSA)

Cette section présente des opinions et des ressources destinées à encourager la discussion en classe sur les aspects éthiques, juridiques et sociaux (ELSA) liés à la santé mentale.

3.1. Introduction

Les problèmes de santé mentale affectent jusqu'à un tiers des personnes au cours de leur vie. Les incidences des problèmes de santé mentale sur la vie et le bien-être des individus peuvent être très graves : non seulement l'incidence directe du problème en soi (qu'il s'agisse d'une dépression, d'une schizophrénie, de l'alcoolisme ou d'un trouble de la personnalité, pour ne citer que quelques exemples), mais également la stigmatisation, le manque de compréhension ou de tolérance, la perte d'un emploi stable et la perte de droits civils qui peuvent accompagner le problème.

3.2. Classification et diagnostic

Une des plus grandes difficultés dans le domaine des problèmes de santé mentale concerne le diagnostic et la classification des maladies et des incapacités mentales. La principale approche consiste à regrouper des phénomènes psychologiques ou des caractéristiques de comportement, qui se présentent généralement ensemble, puis d'étiqueter ce groupe comme un syndrome ou un trouble lorsque la personne chez laquelle ils apparaissent présente une détresse ou une dysfonction importante causée par ces caractéristiques comportementales et psychologiques. Toutefois, des difficultés évidentes se posent.

Tout d'abord, l'approche repose sur une identification et une description précises, fiables et reproductibles des symptômes, ce qui peut bien évidemment s'avérer difficile dans le cas de phénomènes mentaux comme l'« humeur maussade ». Les psychologues et les psychiatres cherchent à surmonter cette difficulté en développant des tests et des listes de vérification normalisés qui sont testés sur un grand nombre de personnes qui, pour une raison ou une autre, souffrent apparemment du trouble en question. Mais cette approche n'est pas très utile lorsqu'ils ne sont pas sûrs que le trouble qu'ils cherchent à définir ou à mesurer est réel ou non, ou lorsqu'il pourrait s'agir d'une variante ou d'un problème très différent mieux défini.

Ensuite, il peut s'avérer difficile de distinguer le caractère sérieusement pathologique du simple caractère atypique ou anormal mais « inoffensif ». Par exemple, comment distinguer

la dépression légère de la peine, la tristesse ou la mélancolie ? Une classification des états de santé mentaux purement « phénoménologique » (reposant sur les informations concernant les convictions, les émotions et les humeurs) aurait du mal à établir de claires distinctions dans ce cas. Nous pourrions essayer de distinguer la tristesse de la dépression en fonction de l'intensité ou de la durée de l'humeur maussade, mais cette approche serait quelque peu arbitraire. En outre, quelle échelle de mesure devrions-nous utiliser ? Et que devrions-nous mesurer ? Une façon de contourner ce problème consiste à proposer une théorie qui explique comment les phénomènes observés surviennent, ainsi que les différences entre la tristesse et la dépression.

Cette théorie peut être biologique et rechercher des corrélats biologiques de la dépression où qu'ils se trouvent : dans la structure cérébrale, la chimie du cerveau, de mauvaises adaptations évolutives ou des pertes spécifiques de fonction biologique allant au-delà des appréciations subjectives des expériences du patient (par exemple, une perte d'appétit, un désir sexuel exagéré ou un trouble moteur). L'alternative est une théorie historique : la tristesse est une réponse à de mauvaises nouvelles ou à une perte, tandis que la dépression peut n'être liée à aucun événement concret récent. La dépression pourrait être une réponse à une perte d'attachement à la mère lors de la petite enfance.

Cette approche fondée sur la théorie pose également des difficultés: D'une part, ces théories peuvent être assez difficiles à tester. D'autre part, il existe la possibilité de confondre la corrélation et la cause. Il se peut que les personnes souffrant de schizophrénie présentent une différence caractéristique dans leur cerveau, qui est absente chez les personnes « normales ». Mais nous devons être très prudents à l'heure d'affirmer que cette structure différente cause la schizophrénie. Il peut s'agir d'une conséquence de celle-ci. Il peut aussi y avoir une cause sous-jacente qui explique tant cette structure que la schizophrénie. Ou il peut s'agir d'une simple association fortuite, non observée dans des études ultérieures.

Enfin, il est possible que nous commençons par les signes physiques et les symptômes, car il est relativement difficile de diagnostiquer psychologiquement une maladie mentale. Au lieu de dire : « la plupart des personnes souffrant de schizophrénie (mais pas toutes) présentent les caractéristiques biologiques suivantes », nous disons : « la schizophrénie est le trouble où les caractéristiques biologiques suivantes se présentent ». Lorsqu'elles ne sont pas présentes, le problème (le cas échéant) est un autre trouble. Et lorsqu'elles sont présentes, mais que le patient ne semble pas affecté ou seulement légèrement, il s'agit toujours d'une schizophrénie, mais sous une forme légère ou asymptomatique.

Nous sommes toutefois sur un terrain assez glissant qui soulève beaucoup de controverse parmi les professionnels de la santé mentale pour trois raisons principales. Il est délicat et difficile de travailler avec un ensemble de catégories diagnostiques plutôt instables et incertaines. En outre, à chaque fois que les travaux de référence standard en psychiatrie sont révisés, il existe une forte controverse au sujet des définitions, de la stratégie de classification et de ce qui est inclus ou exclu. Un des débats actuels porte sur la question de savoir si l'autisme et le syndrome d'Asperger sont la même maladie, mais à des degrés différents, ou bien des troubles distincts qui présentent quelques similitudes. Certains comportements considérés normaux aujourd'hui étaient considérés autrefois comme des troubles psychiatriques (l'homosexualité, par exemple) et *vice versa* (certaines formes d'autisme et de dépression, entre autres).

Il existe également un débat de longue date entre ceux qui considèrent les problèmes de santé mentale essentiellement comme des problèmes psychologiques, qui devraient être définis – et traités – en fonction des modes pathologiques de pensée et de sentiment qui les caractérisent, et ceux qui les considèrent essentiellement comme des problèmes biologiques, qui devraient être définis – et traités – en fonction des altérations qu'ils provoquent dans la physiologie et la chimie du cerveau.

Cette différence est à la fois philosophique et pragmatique. Au niveau biologique, les changements dans les processus mentaux ont des corrélats physiques, et il existe des facteurs génétiques, structuraux et physiologiques qui entrent en jeu dans toute maladie mentale. Ici, le débat ne porte donc pas sur le rôle des caractéristiques physiques dans les maladies mentales, mais plutôt sur les meilleures manières de conceptualiser et de traiter ces maladies. Par exemple, dans le cas du trouble bipolaire, les caractéristiques psychologiques et comportementales de la maladie sont au cœur de l'expérience du patient. Pourtant, le traitement médicamenteux donne de meilleurs résultats que les thérapies psychologiques. En revanche, dans le cas de la dépression, bien que les caractéristiques dépressives soient identiques à celles du trouble bipolaire, la thérapie cognitivo-comportementale a fait ses preuves et est souvent préférée par les médecins (et les patients) aux traitements médicamenteux.

Les discussions concernant la classification touchent de plein fouet ce débat. Les pragmatistes, de leur côté, mettent l'accent sur ce qui fonctionne comme traitement, et peuvent en tirer des conclusions afin de déterminer en quoi consiste « réellement » le problème sous-jacent. La manière d'expliquer et de définir les problèmes de santé mentale

peut avoir une incidence importante sur une personne, tant sur la façon dont son problème est identifié et reconnu (ou non) que sur la façon dont elle est traitée par la suite. Par exemple, lorsqu'une personne est jugée pour avoir commis un crime, il existe une grande différence dans la manière dont elle est traitée par le système de justice pénale si elle est considérée psychologiquement normale ou atteinte de troubles mentaux.

En fin de compte, les professionnels de la santé mentale gèrent ces difficultés en alliant pragmatisme et jugement professionnel, grâce à une combinaison de stratégies diagnostiques, d'approches de traitement et d'idées théoriques très diverses afin de comprendre le mieux possible les problèmes des patients et de les aider. Bien que la démence et la santé mentale soient étudiées depuis des siècles, les psychiatres, les psychologues et les neuroscientifiques s'accorderont tous à dire que la science de la santé mentale est encore très jeune et appelée à changer considérablement dans les années à venir.

3.3. Traitement

Le traitement des problèmes de santé mentale a connu une révolution après la fin de la Seconde Guerre mondiale en raison de l'essor des traitements médicamenteux. Auparavant, bien que des méthodes « médicales » de traitement fussent utilisées, très peu d'entre elles s'avéraient réellement efficaces ou reposaient sur des preuves scientifiques. La plupart du temps, l'approche adoptée à l'égard des problèmes de santé mentale visait à éliminer les troubles mentaux graves de la société et à gérer les problèmes comportementaux et psychologiques associés, au moyen du confinement, de la contrainte physique et des techniques de gestion du comportement, notamment les récompenses et les punitions.

Lors de la première moitié du vingtième siècle, deux tendances se sont avérées plus prometteuses : l'essor des « thérapies de la parole » développées par Freud et ses disciples, accompagnés d'autres thérapies de nature psychologique fondées sur le comportementalisme de Watson et Skinner ; et l'essor des thérapies à caractère biologique, du coma insulinique à l'électrochoc, en passant par la lobotomie. La forme drastique de nombreuses thérapies médicales était généralement réservée aux patients gravement malades et hospitalisés, tandis que les thérapies de la parole étaient plus populaires parmi les patients souffrant d'un léger trouble mental qui vivaient et travaillaient dans la collectivité. Néanmoins, les deux approches étaient disponibles dans tous les établissements de santé mentale, de manière plus ou moins importante, et l'approche adoptée par le psychiatre

reposait autant sur un choix philosophique que sur une théorie scientifique sûre ou un pragmatisme fondé sur les résultats.

Les traitements médicamenteux innovants des années 1950 offraient pour la première fois la perspective d'une approche bien conçue et spécifique au patient pour gérer les symptômes des troubles mentaux. En outre, ils promettaient de rapprocher la psychiatrie de la médecine « traditionnelle » en reconnectant la psychiatrie à la neurologie et à la pharmacologie. Les succès de la « psychiatrie biologique » lors des premières années du traitement médicamenteux ont été remarquables. Même si les traitements médicamenteux sont souvent critiqués aujourd'hui, ils ont marqué une grande différence dans la vie de nombreuses personnes en leur permettant de vivre indépendamment, de conserver leur emploi, de maintenir des relations et de surmonter la détresse causée par leurs troubles mentaux.

Malheureusement, les traitements médicamenteux contre la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression et d'autres maladies sont fréquemment accompagnés d'effets secondaires et de changements de personnalité. C'est pour cette raison, ainsi que pour des motifs philosophiques et éthiques, que de nombreux patients et certains médecins rejettent les traitements médicamenteux, les réservant comme dernier recours, et leur préfèrent les thérapies psychologiques. Dans la pratique, de nombreux psychiatres combinent les approches médicamenteuses et psychothérapeutiques afin d'aider leurs patients : même si les médicaments peuvent fonctionner, parler semble plus humain et reflète la nature typiquement mentale de la maladie.

3.4. Éthique du traitement

Un point essentiel concernant la médecine des maladies mentales est qu'il s'agit pratiquement de la seule branche de la médecine, et un des rares domaines de la vie privée, où les patients peuvent être traités sans leur consentement, voire même contre leur volonté et les souhaits qu'ils ont exprimés. Tous les pays possèdent une certaine forme de cadre législatif pour la détention obligatoire des patients souffrant d'une grave maladie mentale lorsque ceux-ci sont susceptibles de représenter un danger sérieux pour eux-mêmes ou pour les autres. Ce cadre législatif comprend un pouvoir permettant d'administrer un traitement à ces patients détenus dans certaines conditions, même lorsque ceux-ci ne sont pas d'accord. Devant ce constat, un patient atteint d'une maladie mentale qui n'est pas formellement détenu, par exemple, un patient qui s'est rendu « volontairement » (de son plein gré) dans un établissement psychiatrique ou qui vit dans la collectivité, peut considérer que ses choix de

traitement ne sont pas tout à fait libres si une menace de détention formelle et de traitement obligatoire pèse sur lui.

Cette situation est particulièrement évidente dans les cas comme la toxicomanie, où une personne peut être confrontée à un choix difficile : être arrêtée pour infraction pénale ou se soumettre à un traitement. En d'autres termes, elle a le choix entre un traitement volontaire dans la collectivité et un traitement obligatoire dans une institution. Dans la pratique, la disponibilité des soins en consultation interne peut être très limitée, tant pour des raisons financières que cliniques, mais la menace de traitement obligatoire est souvent suffisamment réelle.

Le traitement obligatoire est normalement imposé lorsqu'il existe un risque important de danger sérieux pour le patient ou pour les autres. Il existe cependant une tension éthique délicate entre l'obligation médicale normale de traiter le patient dans son meilleur intérêt, en général avec son consentement, et l'obligation publique de protéger les autres du patient potentiellement dangereux. Très peu de patients atteints d'un trouble mental représentent une menace quelconque pour les autres (la probabilité qu'ils subissent de mauvais traitements par les autres est en fait beaucoup plus grande), mais certains le sont, et le traitement obligatoire dans l'intérêt du public reste un point important de la législation sur la santé mentale. La protection des intérêts des patients est extrêmement importante. L'obligation des psychiatres d'agir en tant que bons médecins ainsi que la nécessité de garantir la protection des droits civils des malades mentaux, constituent un thème récurrent dans les débats sur la législation mondiale en matière de psychiatrie et de santé mentale. Malheureusement, les conditions dans lesquelles vit la personne atteinte d'une maladie mentale ou handicapée, qu'elle reçoive ou non des soins professionnels, peuvent être consternantes en raison d'abus, de brutalités, de négligence ou de pauvreté.

Les aspects éthiques du traitement sont donc subtils et délicats, tout du moins pour le patient souffrant d'une grave maladie mentale. Un patient atteint d'une maladie mentale légère, à même de consentir au traitement, peut obtenir un soulagement considérable et voir son indépendance et son bien-être grandement renforcés grâce à ce traitement. La plupart des nouvelles stratégies de traitement reposent sur une collaboration avec le patient. Toutefois, les débats philosophiques sur les maladies mentales et leur traitement ne perdent pas de leur importance dans ces cas légers à modérés. Ils ont une forte influence sur les choix du psychiatre (ou du médecin généraliste) et du patient quant à la solution la plus bénéfique pour ce dernier, ainsi que sur leur façon de percevoir la nature de la maladie traitée. Si de

nombreux patients applaudissent la « médicalisation » des maladies mentales (probablement parce qu'un problème qui peut être traité avec un comprimé ressemble plus à une maladie ordinaire), d'autres n'apprécient pas d'être « drogués » (ils le ressentent comme un déni de leur humanité ou des causes réelles de leur détresse).

Cette question nous conduit au débat sur le rôle des preuves scientifiques dans la médecine psychiatrique. Certains traitements populaires semblent s'appuyer sur peu ou aucune preuve scientifique (il peut même exister une preuve scientifique de danger potentiel). D'autres traitements peuvent s'avérer efficaces, mais sont accompagnés d'effets secondaires ou ne sont pas appréciés par les patients. Par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale informatique est relativement efficace et beaucoup plus économique que la thérapie cognitivo-comportementale menée par un conseiller. Néanmoins, la plupart des patients préfèrent de loin parler à une autre personne plutôt que s'asseoir en face d'un ordinateur. La préférence du patient, voire la théorie philosophique, devrait-elle l'emporter sur les preuves scientifiques claires issues d'essais cliniques contrôlés bien conçus ?

3.5. Questions sociales

Une des questions intéressantes concernant les maladies mentales est leur prévalence. Elles semblent être beaucoup plus fréquentes que ce que pensent (ou admettent) un grand nombre de personnes. Cela est en partie dû à la grande stigmatisation liée au fait de reconnaître que l'on souffre d'une maladie mentale ou tout simplement d'en parler. Cette stigmatisation est pour le moins fâcheuse, car elle peut décourager certaines personnes de chercher une aide ou de se rendre compte qu'une aide est disponible. Elle peut en outre provoquer chez les autres des réponses qui n'aident pas le moins du monde : d'une part, « Tout va bien, ressaisis-toi » et, d'autre part, « Tu es fou, laisse-moi tranquille ». Cependant, tout en reconnaissant cette situation, il faut également souligner que les critères de diagnostic d'une maladie mentale, ainsi que les phénomènes divers considérés comme étant ou non des signes de maladie mentale, sont beaucoup plus nombreux que dans le passé.

Ce fait est particulièrement flagrant dans le cas des maladies mentales de l'enfance : le taux de diagnostic d'autisme et le développement de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité sont deux exemples de catégories qui se sont étendues et sont devenues beaucoup plus fréquentes par rapport à la génération précédente. Cela est en partie dû à une plus grande sensibilité diagnostique et à une plus grande sensibilisation à ces maladies chez les parents, dans les écoles et parmi les professionnels. Certains pensent qu'il existe

une véritable épidémie de ces maladies : nous diagnostiquons plus de personnes d'autisme tout simplement parce qu'il y a plus de personnes autistes aujourd'hui ; c'est un fait qui nécessite une explication biologique. D'autres pensent que cela est dû à un diagnostic plus précis et plus fiable, ou bien encore à un affaiblissement des critères de diagnostic. Si cette dernière hypothèse est vraie, à quoi cela est-il dû ? Une des raisons est qu'un diagnostic médical est essentiel pour obtenir certains types d'aide en classe ou auprès d'organisations nationales de bienfaisance. La recherche de ce diagnostic est donc fortement encouragée, en particulier si l'alternative est la punition, un faible niveau de scolarité, etc.

Une autre question importante en matière de santé mentale concerne l'intégration des personnes atteintes de problèmes mentaux dans la société. Si les problèmes de santé mentale sont progressivement reconnus comme courants, et que la stigmatisation liée à ceux-ci diminue également, il sera plus facile pour les personnes souffrant de ces troubles de vivre au sein de la société. Par ailleurs, depuis le début des années 1980, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, qui se trouvaient dans des institutions ou auraient été internées à un moment donné, ont maintenant tendance à vivre dans la société avec une aide relativement limitée au-delà de leur traitement médicamenteux et des interactions occasionnelles avec des travailleurs sociaux et des psychiatres. Les personnes souffrant d'une maladie mentale modérée peuvent réellement avoir du mal à s'en sortir, être marginalisées sur le plan social, vivre dans la pauvreté en raison de prestations sociales limitées et de possibilités réduites d'emploi. En outre, elles auront peu de chances d'être réadmisées dans un établissement de santé mentale de long séjour étant donné le nombre extrêmement réduit de lits disponibles.

La maladie et l'incapacité mentales constituent probablement une question de politique sociale majeure du 21^e siècle. Bien que la société et la médecine aient fait de grands progrès, il reste un long chemin à parcourir avant d'avoir une politique humaine et efficace qui aide les personnes atteintes de problèmes de santé mentale à se récupérer, à s'épanouir et à jouer un rôle à part entière dans la société, et ce, en toute dignité.

Auteurs :

Le document sur l'état de la technique a été rédigé par **María Dolores Picouto** et **Luis San**, membres du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelone. Le document sur les ELSA a été rédigé par **Richard Ashcroft**, professeur de bioéthique, Queen Mary, University of London.

Références

1. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10):972-986.
2. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(1):8-25.
3. Essex MJ, Kraemer HC, Armstrong JM, Boyce WT, Goldsmith HH, Klein MH, et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(1):1246-1256.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18(1):23-33.
5. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378(1):1515-1125.
6. Leckman JF, Leventhal BL. Editorial: A global perspective on child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psyc* 2008; 49(3):221-225.
7. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11(1):7-20.
8. Muñoz-Solomando A, Townley M, Williams R. Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23(1):311-317.
9. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder?. *N Engl J Med* 2010; 362(20):1853-1855.
10. Rahman A, Harrington R. Research in child and adolescent psychiatry. In: Freeman C, Tyrer P. (eds.) *Research methods in psychiatry*. 3rd ed. London: Royal College of Psychiatrist; 2006: 233-252.
11. Collins PY, Patel V, Joestl S. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011; 475: 27-30.
12. Smith K. Trillion-dollar brain drain. *Nature* 2011; 478: 15.

